



Papeles del Psicólogo

ISSN: 0214-7823

papeles@correo.cop.es

Consejo General de Colegios Oficiales de  
Psicólogos  
España

Becoña Iglesias, Elisardo; Casete Fernández, Lorena; Lloves Moratinos, Manuel; Nogueiras  
Fernández, Luis; Lage Muiño, Manuel; Gutiérrez Moyano Zimmerman, M<sup>a</sup> Mercedes; Baamonde  
Rodríguez, M<sup>a</sup> Gloria; Lorenzo Pontevedra, Ma. Carmen; Suárez Pita, Santiago; González Valerio,  
Niceto; Vázquez Domínguez, Ma. José; Míguez Varela, María del Carmen  
Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: una visión desde la clínica  
Papeles del Psicólogo, vol. 25, núm. 87, enero-abril, 2004, pp. 9-19  
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808702>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## GUÍAS DE TRATAMIENTO Y GUÍAS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA PSICOLÓGICA: UNA VISIÓN DESDE LA CLÍNICA

Elisardo Becoña Iglesias<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> José Vázquez Domínguez<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Carmen Míguez Varela<sup>1</sup>, Lorena Casete Fernández<sup>2</sup>,  
Manuel Lloves Moratinos<sup>3</sup>, Luis Nogueiras Fernández<sup>4</sup>, Niceto González Valerio<sup>5</sup>, Manuel Lage Muíño<sup>5</sup>, Santiago  
Suárez Pita<sup>6</sup>, M<sup>a</sup> Mercedes Gutiérrez-Moyano Zimmerman<sup>7</sup>, M<sup>a</sup> Carmen Lorenzo Pontevedra<sup>7</sup> y M<sup>a</sup> Gloria  
Baamonde Rodríguez<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Tabaquismo, Universidad de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Centro de Drogodependencias ACLAD, A Coruña.

<sup>3</sup>Comunidad Terapéutica Alborada, Vigo. <sup>4</sup>Centro Asistencial de Alcoholismo As Burgas, Ourense. <sup>5</sup>Unidad de Alcoholdependencia de A Coruña. <sup>6</sup>Asociación Española Contra el Cáncer, A Coruña. <sup>7</sup>Práctica privada en A Coruña, Santiago de Compostela y Vigo

En los últimos años se han dado pasos consistentes para establecer una psicología basada en la evidencia a partir de guías clínicas (o de tratamiento) y de guías para la práctica clínica. Su objetivo es conocer qué tratamiento o tratamientos psicológicos son eficaces para los distintos trastornos clínicos o cómo implantar el mejor tratamiento a partir de las mismas. Junto a la descripción de estas guías, sus características, cómo inciden en la práctica de la psicología, sus implicaciones, polémicas, etc., se analizan cuáles son las ventajas y problemas de las mismas en la práctica clínica. Se revisan cuestiones como el enfoque clínico vs. el científico, la diferencia de la psicología clínica en el campo público y privado, ventajas y limitaciones que tienen las mismas con los pacientes/clientes, la necesidad de formación, cómo pasar las recomendaciones de las guías a la práctica clínica, la adecuación de las mismas a los pacientes/clientes, su nivel de conocimiento y aceptación entre los psicólogos clínicos, etc. Se concluye que es necesario prestar cada vez más atención a las guías de tratamiento y a las guías para la práctica clínica y que, como ocurre en las otras áreas de la salud, tenemos que ir cada vez más hacia una psicología clínica basada en la evidencia.

In the last years consistent steps have been taken to establish a psychology based on evidence starting from clinical (or treatment) guidelines and of practice guidelines for the clinical practice. Their objective is to know what psychological treatment or treatments are effective for the different clinical disorders or how to implant the best treatment starting from the same ones. Next to the description of this guidelines, their characteristics, how they impact in the practice of the clinical psychology, their implications, polemic, etc., are analyzed the advantages and problems of the same in the clinical practice. We reviewed the clinical vs. scientific interventions, the difference of the practice of clinical psychology in the public and private field, advantages and limitations that have the same ones with the patients/clients, the need of recycling, how to pass the recommendations from the guidelines to the clinical practice, the adaptation of the same ones to the patients/clients, their level of knowledge and acceptance among the clinical psychologists, their knowledge, etc. We concludes that it is necessary to lend more attention to the guidelines of treatment and guidelines to clinical practice and that, like it happens in the other areas of the health, we have to go more and more toward a clinical psychology based on evidence.

