

INVESTIGACIÓN EVALUATIVA DE LAS PSICOTERAPIAS. LUCES Y SOMBRAS

José Manuel Martínez Rodríguez, Verónica Aguado Rodríguez,
Sabina Mateo León y Blanca Fernández Rodríguez.

RESUMEN

Los gestores del sistema de atención pública en salud mental argumentan la necesidad de que las prestaciones que corren a cargo de los presupuestos públicos sean efectivas y eficaces, algo que parece comprensible. Se apoyan en las pruebas aportadas por la Medicina Basada en la Evidencia o la Psicología Basada en la Evidencia. Sin embargo, el sistema de evidencias se creó inicialmente para facilitar la toma de decisiones de los psicoterapeutas ante casos individuales como un complemento a su experiencia clínica. Se podría hacer un uso inadecuado de las listas de evidencias en psicoterapia con la finalidad de incluir o excluir un tratamiento en la asistencia pública. Hay que recordar que los resultados de la lista de evidencias actuales no han de considerarse como definitivos y que han de ser utilizadas con precaución sin considerar que las técnicas que no tienen evidencias por el momento son ineficaces o inútiles.

1.INTRODUCCIÓN.

La evaluación de las Psicoterapias plantea problemas difíciles de resolver. Martínez y Pozueta (2019) han señalado cómo los efectos de la psicoterapia son múltiples y rebasan la mera reducción sintomática de la ansiedad, las fobias, las obsesiones o las crisis de pánico, por ejemplo. Evaluar las múltiples dimensiones que se ven afectadas y mejoradas por la psicoterapia es complejo, ya que es difícil medir los cambios que se producen en el sistema de valores del individuo, en sus actitudes, en su autoestima, su capacidad para soportar la frustración, su aptitud para afrontar situaciones de incertidumbre o la mejora de su resiliencia, la mejora en las relaciones interpersonales, de pareja o parentofiliales, por poner algunos otros ejemplos. Estos son constructos que no tienen indicadores biológicos como el nivel de glucosa, de electrolitos, de enzimas hepáticos o de insulina, que son fácilmente observables en la evaluación de los efectos fisiológicos de los fármacos.

Tradicionalmente, las principales psicoterapias han utilizado una evaluación cualitativa de sus resultados mediante el estudio de casos, un proceso que ha generado una enorme cantidad de hipótesis, sugerencias de trabajo y técnicas terapéuticas, y que ha culminado en importantes *insights* sobre el funcionamiento mental (Martínez & Pozueta, 2019). Desde los años 90 se utilizan sofisticadas metodologías cuantitativas, habiéndose realizado un esfuerzo enorme por refinar sucesivamente y mejorar los diseños de investigación según diversas modalidades: ensayos clínicos aleatorizados, estudios cuasiexperimentales, estudios de caso experimentales, etc. No obstante, la evaluación de las Psicoterapias plantea problemas no sólo académicos sino de aplicación práctica, ya que, al margen de las pruebas de eficacia o efectividad de una psicoterapia hay que tener en cuenta que la falta de evidencias no significa ineffectividad.

Por otra parte, a todos nos gusta mostrar los resultados positivos de nuestro trabajo. ¿Cómo podemos hacerlo sin perjudicar las necesidades de los pacientes ni interferir con la modificación de las intervenciones para ajustarlas a los nuevos problemas clínicos que surgen en el desarrollo del tratamiento? ¿Cómo elaborar estudios que sean éticos y satisfagan las necesidades terapéuticas de los clientes? ¿Nuestros métodos actuales son suficientes para determinar que las diferentes psicoterapias son realmente beneficiosas y aplicables en distintos contextos sociosanitarios? En este artículo vamos a repasar de forma crítica el origen y desarrollo de diversas modalidades de investigación evaluativa de las psicoterapias.

2. EL MOVIMIENTO DE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA.

Los gestores del sistema sanitario público de diferentes países han venido argumentando de manera creciente la necesidad de que las prestaciones a cargo de los presupuestos públicos habrían de ser aquellas que prueben su eficacia y efectividad. El término “tratamiento basado en la evidencia” fue utilizado por primera vez en medicina por Eddy en 1987 en sus talleres sobre cómo diseñar guías médicas de práctica clínica. Conceptualmente fue definido formalmente por Sackett (1996), a quien se considera como el “padre” del movimiento (Cook *et al.*, 2017): “El uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para la toma de decisiones relativas al cuidado de pacientes individuales” (Sackett, 1996).

Esta novedad entusiasmó a muchos y alarmó a algunos considerando que existía el riesgo de poner las guías clínicas al servicio de la reducción de costes médicos y de coartar la libertad individual en la toma de decisiones médicas. No obstante, la idea de la Medicina Basada en la Evidencia pronto llegó a interesar a los profesionales y gestores de la asistencia en salud mental. Así, el movimiento de la Psicoterapia Basada en la evidencia siguió la senda de la Medicina Basada en la Evidencia. En la actualidad la Asociación

Americana de Psicología define la práctica psicológica basada en la evidencia en los mismos términos de Sackett (1996): “es la integración de los datos de la mejor investigación disponible con la experiencia clínica en el contexto de las características del paciente, la cultura y las preferencias” (APA, 2006).

El surgimiento del concepto de Psicoterapia Basada en la Evidencia tiene algo de paradójico dado que ya desde mucho tiempo atrás se sabía que la Psicoterapia es efectiva. Expertos en Psicoterapia Basada en la Evidencia como Geoffrey M. Reed y Elena J. Eisman (2002) citan un amplio cuerpo de pruebas que incluyen cientos de estudios desde 1930 y docenas de metaanálisis que indicaban que la psicoterapia es generalmente efectiva, y esta afirmación es válida para el conjunto de las principales escuelas. De hecho, ya Smith y Glass (1977), en su influyente metaanálisis habían revisado 375 estudios comparando varias terapias con grupos de control constituidos por pacientes en lista de espera. En su estudio calcularon más de 800 tamaños de efecto. La psicoterapia en general demostró un tamaño medio de efecto de 0,67. El paciente medio mostraba mayor reducción sintomática que el 75% de los pacientes no tratados. Posteriormente, Smith *et al.* (1980) revisaron 475 estudios con un total de 1.766 tamaños de efectos. El tamaño medio de efecto fue de 0,85. El paciente tratado estaba mejor que el 80% de los pacientes no tratados. Posteriormente Andrews y Harvey (1981) encontraron un tamaño de efecto de 0,72 equivalente a las cifras anteriores.

Por lo tanto, para entender el Movimiento de la Psicoterapia Basada en la Evidencia es necesario poner su surgimiento en relación con la aparición en escena de nuevas variables tales como el desarrollo de los diagnósticos operativos en el DSM-III, los avances de la industria psicofarmacológica y la necesidad de claridad diagnóstica para el reembolso de los gastos por parte de las aseguradoras.

El DSM-III, que apareció en 1980, fue el resultado de una *Task Force* liderada por Robert Spitzer que había publicado con anterioridad los *Research Diagnostic Criteria*. En la elaboración colaboraron muchas instituciones la *Academy of Psychiatry*, la *American Academy of Child Psychiatry*, la *American Academy of Psychoanalysis*, la *American Association of Chairmen of Departments of Psychiatry*, la *American College Health Association*, la *American Orthopsychiatry Association* y, por primera vez, la *American Psychological Association* (Del Barrio, 2009). Con el objetivo de mejorar la validez y fiabilidad de los diagnósticos se incorporaron criterios operativos de diagnóstico para cada categoría, siempre que hubiesen sido empíricamente comprobados.