### ¿QUÉ ES UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EFICAZ?

A diferencia de otras profesiones, la psicología tiene todavía hoy toda una serie de temas en los que no se ha llegado a un completo consenso. Uno de estos temas, que ha sido fuente continua de debate en la psicología clínica desde su aparición, es qué es una intervención psicológica eficaz; o, qué es un tratamiento psicológico eficaz. Aunque la psicología es una ciencia y, como tal, tiene que utilizar el método científico, han existido, y siguen existiendo, puntos de vista divergentes sobre ello.

*Correspondencia:* Elisardo Becoña Iglesias. Unidad de Tabaquismo. Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Campus Sur, 15782 Santiago de Compostela. E-mail: pcelisar@usc.es.

Por ejemplo, cuando se afirma que la evaluación de un tratamiento sólo podemos hacerla basándonos en criterios fenomenológicos o individuales. Sin embargo, hoy esto es difícil de sostener si queremos estar en el lado de las ciencias experimentales.

Por otra parte, la evaluación se ha ido imponiendo sistemáticamente como un criterio básico para saber lo que funciona o lo que no funciona, en nuestro caso para saber si funciona o no el tratamiento psicológico y qué tipo de tratamiento psicológico. La necesidad de conocer el coste de los servicios, la competencia del tratamiento farmacológico y otro tipo de intervenciones, junto a la presión social de conocer lo que es o no eficiente, está en la base de la evaluación. Aunque este movimiento tiene una raíz más



profunda en el análisis de costes de los servicios que surge en el mundo anglosajón, se ha ido imponiendo en todos los países desarrollados, incluido el nuestro, como es hoy claro en el campo de la sanidad pública.

Hoy ya no vale el “ojo clínico” o las características personales del terapeuta. Hoy es necesario tener el tratamiento claramente descrito en un manual de tratamiento, que se pueda aplicar por distintos terapeutas (y replicar), que sea viable y posible de aplicar, protocolizado, aceptado por los clientes, evaluado con los criterios de evaluación científica, etc. Y esto para cada uno de los tratamientos que vamos a aplicar. Por ello, entendemos por tratamiento psicológico, siguiendo a Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados y Fernández-Montalvo (2003) *“una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (Centro de Salud Mental, Hospital, consulta privada, Asociaciones de personas afectadas, etc). En ella un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana”* (p. 25). Esta diferencia es importante, ya que se confunde con frecuencia psicoterapia con tratamiento psicológico, y hay muchos matices entre una y otra denominación (ver Labrador, Echeburúa y Becona, 2000). Un tratamiento psicológico eficaz sería aquel que *“ha pasado los controles y pruebas científicas adecuadas de tal modo que sabemos que funciona respecto a no aplicar ningún tratamiento o a otro que no muestra tener efectos o a otro menos eficaz”* (Labrador et al., 2003, p. 28).

## LA NECESIDAD DE LAS GUÍAS CLÍNICAS PARA LA PRÁCTICA

Todos estaríamos de acuerdo con que la práctica debe venir dirigida por la aplicación de procedimientos eficaces. Este es un principio básico, como el de respetar las normas éticas con el cliente, mantener la confidencialidad, etc. Y, para que podamos aplicar un procedimiento terapéutico de modo práctico, para que podamos conocerlo, los distintos psicólogos precisamos que dicho procedimiento esté protocolizado en forma de manual.

Todo lo que hoy es tan relevante en relación con la evaluación de los tratamientos y las guías clínicas surge en 1989. En ese año el Congreso de los Estados Unidos crea una nueva agencia federal, la *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR), con el objetivo de determinar la eficacia de los tratamientos para trastornos específicos y elaborar guías de tratamiento para ellos (Barlow y Hoffman, 1997). Se comenzó con los trastor-

nos médicos y luego se pasó a los trastornos psicológicos. Hoy existen cientos y cientos de guías clínicas para distintos trastornos, especialmente en el ámbito de la salud física, pero también en el de la salud mental. Pero esto no sólo ha ocurrido en Estados Unidos. En Europa tenemos la *Cochrane Collaboration*, que está en la Universidad de Oxford (Reino Unido)

y que es una fuente central de acceso a información sobre lo que funciona y lo que no funciona en el campo de la medicina, incluyendo la salud mental. Esta documentación se puede encontrar gratis en castellano ([www.msc.es](http://www.msc.es)). Recientemente, dentro del Ministerio de Sanidad y Consumo, en el Instituto de Salud Carlos III, se ha creado también una Agencia de Evaluación, que empieza a tener ya su relevancia para la toma de decisiones sobre tratamientos, como es el caso en los tratamientos que se van a financiar para que las personas dejen de fumar (ver [www.isciii.es/aets](http://www.isciii.es/aets)). Allí se recopilan guías clínicas y se elaboran guías para que se tomen decisiones por parte de la administración sanitaria en función de lo que funciona y de lo que no. Y, estas guías no sólo sirven para orientar al clínico. Son también un consenso entre los profesionales para hacer una buena práctica clínica. Y sirven para tomar decisiones administrativas de qué tratamientos financiar o qué fármacos incluir financiados por el sistema nacional de salud. Las sociedades científicas no se han quedado atrás. Muchas de ellas han elaborado guías clínicas, como igualmente ha hecho la *American Psychological Association*, en Estados Unidos, o la Sociedad Española de Psiquiatría en España. Y, en el campo de las drogodependencias, muchas de las guías elaboradas por el *National Institute on Drug Abuse* ([www.nih.nida.gov](http://www.nih.nida.gov)), como ocurre con las del tratamiento de la cocaína, se han adaptado al castellano.

## LA ELABORACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA: LAS PRIMERAS GUÍAS

### ¿Qué queremos evaluar y cómo tenemos que evaluar la eficacia?

La Sociedad Americana de Psicología tiene su División 12 dedicada a la Psicología Clínica. Un grupo de expertos de la misma elaboró en 1993 el Task Force sobre Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1993). Fue publicado en 1995 (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) y actualizado en 1996 (Chambless, Sanderson, Shoham et al., 1996) y 1998 (Chambless, Baker, Baucom et al., 1998).

El Task Force sobre Promoción y Difusión de Procedi-



mientos Psicológicos se constituyó con el objetivo de evaluar los tratamientos psicológicos eficaces para, como el propio nombre del Task Force indica, promover y difundir los mismos. Las personas que formaban este comité eran de diversa procedencia respecto a las escuelas de psicoterapia: psicodinámicos, interpersonales y cognitivo-conductuales. En el informe se consideran varios hechos relevantes, que luego se han tomado en consideración para la evaluación de los distintos tratamientos psicológicos. Éstos son: 1) la utilización del DSM-III, y posteriores ediciones del mismo, para la categorización de los trastornos psicopatológicos, y 2) la manualización del tratamiento, partiendo de libros como el de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) para el tratamiento de la depresión, en el cual aparece el tratamiento claramente descrito (tratamiento manualizado).

En el informe distinguieron dos categorías sobre la eficacia de los tratamientos: los tratamientos bien establecidos (eficaces) y los tratamientos probablemente eficaces, a los que en este informe se sugiere se les llame tratamientos experimentales. El Task Force (1993) delimita claramente qué criterios debe cumplir un tratamiento para entrar en una de las categorías o quedar fuera, como inefectivo, si no cumple ninguna de ellas. Para un *tratamiento bien establecido* es necesario que se cumplan tres criterios. El *primero*, que al menos existan dos buenos estudios con diseños experimentales entre grupos, realizados por investigadores distintos, donde el tratamiento haya demostrado ser superior a nivel estadístico respecto a un fármaco, grupo de placebo psicológico u otro tratamiento, o que sea equivalente a un tratamiento ya establecido en experimentos donde el tamaño de la muestra sea adecuado, sugiriéndose alrededor de 30 sujetos por grupo. También se incluiría en esta categoría una serie de diseños de caso único que demuestren su eficacia, teniendo que usar buenos diseños experimentales y comparar cada caso con otro al que se le aplique otro tratamiento, placebo psicológico o fármaco. El *segundo* criterio, que los estudios se hayan realizado siguiendo un manual de tratamiento y, el *tercero*, que las características de la muestra de clientes tratados estén claramente especificadas. Los criterios para un *tratamiento probablemente eficaz* son más laxos. En este caso, un estudio tiene que cumplir una de estas cuatro condiciones: 1) dos estudios mostrando que el tratamiento es más eficaz que un grupo control de lista de espera, 2) dos estudios que cumplan los criterios para un tratamiento bien establecido, pero que hayan sido realizados por distintos investigadores, o un buen estudio que haya demostrado eficacia con estos mismos criterios, 3) al menos