Por otra parte, a principios de los años 90, la industria farmacéutica identificó muchos compuestos psicoactivos para el tratamiento de trastornos específicos. Se creó una impresión de que los tratamientos psicológicos pudieran ser inefectivos o menos efectivos que los psicofármacos en trastornos específicos (APA, 2005). Esto amenazó la supervivencia de la Psico-

terapia en el campo del mercado de los cuidados gestionados de salud mental y planteó la necesidad de demostrar la eficacia y efectividad de la psicoterapia, no a nivel general, sino para el tratamiento de trastornos específicos. Las compañías aseguradoras, por su parte, modificaron la práctica de la psicoterapia poniendo el foco en los costes del tratamiento. Esto condujo inicialmente a limitar el reembolso de los gastos a un número máximo de sesiones y posteriormente a hacerse cargo sólo de los tratamientos psicoterapéuticos que probasen ser eficaces y de calidad. La aparición de Guías clínicas para asegurar un consenso sobre los cuidados a suministrar a los pacientes y disminuir la variabilidad en la práctica clínica también reforzó la búsqueda de tratamientos que contaran con evidencias de eficacia, efectividad y eficiencia. Pero de aquí surgió la implicación errónea, si bien generalizada, de que cuando un profesional no utiliza en el tratamiento de un problema específico las técnicas que han mostrado eficacia, si es que existen, está incurriendo en una mala praxis.

David H. Barlow, el presidente de la Sociedad de Psicología Clínica, que es la División 12 de la Asociación de Psicología Americana, creó una Task Force sobre Promoción y Difusión de Procedimientos psicológicos para identificar y promover los tratamientos empíricamente respaldados, en un esfuerzo para responder a la demanda de consumidores, pagadores, y cuerpos reguladores. El objetivo primario de la Task Force era definir criterios para determinar que un tratamiento estaba respaldado por las evidencias. Diane L. Chambless y Steven D. Hollon (1998), fueron los encargados de identificar en la literatura los Tratamientos Empíricamente Respaldados (*Empirically supported treatments*, EST), concepto que definieron como tratamientos psicológicos claramente especificados que se muestran eficaces en investigaciones controladas con una población delimitada. Estos autores propusieron que la eficacia de un tratamiento se diera por hecho cuando muestra beneficios al menos en dos estudios diseñados como Ensayos clínicos aleatorizados realizados por equipos independientes, o en estudios de caso único cuidadosamente controlados o sus análogos de grupo. En el caso de los estudios de caso único consideran que el tratamiento es “probablemente eficaz” si ha mostrado ser beneficioso para al menos tres participantes en el estudio. Si se produjeran múltiples replicaciones por equipos independientes se determinaría la efectividad del tratamiento. El Movimiento de tratamientos respaldados empíricamente (EST) comenzó en 1995 con el informe de la Task Force sobre Promoción y Difusión de Procedimientos psicológicos. En Inglaterra se creó una Task Force similar para revisar la política del NHS con el objetivo de definir el proceso y el contenido de la Psicoterapia Basada en la Evidencia.

La *American Psychological Association* desarrolló en 1995 un esquema que sirviera como marco de referencia para desarrollar guías clínicas para el tratamiento de trastor-

nos mentales y que contemplaba también la asistencia a los aspectos psicosociales de los trastornos físicos. Esta Asociación publicó en 2002 criterios para evaluar las guías de tratamiento, y en 2004 publicó guías de práctica psicológica con adultos mayores. Posteriormente, emitió un influyente informe presidencial sobre la Práctica basada en la evidencia que se publicó en el año 2006. Más recientemente, se ha publicado en 2019 una Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión.

La aparición del movimiento denominado Psicoterapia Basada en la Evidencia siguió inicialmente las directrices desarrolladas por la Medicina Basada en la Evidencia, que encontró en la Colaboración Cochrane una fuente de herramientas basadas en la evidencia para guiar la toma de decisiones clínicas. Así pues, la Psicoterapia Basada en la Evidencia se adhirió al *Gold Standard* de eficacia que se utiliza con los nuevos fármacos que entran en el mercado, un método que se denomina *Randomized Control Trial* (RCT) o Ensayo Controlado Aleatorizado (ECA, de aquí en adelante).

Desde los años 90, las distintas corrientes de psicoterapia se han apresurado a realizar estudios que permitan probar su validez clínica y su seguridad para diagnósticos específicos, estableciéndose de hecho un escenario de competencia para sobrevivir en el mercado de los cuidados gestionados de salud mental. No deja de ser llamativo cuando ya sabíamos que la psicoterapia es generalmente efectiva para el conjunto de las principales escuelas de psicoterapia. También, a día de hoy sabemos que aunque hay alguna variabilidad entre diagnósticos, los efectos de la psicoterapia son generalmente tan buenos o superiores a los de las medicaciones psicotrópicas para el conjunto de los pacientes, incluso de los más graves; que los efectos de las psicoterapias se producen en varias áreas relevantes del funcionamiento humano y no se reducen a los síntomas psiquiátricos; que la psicoterapia es relativamente eficiente en comparación con otros tratamientos; que los efectos de las psicoterapias se mantienen a lo largo del tiempo, particularmente en contraste con el efecto de los psicofármacos, y que la psicoterapia, puede compensar los costes de los servicios médicos y otros gastos (Reed & Eisman, 2002).

3. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS PSICOTERAPIAS.

Desde los años 90 se distingue entre estudios que investigan la eficacia de una psicoterapia de los estudios que investigan su efectividad. La eficacia se determina mostrando que el tratamiento es beneficioso en un estudio controlado o en estudios de caso sistemáticos y la efectividad se determina mostrando su utilidad en contextos clínicos habituales y en diversas poblaciones de pacientes, contextos y circunstancias. Un tercer parámetro que investigar es la eficiencia de una psicoterapia, esto es, el coste-efectividad de su aplicación en relación a otros tratamientos.

A. INVESTIGACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA PSICOTERAPIA.

La investigación evaluativa sobre la eficacia y la efectividad de las Psicoterapias, tradicionalmente, utiliza metodologías diferentes. La investigación de la eficacia de un tratamiento psicoterapéutico utiliza principalmente la metodología conocida como ECA y se centra en el efecto de una forma de psicoterapia sobre diagnósticos específicos (Nathan et al., 2000). Compara uno o más tratamientos experimentales con uno o más grupos control, que pueden ser pacientes que están en lista de espera o que están sometidos simplemente a evaluación. Se supone que la comparación con un grupo control que no recibe tratamiento puede diferenciar los efectos específicos del tratamiento de los factores comunes a distintas modalidades de psicoterapia, como el recibir atención de una persona atenta, o las expectativas de cambio que trae el paciente. Se considera no obstante que la comparación con otros tratamientos tendría un nivel jerárquico mayor de inferencia causal (Chambless & Hollon, 1998).

En estos estudios se ha de describir claramente la población para la que el tratamiento se ha diseñado. La población se puede describir por sus características diagnósticas específicas, o por sobrepasar el punto de corte de ciertos cuestionarios o entrevistas diagnósticas estructuradas que identifican el problema o el foco de interés. También se utilizan criterios de inclusión y exclusión bien definidos para crear grupos de participantes homogéneos que hagan posible el ligar una intervención exitosa con una categoría diagnóstica específica. Luego se asigna a los pacientes a un grupo experimental que recibe el tratamiento a investigar, a un grupo de comparación que recibe un tratamiento de eficacia ya probada, o a un grupo control, que recibe un placebo o que está constituido por personas en lista de espera o en fase de evaluación.