dos estudios demostrando eficacia pero con la limitación de haber sido realizado con muestras de clientes heterogéneos, y 4) una pequeña serie de estudios de diseños experimentales de caso y que además cumplan los tres criterios anteriores. Con estos criterios, en el primer informe aparecían 18 tratamientos eficaces y 7 probablemente eficaces (Task Force, 1993); en la revisión de 1996, 22 tratamientos eficaces y 25 probablemente eficaces (Chambless et al., 1996); y, en la última revisión (Chambless et al., 1998), 16 tratamientos eficaces y 55 probablemente eficaces. Junto a cada uno de estos tratamientos aparece listado uno o dos estudios, como ejemplos de ellos, aunque no todos los existentes. Los tratamientos que muestran ser eficaces son los conductuales y los cognitivo-conductuales casi en exclusiva. Esto sería, como era de esperar, fuente de polémica y discusión. Otras publicaciones más actuales (ej., Chambless y Ollendick, 2001; Nathan y Gorman, 2003; Nathan, Gorman y Salkind, 2002; Pérez et al., 2003) actualizan los tratamientos eficaces para distintos trastornos.

### Las guías de tratamiento y las guías para la práctica clínica

En los últimos años se diferencia entre las guías de tratamiento (antes llamadas guías clínicas) y las guías para la práctica clínica. Una guía de tratamiento es aquella que ofrece recomendaciones específicas sobre los tratamientos que se pueden ofrecer a los clientes. Y, una guía de práctica clínica es un conjunto de declaraciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a decidir al clínico y al paciente sobre cual será la mejor opción terapéutica (American Psychological Association, 2002b; Reed, McLaughlin y Newman, 2002). Así pues, el Task Force sobre promoción y difusión de tratamientos psicológicos es una guía de tratamiento para los trastornos mentales y del comportamiento elaborada por la Asociación Americana de Psicología.

En la actualidad hay elaboradas más de 900 guías de tratamiento, de las cuales 100 son guías en las áreas de la salud conductual (American Psychological Association, 2002a). Existe una web específica ([www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)) para revisar las guías clínicas que van surgiendo en Estados Unidos, fundamentalmente, por parte de la administración, asociaciones científicas y profesionales, fundaciones, etc. Allí puede encontrarse una ingente cantidad de información sobre este tema, ya que aparte de las guías clínicas, se han elaborado también guías para la práctica (ej., para poblaciones especiales, tipos de pacientes, etc.)

La Asociación Americana de Psicología ha elaborado dos



documentos con la idea de poner orden, o sobre cómo ordenar, la ingente cantidad de información que existe sobre las guías clínicas, y cómo el profesional tiene que acercarse a las mismas para conocerlas e interpretarlas. Estos documentos son la “Guía para el desarrollo de directrices en las intervenciones para los trastornos mentales y aspectos psicosociales de los trastornos físicos” (American Psychological Association, 1995) y los “Criterios para evaluar las guías de tratamiento” (American Psychological Association, 2002a). En esta última se diferencia entre lo que son guías de tratamiento de guías de práctica clínica. Las guías de práctica clínica recomiendan a los profesionales qué deben hacer; junto a otras cuestiones que deben considerarse en la práctica clínica sin centrarse en recomendaciones para el tratamiento de problemáticas clínicas específicas. A diferencia de otras asociaciones profesionales y científicas, en los últimos años la Asociación Americana de Psicología ha decidido no desarrollar guías de tratamiento, aunque sí ha elaborado una guía sobre cómo evaluar dichas guías de tratamiento (American Psychological Association, 2002b) ya que lo que sostiene la APA es que las guías de tratamiento pueden ser relevantes y útiles en la práctica clínica pero no deben ser determinantes. El objetivo que pretende esta guía es claro, es una guía para el desarrollo, evaluación y revisión de las guías prácticas existentes, cara a la promoción de la calidad y la consistencia de estas guías. Se han creado para educar e informar de la práctica de los psicólogos, estimular el debate y la investigación y ser aplicables a todos los psicólogos de cualquier área (American Psychological Association, 2002b). Considera que los atributos que tiene que tener toda guía para la práctica son los siguientes: 1) respeto a los derechos y dignidad humana; 2) explicar su necesidad; 3) diseño de su alcance: contenido, usuarios y contexto; 4) evitación de sesgos (revisión y cita de toda la literatura relevante); 5) valor educativo para los psicólogos, público y otras personas interesadas; 6) consistencia interna; 7) flexibilidad; 8) basada en las mejores fuentes disponibles actualmente a nivel de la teoría, investigación y códigos legales de conducta y/o estándares para la práctica; 9) viabilidad de ser implementada en el lugar de la práctica actual; 10) redactada en un lenguaje que anime o recomiende, sin utilizar un lenguaje impositivo; 11) deben ser claras, breves y sin ambigüedades; y, 12) compatibles con las leyes, práctica profesional y código ético.

Más concretamente, la guía para evaluar los tratamientos (American Psychological Association, 2002a) se ha elaborado teniendo en cuenta dos dimensiones. La primera, la de *eficacia del tratamiento*, o la evaluación sistemática y científica de si un tratamiento funciona. Y, la

segunda, de *utilidad clínica*, entendida como la aplicabilidad, posibilidad y utilidad de la intervención en el lugar concreto donde se ofrece (generalizabilidad).

Dentro de la primera dimensión, la de *eficacia del tratamiento*, se considera que las guías deben basarse en la literatura científica relevante, las recomendaciones tienen que tener su fundamentación en estudios bien realizados metodológicamente a nivel clínico, aunque como parte de ello tiene que considerarse la opinión clínica, observación y consenso de expertos reconocidos en el campo. Se insiste siempre en la necesidad de que los estudios en que se fundamente sean de alta calidad, con clara evidencia. Las recomendaciones sobre intervenciones específicas deberán tener en consideración las condiciones del tratamiento con el que la intervención ha sido comparada (ej., que se consiga mejor resultado con el tratamiento que si no se aplica). Otro aspecto que se considera en la eficacia es el de un análisis minucioso y extenso de los resultados que se esperan obtener con la intervención (ej., calidad de vida, funcionamiento cotidiano, consecuencias a corto y a largo plazo, satisfacción del cliente, relevancia clínica del cambio, abandonos del tratamiento, etc.).

La segunda dimensión, la de la *utilidad clínica*, se analiza en varios apartados, los de generalizabilidad, viabilidad y consideración de los costes.

Dentro de la *generalizabilidad*, las guías deberán reflejar la amplitud de variables del paciente que pueden influenciar la utilidad clínica de la intervención; las diferencias que existen entre los profesionales del cuidado de la salud, que pueden afectar a la eficacia del tratamiento, cómo son el tipo de entrenamiento, habilidades y experiencia de los profesionales, las interacciones entre el paciente y las características del profesional; dónde se lleva a cabo el tratamiento, etc.

Dentro de la *viabilidad*, las guías deben tener en cuenta el nivel de aceptación de la intervención en los pacientes que van a recibir el servicio, que se les proporcione a ellos información para que elijan el tratamiento en función de distintos tipos de intervenciones comparables, y que puedan llevar a cabo dicho tratamiento. También la guía debe indicar si puede haber algún efecto adverso con el tratamiento así como sus beneficios. De igual modo, las guías deben indicar qué tipo de preparación tiene que tener el profesional para aplicar ese tratamiento.

En los *costes* deben indicarse los costes directos, indirectos, a corto y a largo plazo para el paciente, para el profesional y para el sistema sanitario, así como los costes asociados si no se lleva a cabo el tratamiento o si se





retrasa su aplicación.

Hay un apartado final en esta guía para evaluar los tratamientos que se refiere al proceso de desarrollo de las guías. Aquí recomiendan que el grupo que las elaboren estén compuestos por personas con una amplia experiencia y que ésta esté documentada. Sugieren que entre ellos haya clínicos experimentados, expertos en metodología de investigación y personas de la comunidad relacionadas con los pacientes y el tratamiento, (pacientes, abogados o familiares de pacientes). Antes de finalizar la misma y hacerla pública, debe ser distribuida a todos los posibles implicados, como terapeutas, pacientes, otros profesionales, personas de la sociedad a las que les pueda afectar, para que hagan sus aportaciones, y se incluyan en ella si son razonables.

#### **POLÉMICAS QUE HAN ACARREADO LAS GUÍAS CLÍNICAS O DE TRATAMIENTO**

Son muchas las polémicas que han surgido a partir de las inicialmente llamadas guías clínicas, hoy llamadas guías de tratamiento, especialmente en el campo de la psicología, que no en otros campos, como en el de la medicina o psiquiatría. Por ello, se han dedicado un gran número de monográficos de varias revistas importantes de psicología clínica (ej., Kendall y Chambless, 1998), docenas de artículos en distintas revistas científicas y varios libros. Realmente han sido muchas las críticas que han recibido las guías clínicas elaboradas por la Sección 12 de Psicología Clínica de la Sociedad Americana de Psicología y por otros expertos de psicología clínica. Hoy tenemos miles y miles de páginas sobre esta cuestión. De modo sintético, sin pretender ser exhaustivos, las más relevantes han sido las siguientes:

- a) *La manualización del tratamiento.* Se critica que tenga que existir un manual de tratamiento que sustente lo que se hace (Garfield, 1996). Esto indica, además, que tendría que haber un manual para cada tratamiento concreto en cada trastorno.
- b) *Tratamientos concretos para trastornos específicos.* Muchos terapeutas no están de acuerdo con el DSM ni con que tenga que haber un tratamiento específico para cada trastorno concreto (Garfield, 1996).
- c) *Según los criterios que utiliza la guía no es posible incluir estudios previos a 1980, por no adecuarse éstos al DSM-III y a su categorización* (Garfield, 1996). Esto es cierto, pero tampoco es un hándicap tan relevante, porque lo que funciona se ha mantenido en el tiempo y lo que no funciona no (al menos a nivel de evaluación científica).
- d) *No incluir la variabilidad entre terapeutas, pacientes*

y las variables terapéuticas en psicoterapia. Ésta es una crítica característica desde el ámbito de la psicoterapia (Silverman, 1996), pero que pocas veces ha mostrado ser así en la práctica. En casi todos los casos un tratamiento estándar es lo que mejor funciona o funciona igual que la adaptación concreta del mismo a cada cliente. El ejemplo del fracaso del proyecto MATCH para el tratamiento del alcoholismo ha mostrado en años recientes esto que afirmamos (Allen y Kadden, 1995).

e) *Sesgo en la selección de los estudios.* Se critica que se incluyen como representativos sólo unos pocos estudios, dejando de lado otros muchos (Silverman, 1996). Esto es cierto, pero es necesario ir a lo simple, e indicar de los existentes aquéllos más relevantes. Las últimas guías clínicas, utilizando meta-análisis, como hace la *Cochrane Collaboration*, incluyen todos los estudios que cumplen los requisitos metodológicos adecuados, y presenta los resultados en forma de odds ratio (OR), como una síntesis de todos ellos.

f) *El tipo de evaluación de resultados.* Esta guía se basa en la eficacia como guía para evaluar el tratamiento, utilizando criterios cuantitativos, utilizando un grupo experimental y un grupo de control (Kazdin, 1996). Hasta hace muy poco la psicoterapia tradicional no asumía este tipo de análisis de la eficacia.

Si decimos que lo anterior ocupa ya hoy miles y miles de páginas impresas, también es cierto que la contestación a las mismas ocupa un volumen semejante de páginas. Algunas de las contestaciones más relevantes pueden verse en Labrador et al. (2000).

Como conclusión de lo anterior, lo cierto es que a pesar de las críticas, las guías clínicas (o guías de tratamiento) han seguido avanzando y se van implantando poco a poco en el campo del tratamiento, en el campo de la contratación de servicios, en el campo administrativo y, en otros países, en el campo penal cuando hay dudas sobre la mala práctica clínica.

#### **ANTE LAS GUÍAS CLÍNICAS (O DE TRATAMIENTO) Y GUÍAS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA ¿QUÉ PODEMOS DECIR DESDE LA CLÍNICA Y QUÉ IMPLICACIONES, VENTAJAS Y PROBLEMAS SE PRESENTAN ANTE LAS MISMAS?**

**El posicionamiento de los psicólogos clínicos ante las guías clínicas sobre los tratamientos psicológicos eficaces**  
El posicionamiento de los clínicos ante las guías clínicas ha oscilado, al principio, desde el interés hasta la indiferencia. Al principio, interés por la enorme polémica que acarreo el tema y las fuertes críticas que surgieron en el



contexto de la psicología clínica. Otros, pronto pasaron a la indiferencia. Pero, conforme se ha ido avanzando ya no podemos estar indiferentes, porque en muchas ocasiones los servicios se contratan en función de si en una guía aparece de manera clara que lo que queremos aplicar funciona. Si lo que ofrecemos no aparece en ella no se puede decir que funciona. Los sistemas sanitarios públicos de los distintos países han creado agencias de evaluación para discriminar lo que funciona de lo que no funciona. Por ello aún nos queda mucho que aprender y ver en este campo.