Los participantes se asignan aleatoriamente a los grupos experimental, de comparación o control para reducir las probabilidades de que dichas condiciones puedan diferir en maneras no previstas. Para reducir el impacto en los resultados de las expectativas que pudiera abrigar el paciente generalmente se produce una asignación aleatorizada y cegada unilateralmente (*single blinded*), lo que quiere decir que el paciente no sabe si ha sido asignado al grupo experimental, al de comparación o al grupo control. Generalmente, en psicoterapia los estudios doble ciego son imposibles puesto que es casi imposible disimular la intención de una intervención psicoterapéutica. Algunos consideran que los procedimientos de aleatorización y de cegamiento de la aleatorización deben ser ineludibles a la hora de evaluar la eficacia de una intervención, incluido el ámbito de la psicoterapia.

En este tipo de estudios existe un protocolo fijo para que las condiciones de la intervención se mantengan a lo largo del tiempo; se trata de reclutar un número fijo de participantes y de minimizar los abandonos de tratamiento, produciéndose las evaluaciones en determinados momentos del mismo. Los terapeutas aplican los procedimientos establecidos en un manual de tratamiento, en el que son cuidadosamente entrenados para garantizar que el

tratamiento suministrado es el que se pretende y para facilitar la replicación del estudio por otros investigadores. También se establecen procedimientos para chequear que la intervención del terapeuta se ajusta al manual. La evaluación del proceso y de los resultados la realizan profesionales independientes que no tienen conocimiento del tratamiento que reciben los participantes y que utilizan instrumentos de medición de las variables fiables y válidos, siendo recomendable no sólo medir los síntomas sino también los resultados en la calidad de vida, en el funcionamiento psicosocial, etc. Es aconsejable realizar un seguimiento a largo plazo para observar si los efectos del tratamiento son estables y persisten en el tiempo, aunque es muy difícil de interpretar la evolución dada la cantidad de variables a tener en cuenta, por ejemplo, que el paciente inicie un nuevo tratamiento, o las razones por las que vuelve a solicitar el mismo tratamiento, por ejemplo, por recaída o por otra razón.

El método de los ECA tiene un elevado nivel de validez interna y una capacidad convincente para producir inferencias causales rigurosas. Se enfoca en la posibilidad de poder ser replicado, así que se diseñan de forma que otros investigadores puedan realizar el mismo estudio en condiciones similares para probar las mismas hipótesis. Habitualmente, se critica la escasa generalización de los resultados a los entornos clínicos reales y por lo tanto la escasa validez externa de este tipo de investigación. Sin embargo, se contempla como un método fiable por las autoridades sanitarias de los distintos países a la hora de reconocer un tratamiento psicoterapéutico.

B. INVESTIGACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UNA PSICOTERAPIA.

Por otro lado, la evaluación de la efectividad de una psicoterapia apunta a determinar su utilidad en la práctica, esto es, si el tratamiento es factible, aplicable y si tiene efectos positivos medibles en diferentes poblaciones y en entornos reales (Nathan *et al.*, 2000). Incluso los tratamientos que están bien apoyados por los resultados de un estudio ECA puede que tengan poco valor clínico si el estudio tiene poca validez externa (APA, 2002). Los métodos para evaluar la efectividad se centran en comprobar los resultados del tratamiento en un entorno naturalístico y en contextos clínicos. Generalmente, trata de determinar si una intervención que se ha probado eficaz es generalizable. Para determinar la efectividad se pueden realizar estudios cuasiexperimentales o con diseños no experimentales (Hollon, 1996; Chambless & Hollon, 1998).

Para realizar estos estudios los clientes pueden venir derivados por los canales habituales y no son seleccionados. Generalmente, son personas en necesidad de tratamiento y que padecen diferentes comorbilidades. Aunque, se puede asignar aleatoriamente a los pacientes a diferentes grupos de tratamiento, a menudo no es factible el disfrazar el grupo de tratamiento al que se asigna al paciente. En otros casos se puede recrear un grupo control mediante comparaciones posteriores con grupos desagregados, por ejemplo, se

pueden comparar los resultados obtenidos por un tratamiento para personas que tienen trastornos de ansiedad con los resultados de las personas sometidas a tratamiento psicofarmacológico por el mismo problema. Los terapeutas aplican el tratamiento como lo hacen a su manera habitual e idiosincrática. Generalmente, son las circunstancias clínicas más que el diseño de la investigación las que dictan la elección del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, etc. La evaluación se produce durante la propia práctica observando los resultados de las intervenciones. Esto a veces determina que los datos puedan ser incompletos y/o que se produzca una falta de comprobación sistemática de los procedimientos utilizados por el terapeuta individual. Por esto se critica la baja validez interna de estos estudios, que, sin embargo, tienen una buena validez externa ya que reflejan los resultados de la psicoterapia en las condiciones en las que se realiza en la práctica.

C. EVALUACIÓN DEL COSTE EFECTIVIDAD DE UNA PSICOTERAPIA

En igualdad de condiciones en los relativo a los resultados producidos, unos tratamientos pueden ser más costosos que otros. La toma de decisiones a este respecto plantea aspectos éticos especialmente si los que pagan los tratamientos no son quienes los reciben, algo propio de los sistemas públicos de salud. El caso es más complicado si además, los mejores resultados los ofrecen los tratamientos más costosos, o si los resultados beneficiosos de un tratamiento mejoran a largo plazo.

4. LOS CRITERIOS DE EVIDENCIA EN PSICOTERAPIA

Los niveles de evidencia son sistemas jerárquicos para clasificar las evidencias y fueron originalmente descritos en un informe realizado por la *Canadian Task Force* sobre el *Periodic Health Examination* en 1979 referidos a la asistencia médica. Para la clasificación del nivel de la evidencia conseguida por una Psicoterapia los criterios más utilizados han sido los propuestos por Chambless (1998a), que, posteriormente, han sido revisados. En ellos se distingue, entre Tratamientos psicológicos respaldados empíricamente (*Empirically supported psychological therapies, EST*) bien establecidos y tratamientos probablemente eficaces según los siguientes criterios:

1. Comparación con un grupo de control no tratado, con un grupo sometido a un tratamiento alternativo, o a un placebo (a) en un ensayo controlado aleatorizado (ECA), en un experimento de caso único controlado, o un diseño de muestras equivalentes en el tiempo y (b) en el cual el tratamiento respaldado empíricamente es equivalente al tratamiento de eficacia ya establecida y en el que el poder es suficiente para detectar diferencias moderadas.

2. Estos estudios deben haber sido conducidos con (a) un manual de tratamiento o su equivalente lógico; (b) una población tratada para problemas específicos, para la que se han delineado criterios de inclusión de una manera válida y fiable, (c) se han utilizado medidas válidas de evaluación de los resultados, midiendo por lo menos los problemas que son objeto de cambio; y (d) análisis apropiado de los datos.
3. Para ser designado eficaz, la superioridad del EST deber haber sido demostrada en al menos dos contextos de investigación independientes (con una muestra de tamaño de tres o más en cada sitio en el caso de los experimentos de caso único). Si hay conflicto en las pruebas, la preponderancia de los datos bien controlados apoya la eficacia del EST.
4. Para ser designado como posiblemente eficaz, un estudio (con tamaño de muestra de tres o más en el caso de los experimentos de caso único), son suficientes en ausencia de pruebas en conflicto.
5. Para ser designado como eficaz y específico, el EST tiene que haber demostrado ser superior de manera estadísticamente significativa a un medicamento o un placebo psicológico o a un tratamiento alternativo de buena fe en al menos dos contextos de investigación independientes. En el caso de que haya evidencias en conflicto la preponderancia de los datos bien controlados deben respaldar la eficacia y especificidad del EST.