Se puede afirmar que la psicología ha tenido una pérdida de relevancia en varios campos de intervención clínica, o un menor crecimiento que otras profesiones afines, ante el fuerte avance del tratamiento farmacológico y su publicitación. Esto es hoy claro no sólo en nuestro contexto profesional, sino en los propios medios de comunicación, con la publicidad directa e indirecta de múltiples fármacos, con o sin receta médica, aparte de la publicidad y venta de todo tipo de fármacos por internet. Además, los medios de comunicación se hacen eco cada vez más de los avances farmacológicos y biológicos y poco de los avances en el campo psicológico o del tratamiento psicológico. Además, el tema de los costes hoy hay que manejarlo junto al de la eficacia, y a veces nos hemos encontrado con que nuestros procedimientos eran más caros de lo que pensábamos, especialmente cuando el tratamiento que se aplica es poco eficiente. De ahí la necesidad de evaluar y de aplicar aquello que funciona y funciona bien. Hoy es claro que hay un fuerte movimiento para la reducción de costes en todo lo que atañe al sistema sanitario y al tratamiento de cualquier patología. De ahí la gran relevancia que ha cobrado el análisis del coste-efectividad (coste del tratamiento en la situación clínica en función de los casos eficaces) y coste-eficiencia (cual es el menor coste posible del tratamiento(s) para los objetivos clínicos). No podemos negarnos a esta evidencia porque ya nos está afectando en este momento. Como dicen algunos autores, es un tema de supervivencia (Barlow, 1994, 1996).

#### **Un problema no del todo resuelto: la separación entre el enfoque clínico y el científico**

Desde la perspectiva clínica el enfoque es eminentemente clínico. Desde el enfoque científico el enfoque es eminentemente científico, aunque se esté analizando un trastorno clínico, o llevando a cabo un tratamiento clínico dentro de un ensayo clínico. Por ello no es lo mismo el enfoque clínico que el enfoque científico. Y, en la psicología, a diferencia de otros campos, como el de la medi-

cina, la separación de lo clínico y de lo científico, a veces ha sido y sigue siendo evidente. En Becoña (1999) puede verse extensamente, por ejemplo, las discrepancias que existen entre la investigación y la práctica clínica en el tratamiento psicológico.

Pero hoy resulta imperioso unir lo clínico a lo científico y lo científico a lo clínico. Hoy es una exigencia social ya que los tiempos exigen que haya una correspondencia entre ambos enfoques y que unos y otros se beneficien de sus experiencias, resultados y enfoques. De no hacerlo así habrá un divorcio que no será bueno para nadie y perderemos todos.

Otro aspecto que se ha descuidado mucho es conocer dónde se toman las decisiones sobre lo que hacemos. Hoy es clara la necesidad de conocer en tiempo real lo que ocurre en los lugares en donde se toman las decisiones sobre nuestra profesión, nuestra práctica, la provisión de servicios, etc. El ejemplo de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, la LOPS, con un claro cambio en el estatus del psicólogo clínico, y las exigencias para serlo, nos debe servir para tener los pies en el suelo. La poca implantación de la psicología en el sistema sanitario público ha impedido un mayor avance en este sentido, pero tiene que darse, o tenemos que esforzarnos para que se dé cada vez más.

En suma, que en el fondo de lo que estamos hablando es de la supervivencia, declive o potenciación de una u otra profesión en función de lo que cada una ofrece y de su papel en el contexto social. La psicología clínica tiene mucho que ofrecer y puede ayudar a que muchas personas reduzcan o eliminen sus problemas y su sufrimiento. Pero somos nosotros quienes tenemos que hacer esto; nadie lo va a hacer por nosotros.

#### **Otro problema adicional: la diferencia de la psicología clínica en el campo público y en el campo privado**

Lo que caracteriza a un psicólogo clínico en el campo público es que atiende a muchos pacientes, en poco tiempo, sin poder centrarse en la calidad. Lo que le exigen es principalmente número de personas atendidas, contención, interprofesionalidad, etc. Esto lleva a una clara dificultad de aplicar los tratamientos tal como están diseñados, o como se deben aplicar según las guías clínicas, por disponer de poco tiempo. Además, las listas de espera son habituales, con frecuencia de varios meses en algunos dispositivos. Esto lleva a una mayor evolución del problema y con una tendencia a la cronificación del mismo en una parte de esos pacientes.

También es evidente que en el campo público muchos pacientes tienen una menor motivación para el trata-



miento o no presentan una demanda clara (ej., las personas dependientes de drogas).

En el ámbito privado hay una atención muy centrada en cada cliente, en su problema, con tiempo suficiente para cada caso, con la adecuación del terapeuta y la técnica al cliente, con la posibilidad de aplicar los tratamientos tal como están diseñados y sin lista de espera, lo que lleva a que se atienda al problema de forma precoz. Todo esto se aprecia claramente en que en el campo privado los clientes/pacientes tienen una mayor motivación, adherencia al tratamiento, inician el tratamiento habitualmente con una demanda de ellos mismos, pagan por un servicio y, todo ello, facilita que se impliquen mejor en el tratamiento.