Por lo que se refiere a los estudios de caso único, en un artículo posterior Chambles et al (1.998b) señala que para que un tratamiento consiga la designación como Tratamiento Bien Establecido, es necesario una serie de al menos nueve estudios de caso y para ser designado como “probablemente eficaz” al menos tres estudios de caso. En 2.001 se publicó una actualización de los criterios establecidos por la Task Force (Chambless y Olenick, 2.001) de la División 12 de la APA:

1. TRATAMIENTOS BIEN ESTABLECIDOS

I. Al menos dos buenos diseños experimentales entre grupos que demuestren su eficacia en una o más de las siguientes direcciones:

- A. Sus resultados son superiores a un fármaco, un placebo, o a otro tratamiento.
- B. Equivalencia con un tratamiento bien establecido con muestra de tamaño adecuado

o

II. Una serie amplia de diseños experimentales de caso único que demuestren su eficacia mediante:

- a. Uso de un buen diseño experimental.
- b. Comparación de la intervención con otro tratamiento.

III. Los experimentos deben ser desarrollados utilizando tratamientos manualizados o una clara descripción equivalente del tratamiento.

IV. Las características de las muestras deben estar especificadas.

V. Los efectos deben de haber sido demostrados por al menos dos investigadores o equipos de investigación.

2. TRATAMIENTOS PROBABLEMENTE EFICACES

I. Dos experimentos que muestren que el tratamiento es superior a grupo control en lista de espera.

o

II. Uno o más experimentos deben cumplir los criterios establecidos arriba para los niveles IA, IB, III y IV, pero no se cumplen los criterios del punto V.

o

III. Una pequeña serie de experimentos utilizando diseños de caso único deben cumplir los criterios de un tratamiento bien establecido.

5. EL DEBATE SOBRE LA VALIDEZ DE LOS ENSAYOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS.

Hoy en día se duda de la validez de los Ensayos Controlados Aleatorizados para evaluar la eficacia de las psicoterapias en general. Este tipo de estudios parten de la premisa de que los tratamientos pueden ser estudiados como variables independientes (Chambless & Hollon, 1998), como si el resultado no dependiera de los factores comunes a las distintas modalidades de psicoterapia, por ejemplo, la alianza terapéutica, o las características del cliente y del terapeuta que afectan al proceso terapéutico y los resultados, algo que es altamente dudoso.

Los ensayos clínicos ECA exigen que los pacientes tengan un diagnóstico claro. Pero en realidad los trastornos mentales son constructos elaborados por consensos de expertos y cambian, se transforman o desaparecen, según las diferentes ediciones del DSM y la CIE. Esta dificultad trata de salvarse en los ECA mediante una selección muy estricta de los pacientes para que haya claridad en los diagnósticos. Pero los diagnósticos en salud mental son generalmente múltiples y se solapan, lo que ya en sí mismo para algunos cuestiona seriamente estas investigaciones puesto que no reflejan la población clínica real que acude a buscar tratamiento (Marzillier, 2004). Por ello se excluye en los ECA a los pacientes con trastornos comórbidos, o con preferencia o motivación por un tratamiento determinado, etc. Esto determina que la aplicabilidad de los resultados a la práctica clínica y privada sea muy pequeña, ya que las muestras de pacientes en los ensayos no son representativas de los que se tratan en los entornos asistenciales públicos y privados, en los que, además, el eclecticismo terapéutico entre los profesionales es la regla. Se produce, por otra parte, la paradoja

de que las intervenciones psicoterapéuticas más frecuentes son las menos investigadas, ya que en la investigación se testan formas “puras” de terapia, especialmente aquellas que son más fáciles de operativizar como la Terapia Cognitiva Conductual, lo que determina que se relegue a otras formas de terapia basadas en el insight, mucho más difíciles de operativizar y replicar. Por otra parte, los tratamientos focalizados en un problema, y a corto plazo, son más propicios a ser investigados mediante ECA que las intervenciones a largo plazo que han de resolver aspectos multifacéticos. Así es posible que los problemas difíciles tengan mucha menos capacidad de ser investigados por este método que los fáciles (APA, 2002).

Con la finalidad de eliminar sesgos y variables extrañas, los pacientes son asignados aleatoriamente en estos estudios al grupo control o al experimental. Con el mismo objeto, en la modalidad de estudios llamados “doble ciego”, el responsable del tratamiento o el que lo aplica no saben lo que están aplicando. La asignación de los pacientes a una condición placebo, que se presume no tiene efectos, plantea problemas éticos, salvo que la asignación se haga a un grupo de comparación cuya eficacia ya ha sido probada anteriormente. Por otra parte, Seligman (1995) ha alertado de que la asignación aleatoria a un grupo de tratamiento, en la que los pacientes entran pasivamente asumiendo que puede que reciban un placebo, conlleva un alto riesgo de sesgar el estudio al atraer a pacientes completamente diferentes de los que buscan tratamiento en estudios naturalísticos que, por el contrario, solicitan activamente tratamiento para un problema autopercebido y que incluso solicitan una modalidad específica de psicoterapia. Incluso los promotores de esta metodología, por ejemplo, Rush y Thase (Rush & Thase, 1998; Rush & Thase, 1999; Rush *et al.*, 2003; Thase *et al.*, 1997) reconocen que los estudios doble-cego en psicoterapia son imposibles, ya que los terapeutas tienen que saber lo que están haciendo. Con mucha suerte puede haber estudios sólo ciego en el caso del investigador que evalúa los resultados y en el del paciente que desconoce la condición a la que le han asignado.

Incluso lo que significa “placebo” en psicoterapia es un asunto controvertido. En un estudio farmacológico el placebo es inerte. El placebo sólo explica los efectos que no están asociados específicamente al fármaco probado, por ejemplo, las expectativas del paciente. En psicoterapia, los factores no específicos representan todo salvo la intervención técnica que caracteriza el abordaje sometido a prueba y no son inertes, son aspectos centrales y constituyentes, son aspectos necesarios para que funcionen las intervenciones técnicas.

Algunos autores piensan que habría que plantearse si verdaderamente es posible una “condición placebo” en estudios de evaluación de la eficacia de las psicoterapias dado que los factores no específicos hallados en cualquier “placebo psicológico” que pudiera resultar creíble al participante han sido identificados como poderosos agentes de cambio (Frank, 1971; Orlinski & Howard, 1975; Greenberg, 1994). Por ejemplo, para que un placebo resulte

creíble para el paciente ha de contener elementos que estimulen la esperanza en el cambio y para que el cliente invista al terapeuta éste ha de ofrecerle una justificación del procedimiento que semeja lo que denominamos como “consideración positiva incondicional”, situaciones ambas que son semejantes a los factores comunes que se han identificado como importantes elementos del cambio. De hecho, los pacientes asignados a los grupos control también muestran mejoría (Nathan *et al.*, 2000). Wampold (2001) es tajante en este respecto: “... es lógica y pragmáticamente imposible... crear placebos en psicoterapia que no contengan, en términos de la cualidad y la cantidad, los mismos componentes no específicos contenidos en los tratamientos psicoterapéuticos” (p.128).

Por otra parte, mientras que los efectos de un fármaco permanecen idénticos a lo largo de un ensayo clínico, no importa la parte del mundo donde se administre, el proceso psicoterapéutico puede apenas mantenerse estable y resulta pobremente estandarizado mediante la elaboración de manuales y medidas de adherencia, pudiendo venir afectado por factores culturales. La personalidad del terapeuta, por otra parte, puede ser sólo caracterizada, pero no estandarizada.

Por otra parte, un ensayo realizado de manera deficiente puede informar un resultado negativo por tener poco poder de análisis cuando en realidad sí que existe diferencia entre los grupos experimental y control. Se han desarrollado para ello algunas escalas como la Jadad que elabora un juicio sobre la calidad del ensayo (Burns *et al.*, 2011). Los estudios ECA presentan otras severas limitaciones. Por ejemplo, sólo escasamente pueden valorar el beneficio de intervenciones de salud pública complejas o intervenciones psicoterapéuticas que tengan que ver con las preferencias a favor o en contra de ciertas intervenciones, las situaciones en las que se produzcan muchos abandonos, o las intervenciones en las que se hacen ajustes para acomodarlas a las necesidades individuales (Brown *et al.*, 2009). Por otro lado, ignoran la información acumulativa que se va obteniendo a lo largo del ensayo y que podría ser potencialmente utilizada para redefinir el tamaño de la muestra, ajustar la ubicación de los sujetos experimentales o modificar las hipótesis de la investigación.

En los estudios ECA en los que se comparan dos formas de terapia distintas, difícilmente se puede desentrañar el peso de los factores comunes a distintas escuelas de psicoterapia de las intervenciones específicas de un abordaje terapéutico determinado (McLeod, 2017).

Además, en la actualidad se da mucha importancia, en el resultado del tratamiento psicoterapéutico, al entorno asistencial en el que la psicoterapia se realiza y se piensa que tiene un papel crucial en el resultado. Desde los años 90 se asume que los ensayos clínicos aleatorizados y controlados pueden ofrecer como mucho resultados de eficacia, pero no de efectividad. Por otra parte, no podemos olvidar la importancia de los estudios cuasi experimentales, así como la investigación evaluativa cualitativa de las psicoterapias, ya que

un resultado favorable sin investigación del proceso que conduce a conseguirlo es como investigar los resultados de un fármaco sin la investigación de laboratorio para entender su modo de acción.

Se critica así mismo la falsa eficacia atribuida a los ECA. El hallazgo de que un cierto tipo de psicoterapia es más eficaz que una alternativa no implica que las estrategias técnicas del abordaje sean las responsables del cambio: por ejemplo, los terapeutas pueden tener más experiencia que los que ofrezcan la alternativa, el tratamiento puede ser más creíble a los ojos de los pacientes, las intervenciones del terapeuta puede que sólo funcionasen en conjunción con factores no específicos, etc.

También, hay que tener en cuenta la falacia del presunto mecanismo de acción. Cuando un abordaje terapéutico se encuentra eficaz los proponentes pueden ir más allá de los datos y argumentar que las mejorías observadas son un resultado directo de las intervenciones que caracterizan el abordaje. Pero esta inferencia va en contra de los hallazgos de los metaanálisis que indican que las diferentes estrategias técnicas son uniformemente efectivas (Smith & Glass, 1977; Smith *et al.*, 1980; Andrews & Harvey, 1981). No sólo son las intervenciones técnicas lo que cuenta para explicar los cambios en el paciente.

Algunos autores han criticado la asunción de que los ECA pueden establecer vínculos causales entre las intervenciones y los resultados. Por ejemplo, Elliott (2001,2002) argumenta que esta forma de pensar es incorrecta y que los ECA no aportan nada al conocimiento de la verdadera naturaleza de la causalidad. Permiten hacer inferencias causales sólo a un nivel de grupo, pero ningún ECA garantiza el poder hacer inferencias causales sobre casos particulares. En el mismo sentido Bohart y Boy (1997) plantean la necesidad de hacer una utilización extensa de métodos de investigación cualitativa junto a los métodos cuantitativos ya que el proceso en virtud del cual la psicoterapia produce cambios no es lineal, no va de la aplicación de una técnica al resultado, sino que es un proceso interactivo y complejo.

Se critica también, la escasa utilidad de los resultados aportados por los estudios ECA. En el ámbito de la Medicina Basada de la Evidencia, McAlister (1999), un miembro de la *Canadian Society of Internal Medicine*, ya puso de manifiesto algo que en mayor o menor grado ocurre en diferentes países, y es que un buen número de profesionales de la medicina encuentran impracticable el uso de las evidencias en la práctica cotidiana; las decisiones clínicas se basan fundamentalmente en la experiencia clínica del facultativo y en la opinión de otros colegas (McAlister *et al.*, 1999). En el ámbito de la salud mental se aprecian circunstancias similares, puesto que, por ejemplo, es observable que en la práctica clínica muchos psicofármacos se utilizan fuera de indicación por necesidades clínicas. En una encuesta de la *Psychotherapy Division* de la *American Psychological Association*

sobre qué es lo que los psicoterapeutas encontraban más útil para su práctica, el 48 % contestaron que su experiencia clínica; solo un 4 % señaló la investigación. Las revistas de investigación quedaban por debajo, en el puesto ocho sobre diez, en un listado de las principales influencias sobre la práctica profesional (Morrow-Bradley & Elliott, 1986). De manera similar, recientemente Stewart, Chambless, and Stirman (2018) encontraron que solo seis de cada 25 psicólogos en práctica independiente utilizaban las evidencias de la investigación para tomar decisiones en el tratamiento.

La relevancia concedida a las evidencias empíricas puede abrigar una serie inadvertida de confusiones lógicas. Por ejemplo, los organismos aseguradores y financiadores de la asistencia requieren ahora que el paciente reciba una psicoterapia basada en la evidencia empírica. La asunción es que las terapias que no han sido sometidas a un estudio ECA son perjudiciales para el paciente. Pero desde un punto de vista lógico, la ausencia de evidencia empírica (no haber realizado un ECA) no es prueba de ausencia de eficacia de una técnica o una escuela de psicoterapia. Por otra parte, las presiones de mercado para identificar psicoterapias basadas en la evidencia han generado decisiones sesgadas por las agencias financiadoras de la investigación. La consecuencia es que se ha dado prioridad a las psicoterapias cognitivo-comportamentales, con exclusión de la investigación en las psicoterapias basadas en el insight. Westen *et al.* describieron en 2004 una confusión generalizada en la literatura entre los tratamientos que no han podido ser evaluados, utilizando los criterios extremos de los ensayos ECA y los tratamientos psicoterapéuticos que han sido evaluados, pero sin obtención de resultados.

Por otra parte, se genera una importante confusión en la aplicación de las evidencias disponibles, ya que no hay prácticamente investigación que compare los tratamientos experimentales con los tratamientos que dan los profesionales en la comunidad. O sea, que realmente carecemos de pruebas directas de que los tratamientos que aparecen en las listas de tratamientos psicoterapéuticos basados en la evidencia produzcan resultados superiores a los que se aplican en la práctica clínica habitual (Westen *et al.*, 2004). Por ejemplo, nuestro conocimiento de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual o de la terapia interpersonal para la depresión no debería ser sobreestimado. Lo que sabemos realmente es que estas formas breves de tratamiento manualizado son más fácilmente evaluables con estudios de ECA que otras formas más ampliamente usadas de tratamiento. Todo ello pone en dudas nuestros conocimientos sobre la eficacia de las evaluaciones que se han hecho con esta metodología de ciertas psicoterapias.

Se tiende a considerar científica una corriente de psicoterapia cuando existen ECA publicados sobre la misma. Sin embargo, esto no deja de ser un criterio simplista. No podemos olvidar la investigación evaluativa cualitativa de las psicoterapias, el hacerlo contribuiría a devaluar el cuerpo de conocimiento y la experiencia profesional.

6. ALTERNATIVAS ACTUALES EN LA INVESTIGACIÓN EVALUATIVA DE LAS PSICOTERAPIAS.

En la actualidad se plantea la necesidad de tener flexibilidad metodológica para poder validar las teorías científicas. McLeod (2017) señala que no hay una única metodología que sirva para todos los campos, por ejemplo, no es posible realizar estudios experimentales en biología evolutiva, astronomía, geología o epidemiología. Como plantea este autor, esto es especialmente importante en el campo de la psicoterapia dado que se trata de una intervención compleja en la que los pacientes plantean múltiples problemas, las intervenciones terapéuticas puede que estén influidas por las preferencias de los pacientes, los cambios pueden estar determinados por cambios en las circunstancias vitales de los pacientes, etc.

Ahora se recomienda que a las pruebas suministradas por los ECA se sumen investigaciones cualitativas, análisis críticos conceptuales, estudios de satisfacción de usuarios y casos de estudio sistemáticos para suministrar mayor seguridad a la hora de tomar decisiones en la práctica clínica y para implementar políticas sanitarias (Barkham et al., 2010; McLeod, 2011). Las intervenciones complejas requieren estrategias de investigación complejas (Craig et al., 2008), que añadan a los ensayos ECA análisis cualitativos de la experiencia de los clientes (Oakley et al., 2006; Lewin et al., 2009; McCann & Lubman, 2014) y análisis de caso único (Fishman et al., 2017) para recoger la información que no es accesible con la utilización de las medidas estándar de resultados y expandir así el *Gold Standard*.

Los denominados Estudios de Casos Sistemáticos han surgido así como una forma de utilizar el material clínico de los casos únicos como una fuente convincente de evidencias clínicas para respaldar el proceso y los resultados de la psicoterapia (Fishman, 1999; McLeod, 2010, McLeod, 2011). Los modernos Estudios de Casos Sistemáticos utilizan múltiples fuentes de datos, múltiples analistas del material, transparencia sobre los consentimientos éticos y los procedimientos interpretativos (Elliott, 2001, 2002; Fishman, 1999; McLeod, 2013; Shorrock, 2012; Widdowson, 2012a, 2012b, 2012c). Estos estudios permiten recopilar un gran número de observaciones de cada paciente, permitiendo analizar relaciones complejas entre variables y resultados que se escapan a los estudios ECA. Permiten, por otra parte, observar la influencia de los factores del contexto, muy difíciles de apreciar en conjuntos amplios de casos.

Algunos autores como Nathan et al., (2000) plantean la necesidad de salvar la distancia entre las dos formas de investigación evaluativas clásicas desarrollando métodos que combinen las características de ambas. De hecho, ya ha habido investigadores (Brown et al., 2009) que han ofrecido formas alternativas de realizar estudios experimentales con una metodología alternativa a la de los ensayos ECA. Por ejemplo, los denominados diseños adaptativos utilizan el conocimiento acumulativo de la respuesta al tratamiento para cambiar las cualidades del ensayo en curso. Una intervención adaptativa modifica lo que un

sujeto recibe como intervención en respuesta a sus preferencias o a la respuesta inicial al tratamiento.

Recientemente, hay una tendencia a considerar que un único método es a menudo inadecuado y a utilizar diseños de métodos mixtos en la investigación evaluativa, (Proctor *et al.*, 2009; Landsverk *et al.*, 2012; Palinkas *et al.*, 2011; Aarons *et al.*, 2012). Palinkas *et al.*, (2015) señalan como esto es particularmente importante para implementar prácticas basadas en la evidencia en sistemas estatales donde las relaciones se establecen tanto verticalmente entre el estado y las organizaciones locales, como horizontalmente entre las organizaciones localizadas en diferentes partes del estado. Los métodos mixtos suministran un mejor conocimiento de los temas de la investigación que los métodos cuantitativos o cualitativos utilizados en exclusiva (Palinkas *et al.*, 2011).

En estos diseños mixtos los métodos cualitativos son utilizados para explorar y obtener conocimiento profundo sobre las razones del éxito o fracaso de una práctica basada en la evidencia y para identificar estrategias que faciliten la implementación, mientras que los métodos cuantitativos se utilizan para testar y comprobar las hipótesis basadas en un modelo conceptual y obtener una amplia comprensión de los predictores de una implementación exitosa (Teddlie & Tashakkori, 2003).

Algunos autores (Concato *et al.*, 2000; Burns *et al.*, 2011) consideran que, si se diseñan de manera apropiada, el nivel de evidencia que ofrecen los estudios observacionales puede acercarse, o incluso sobrepasar, al de los ECA. Si hubiera disponibles suficientes estudios de cohortes o estudios de caso controlados, aumentaría la evidencia global de una técnica en las revisiones sistemáticas

Además, se ha reformulado el modelo de toma de decisiones clínicas basado en la evidencia. Haynes *et al.*, propusieron un modelo en 2002 con cuatro factores, en función de los cuales las decisiones deberían de ser tomadas: las pruebas procedentes de la investigación, el estado clínico del paciente y sus circunstancias, las preferencias del paciente y la experiencia del profesional. El proceso de equilibrar estos cuatro factores implica adoptar soluciones intermedias en función de las necesidades de los pacientes. Las evidencias externas pueden informar, pero no reemplazar la experiencia clínica del terapeuta en la toma de decisiones sobre las necesidades de un paciente que necesita cuidados de salud. Las evidencias externas facilitadas por los estudios ECA no pueden predecir la respuesta individual de un paciente particular. Es la experiencia clínica la que puede juzgar si las evidencias externas son pertinentes para el caso en cuestión y, si lo son, cómo han de ser integradas en el tratamiento (Sakett *et al.*, 1996). Incluso los tratamientos más efectivos puede que no funcionen con un paciente en particular, y de hecho algunos pacientes pueden mejorar con intervenciones que no funcionan para la mayoría (APA, 2002).

La Asociación Psicológica Americana establece en sus “Criterios para evaluar Guías de Tratamiento”, de manera explícita en el Criterio 2.3,

que la evaluación de la eficacia de un tratamiento ha de poner gran énfasis en la evidencia derivada de metodologías empíricas sofisticadas que incluyen los cuasiexperimentos y algunos diseños de sujeto único. Aunque estos no incluyen la aleatorización, sí incluyen otros controles que están diseñados para descartar algunas amenazas a la validez interna de inferencias sobre la eficacia (APA, 2002).

Por otra parte, la APA considera que la falta de literatura no significa que una intervención no sea eficaz. Esta Asociación promueve la utilización de múltiples métodos de investigación, tal y como se describe en el informe del año 2.006 de la Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, con la finalidad de encontrar evidencias sobre eficacia, efectividad, coste-efectividad, coste-beneficio, epidemiológicas y para utilización en el tratamiento, siendo unas más adecuadas que otras para responder a diferentes preguntas. Entre los diferentes métodos a utilizar se citan la observación clínica, incluyendo estudios de casos; la investigación cualitativa; los estudios sistemáticos de casos; los diseños experimentales de caso único; la investigación de salud pública y etnográfica, muy útil para entender la utilización de servicios de salud mental y la aceptación de los tratamientos por la población; los estudios de proceso y resultados; los estudios de efectividad en entornos naturalísticos que permiten valorar la validez ecológica de los tratamientos; los ECA y sus equivalentes lógicos, para buscar las inferencias causales y valorar la eficacia de las intervenciones; así como los meta-análisis.

CONCLUSIONES.

En la actualidad se plantea la necesidad de que los profesionales de la psicoterapia podamos responder a las preguntas de los usuarios y de los gestores de la sanidad acerca de la utilidad de los métodos que utilizamos. Esta demanda social viene, sin embargo, influida por un contexto sanitario y social en el que se busca el tratamiento para trastornos mentales específicos, como si los consensos en los que se basan las Clasificaciones Diagnósticas reflejaran una realidad psicopatológica y no una mera descripción de síntomas, que cambia a lo largo del tiempo, al servicio de facilitar el entendimiento entre los profesionales y las instituciones que reembolsan los gastos. Las clasificaciones actuales (DSM-V, CIE 10^a) carecen de una teoría psicopatológica que respalde los consensos diagnósticos. Esta demanda social, por otra parte, no tiene en cuenta que la psicoterapia, como método genérico de tratamiento, va mucho más allá de la mera reducción sintomática.

Los métodos de evaluación de las psicoterapias han seguido el modelo médico de evaluación de tratamientos y han elegido como *gold standard* los Ensayos Controlados Aleatorizados, asumiendo el reto de mostrar que poseen medios eficaces para tratar trastornos mentales específicos, lo que aboca a una competencia implícita con los tratamientos psicofarmacológicos para trastornos específicos y entre escuelas de psicoterapia. Por otra parte, las distintas escuelas asumen implícitamente un marco de referencia en el que lo que se valida con los métodos actuales de evaluación no es el constructo psicopatológico de base sino las técnicas y métodos que se muestran efectivos para el tratamiento de trastornos específicos.

Sin embargo, casi todas las escuelas trabajan implícitamente con técnicas similares a las cognitivo conductuales que han sido encontradas eficaces en estudios de evaluación. Por lo tanto, debería tenerse en cuenta que estos procedimientos, comunes a la mayoría de escuelas de psicoterapia, son ya un indicador a priori de su eficacia. La investigación podría entonces proceder a validar de manera concertada los componentes afectivos, comportamentales, fisiológicos y cognitivos que son eficaces presentes en distinta proporción a lo largo del tratamiento en las diferentes escuelas.

Los métodos actuales de evaluación de las psicoterapias han privilegiado tres dimensiones a evaluar, la eficacia, la efectividad y la eficiencia en la reducción sintomática, sin tener en cuenta otras posibles dimensiones, tales como el autoconocimiento, el desarrollo personal, la transformación de los rasgos de la personalidad, la mejora de la calidad de vida, etc. Por otra parte, las entidades financiadoras de la investigación evaluativa de las psicoterapias corren el riesgo de financiar formas breves de psicoterapia, fácilmente replicables, pero con escaso seguimiento a largo plazo, frente a intervenciones psicoterapéuticas de trastornos mentales complejos y prolongados.

Desde los años 90 se ha generado un corpus metodológico que se ha ido refinando con la finalidad de eliminar sesgos en la investigación, mejorar las inferencias causales y mejorar el poder estadístico de análisis. En la actualidad se piensa en términos de una jerarquía de evidencias en la que se combinan los métodos experimentales, cuasi experimentales y observacionales para informar al clínico. Si bien, esta jerarquía de evidencias está al servicio de mejorar la toma de decisiones de los profesionales sobre pacientes individuales, existe el riesgo de que las compañías financiadoras y los gestores sanitarios utilicen las evidencias de manera equivocada como si los resultados de la investigación tuvieran una traducción directa en la mejora de la asistencia. Buenos resultados en la investigación de la eficacia de un método de tratamiento puede que no se siga de buenos resultados en la práctica clínica. Por otro lado, hay pacientes que pueden mejorar con métodos con los que la mayoría no mejora.

Por lo tanto, los resultados de la lista de evidencias actuales no ha de considerarse como definitiva, ha de ser utilizada con precaución sin considerar que las técnicas que no tienen actualmente evidencias son ineficaces o inútiles. Por otra parte, es importante que los investigadores evaluativos de las psicoterapias sigan estableciendo unos métodos de evaluación propios, que reflejen la profundidad de las psicoterapias diferenciándolos de los métodos utilizados para evaluar tratamientos médicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- AARONS, G. A., HURLBURT, M., & HORWITZ, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and policy in mental health*, 38(1), 4–23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- American Psychological Association Task Force on Psychological Intervention Guidelines (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052–1059.
 - (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 59, 236–260.
 - (2005). *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*. Ronald F. Levant. <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- REUS, V. I., FOCHTMANN, L. J., BUKSTEIN, O., EYLER, A. E., HILTY, D. M., HORVITZ-LENNON, M., MAHONEY, J., PASIC, J., WEAVER, M., WILLS, C. D., MCINTYRE, J., KIDD, J., YAGER, J., & HONG, S. H. (2018). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder. *The American journal of psychiatry*, 175(1), 86–90. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.1750101>
- American Psychological Association. (2019). *A clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf>
- ANDREWS, G. & HARVEY, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic patients? A reanalysis of the Smith, Glass, and Miller data. *Archives of General Psychiatry*, 38(11), 1203–1208.
- BARKHAM, M., HARDY, G.E. & MELLOR-CLARK, J. (Eds.) (2010). *Developing and Delivering Practice-based Evidence. A Guide for the Psychological Therapies*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470687994>
- BOHART, A.C. Y BOYD, G. A (1997). A qualitative analysis and study of outcome in psychotherapy. Paper distributed at the 1997 North American Society for Psychotherapy Research Conference, Tucson. Arizona.

-
- BROWN, C. H., TEN HAVE, T. R., JO, B., DAGNE, G., WYMAN, P. A., MUTHÉN, B., & GIBBONS, R. D. (2009). Adaptive designs for randomized trials in public health. *Annual review of public health*, 30, 1–25. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100223>
 - BURNS, P. B., ROHRICH, R. J., & CHUNG, K. C. (2011). The levels of evidence and their role in evidence-based medicine. *Plastic and reconstructive surgery*, 128(1), 305–310. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318219c171>
 - The periodic health examination. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. (1979). *Canadian Medical Association journal*, 121(9), 1193–1254.
 - CHAMBLESS, D. L., & HOLLON, S. D. (1998a). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7–18. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.66.1.7>
 - CHAMBLESS, D.L., BAKER, M.J., BAUCOM, D.H. et al. (1.998b): Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 1-16
 - CHAMBLESS, D. L., & OLLENDICK, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual review of psychology*, 52, 685–716. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
 - CONCATO, J., SHAH, N., & HORWITZ, R. I. (2000). Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs. *The New England journal of medicine*, 342(25), 1887–1892. <https://doi.org/10.1056/NEJM200006223422507>
 - COOK, S. C., SCHWARTZ, A. C., & KASLOW, N. J. (2017). Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental Neurotherapeutics*, 14(3), 537–545. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0549-4>
 - CRAIG, P., DIEPPE, P., MACINTYRE, S., MICHIE, S., NAZARETH, I., PETTICREW, M., & MEDICAL RESEARCH COUNCIL GUIDANCE (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
 - DEL BARRIO, V. (2.009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología*, 30(2–3), 81–90.
 - ELLIOTT, R. (2001). Hermeneutic single-case efficacy design: An overview. En K. J. Schneider, J. Bugental, & J. F. Pierson (Eds.), *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research and practice* (pp. 315–326). Sage Publications.
 - ELLIOTT R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 12(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/713869614>
 - FISHMAN, D. B. (1999). *The case for a pragmatic psychology*. New York University Press.
 - FISHMAN, D. B., Messer, S. B., Edwards, D.J.A., & Dattilio, F.M. (Eds.). (2017). *Case studies with-in psychotherapy trials: Expanding the gold standard*. Oxford University Press.
 - FRANK, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (Rev. ed.). Schocken.
 - GREENBERG, J. (1994). Psychotherapy research: A clinician's view. En P. F. Talley, H. H. Strupp, & S. F. Butler (Eds.), *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap* (pp. 1–18). Basic Books.

- HAYNES, R. B., DEVEREAUX, P. J. & GUYATT, G. H. (2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Evidence Based Medicine Notebook*, 7, 1–3.
- HOLLON S. D. (1996). The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medications. *The American psychologist*, 51(10), 1025–1030. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.51.10.1025>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academy Press.
- Institute of Medicine. (2015). *Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: a framework for establishing evidence-based standards*. National Academies Press.
- LANDSVERK, J., BROWN, H., CHAMBERLAIN, P., PALINKAS, L. A. & HORWITZ, S. M. (2012). Design and analysis in dissemination and implementation research. En R. C. Brownson, G. A. Colditz, E. K. Proctor (Eds.), *Translating science to practice* (pp. 225–260). Oxford University Press.
- LEWIN, S., GLENTON, C., & OXMAN, A. D. (2009). Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: Methodological study. *British Medical Journal*, 339, b3496.
- MARTÍNEZ, J.M. & POZUETA, C. (2019). Análisis Transaccional y Psicoterapia Basada en la Evidencia. *Revista de Análisis Transaccional. Órgano de Difusión de APPHAT*, 5, 11–35. Retrieved from: <https://www.apphat.net/copia-de-el-analisis-transaccional-1>
- MARZILLIER, J. (2004). The myth of evidence-based psychotherapy. *The Psychologist*, Vol. 17(7), 392–395.
- MCALISTER, F. A., GRAHAM, I., KARR, G. W., & LAUPACIS, A. (1999). Evidence-based medicine and the practicing clinician. *Journal of general internal medicine*, 14(4), 236–242. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.00323.x>
- MCCANN, P. V., & LUBMAN, D. I. (2014). Qualitative process evaluation of a problem-solving guided self-help manual for family carers of young people with first-episode psychosis. *BMC Psychiatry*, 14, 168. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-168>
- MCHUGH, R. K., & BARLOW, D. H. (Eds.). (2012). *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions*. Oxford University Press.
- MCLEOD, J. (2010). *Case Study Research: In Counselling and Psychotherapy*. SAGE Publications. <https://dx.doi.org/10.4135/9781446287897>
- MCLEOD, J. & ELLIOTT, R. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/14733145.2011.548954>
- MCLEOD, J. (2013). *An introduction to research in counselling and psychotherapy*. Sage publications.
 - (2017). Science and Psychotherapy: Developing research-based knowledge that enhances the effectiveness of practice. *Transactional Analysis Journal*, 47(2), 82–101. <https://doi.org/10.1177/0362153717694885>
- MORROW-BRADLEY, C. & ELLIOTT, R. (1986). Utilization of Psychotherapy research by practicing psychologists. *American Psychologist*, 41, 188-197.

- National Institutes of Health. (2004). State implementation of evidence based practices: Bridging science and service (National Institute of Mental Health and Substance Abuse and Mental Health Services Administration Request for Application MH-03-007). Retrieved November 19, 2004, from <http://grants1.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFAMH-03-007.html>
- NATHAN, P. E., STUART, S. P., & DOLAN, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between Scylla and Charybdis?. *Psychological bulletin*, 126(6), 964-981. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.6.964>
- OAKLEY, A., STRANGE, V., BONELL, C., ALLEN, E., STEPHENSON, J., & RIPPLE Study Team (2006). Process evaluation in randomised controlled trials of complex interventions. *BMJ (Clinical research ed.)*, 332(7538), 413-416. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7538.413>
- ORLINSKY, D. E. & HOWARD, K. I. (1975). *Varieties of psychotherapeutic experience*. Teachers College Press.
- PALINKAS, L. A., AARONS, G. A., HORWITZ, S., CHAMBERLAIN, P., HURLBURT, M., & LANDSVERK, J. (2011). Mixed method designs in implementation research. *Administration and policy in mental health*, 38(1), 44-53. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0314-z>
- PALINKAS, L. A., HORWITZ, S. M., GREEN, C. A., WISDOM, J. P., DUAN, N., & HOAGWOOD, K. (2015). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and policy in mental health*, 42(5), 533-544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- PROCTOR, E. K., LANDSVERK, J., AARONS, G., CHAMBERS, D., GLISSON, C., & MITTMAN, B. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and policy in mental health*, 36(1), 24-34. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>
- REED, G. M., & EISMAN, J. (2002) Uses and misuses of evidence: Managed care, treatment guidelines, and outcomes measurement in professional practice. En C. Goodheart, A. F. Kazdin & R. J. Sternberg (Eds.), *Evidence Based Psychotherapy: Where practice and research meet* (pp. 13-35). American Psychological Association.
- RUSH A. J & THASE, M. E. (1999). Psychotherapies for depressive disorders. En M. Maj & N. Sartorius (eds.), *World Psychiatric Association series: Evidence and practice in psychiatry*. (2nd ed, Vol. 1, pp. 161- 206). Wiley.
- RUSH, A. J., THASE, M. E., & DUBÉ, S. (2003). Research issues in the study of difficult-to-treat depression. *Biological psychiatry*, 53(8), 743-753. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00088-x](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00088-x)
- SACKETT, D. L., ROSENBERG, W. M., GRAY, J. A., HAYNES, R. B., & RICHARDSON, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (Clinical research ed.)*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- SELIGMAN M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *The American psychologist*, 50(12), 965-974. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.50.12.965>
- SHORROCK, M. P. (2012). The pragmatic case study of Ed - A man who struggled with internet addiction. *Counselling Psychology Review*, 27(2), 23-35.

- STEWART, R. E., CHAMBLESS, D. L., & STIRMAN, S. W. (2018). Decision making and the use of evidence-based practice: Is the three-legged stool balanced?. *Practice Innovations*, 3, 56-67.
- THASE, M. E., GREENHOUSE, J. B., FRANK, E., REYNOLDS, C. F., 3RD, PILKONIS, P. A., HURLEY, K., GROCHOCINSKI, V., & KUPFER, D. J. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of general psychiatry*, 54(11), 1009-1015. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830230043006>
- SMITH, M. L., & GLASS, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *The American psychologist*, 32(9), 752-760. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.32.9.752>
- SMITH, M.L., GLASS, G.V. & MILLER, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. The John Hopkins University Press.
- TEDDLIE, C. & TASHAKKORI, A. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences. En A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds). *Handbook of mixed methods in the social and behavioral sciences* (pp. 3-50). Sage Publications.
- WAMPOLD, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, p. 128.
- WESTEN, D., NOVOTNY, C. M. & THOMPSON-BRENNER, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631-633.
- WIDDOWSON, M. (2012a). TA treatment of depression: Hermeneutic single-case efficacy design study-‘Paul.’ *International Journal of Transactional Analysis Research*, 3(1). Retrieved from <http://www.ijtar.org/article/view/10026/6888>
- (2012b). TA treatment of depression: Hermeneutic single-case efficacy design study-‘Tom.’ *International Journal of Transactional Analysis Research*, 3(2). Retrieved from <http://www.ijtar.org/article/view/10795/7346>
- (2012c). TA treatment of depression: Hermeneutic single-case efficacy design study-‘Denise.’ *International Journal of Transactional Analysis Research*, 3(2). Retrieved from <http://www.ijtar.org/article/view/10796/7347>

JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Psiquiatra. Doctor en Medicina. Analista Transaccional Didáctico y Supervisor (T.S.T.A., I.T.A.A., E.A.T.A.). Psicoterapeuta Integrativo Certificado Docente y Supervisor Internacional (C.I.I.P.T.S., I.I.P.A.). Profesor Honorífico de Psiquiatría. Universidad de Valladolid. Instituto de Análisis Transaccional y Psicoterapia Integrativa.*

VERÓNICA AGUADO RODRÍGUEZ

Dra. en Psicología. Psicoterapeuta Integrativa (C.I.I.P., I.I.P.A.). Aukebi Centro Psicológico, Bilbao.*

SABINA MATEO LEÓN. Psicóloga. Psicoterapeuta Analista Transaccional (C.T.A) bajo contrato por la EATA.*

BLANCA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

Psicóloga General Sanitaria. Psicoterapeuta Integrativa Certificada (C.I.I.P., I.I.P.A.). Certificado Europeo de Psicología (EuroPsy) en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud Instituto de Análisis Transaccional y Psicoterapia Integrativa. *

*Miembros del Grupo de Investigación de APPHAT

Dirección de Contacto: José Manuel Martínez Rodríguez.

Dirección postal: Instituto de Análisis Transaccional y Psicoterapia Integrativa. Calle Morena, 23, 2º A. 47009-Valladolid. Correo electrónico: inst.atpi@gmail.com. Tel.: 983 344298