Sin embargo, y aunque es cierto que en el campo público los profesionales están más saturados, ello no debe ser un impedimento para modificar nuestra actitud y comportamiento ante las guías clínicas. Si la labor del psicólogo está bien estructurada, es decir si sabe qué intervención tiene que aplicar, no tiene por qué llevar siempre mucho tiempo. Hay que planificar las sesiones que vamos a precisar y cuanto tiempo emplear en cada una, teniendo en cuenta que los casos son distintos y muchas veces poco predecibles. A veces es una falacia decir que el psicólogo precisa mucho tiempo. La lucha por más tiempo en la sanidad pública depende de muchos factores, no siendo éste el lugar para analizarla. Pero sí, aquí y ahora, tenemos que demostrar que el tratamiento psicológico tiene menos coste y es más eficaz (en los casos en los que es así) que el tratamiento farmacológico o que no hacer nada.

### Algunas ventajas de las guías clínicas

Es evidente, desde la perspectiva clínica, que las guías clínicas (o guías de tratamiento) tienen claras ventajas. Algunas de ellas son que nos permiten saber qué es lo eficaz, nos permiten seleccionar el mejor tratamiento de entre los existentes, y nos aseguran que lo que hacemos es lo mejor, si hemos tomado la decisión correcta al elegir el mejor tratamiento de entre los posibles.

Las guías clínicas también eliminan el autodidactismo que tanto ha caracterizado a la psicología clínica en España hasta hace bien poco. El sentido común es importante, pero más lo es la ciencia que nos puede guiar más correctamente. La formación continua se convierte en un punto esencial para poder seguir avanzando en este sentido, para conocer los nuevos tratamientos, cómo aplicarlos del mejor modo, en qué circunstancias, con qué clientes, etc. La investigación y su potenciación también pueden ayudar a ello.

Es cierto que algunos profesionales de distintas orienta-

ciones, que llevan años trabajando según ellos dicen con “buenos resultados terapéuticos”, no ven reflejada su forma de trabajo en las guías clínicas. Hay poco que hacer ante ello. Si decimos que algo funciona tenemos que demostrarlo. Es una labor de todos, y especialmente del diseño de investigaciones específicas, para esas hipótesis que pueden ser “hipotéticamente” ciertas. Pero ello exige comprobar lo que se dice de modo práctico. Cuanto antes se haga mejor y así clarificaremos si lo que decimos que funciona, funciona o no. Si no funciona hay que desecharlo.

### Algunas limitaciones de las guías clínicas

Algunos clínicos creen que las guías encorsetan el trabajo clínico. Esto no tiene por qué ser así. El terapeuta tiene que tener habilidades y ser antes que nada un psicólogo clínico, no una persona que aplica un tratamiento mecánicamente. Todo lo que hace lo tiene que hacer en función de, y para, el paciente/cliente que tiene delante.

En muchas ocasiones, en la clínica, los casos no están bien delimitados a nivel de diagnóstico, especialmente cuando los problemas son muy generales. El análisis funcional, conocer mejor el caso y las circunstancias que le rodean, nos tiene que permitir solventar, o ayudar a solventar esta cuestión al poder establecer hipótesis concretas sobre qué tenemos que hacer y cómo hacerlo. La comprobación o no de las mismas nos permite aplicar mejor el tratamiento. Es como debe actuar un buen clínico.

Cuando un paciente tiene varios trastornos la decisión clínica es central, y ello no viene indicado en las guías clínicas, aunque sí en cierto modo en las guías de práctica clínica. Y, como llevamos insistiendo, las guías clínicas o guías para la práctica nos dicen por dónde tenemos que ir, pero somos nosotros los que decidimos por donde ir.

Otro hecho que se apunta cada vez más frecuentemente es la complejidad creciente de los trastornos de las personas que acuden a tratamiento. Cada vez hay más demandas de tratamiento, no siempre teniendo la persona un trastorno clínico; hay una menor tolerancia a la frustración en las personas y a la incomodidad en la sociedad en que vivimos, con carencia de límites para muchas conductas, etc., lo que hace que las dificultades en un individuo puedan ser múltiples. Esto exige incidir en pautas más estables de comportamiento, o ir hacia pautas más estables en los individuos, ya que a veces no es que los trastornos sean más complejos sino que se complejifican por múltiples demandas alrededor del problema principal, perdiendo la perspectiva de que los problemas que rodean al principal son más importantes que el principal.

Por ello es básico para una buena utilización de las





guías saber a qué problema o problemas vamos a aplicarlas. De ahí que la evaluación y diagnóstico del problema/s es esencial. La formación en la buena aplicación de las guías, tanto las de tratamiento como las de práctica clínica, va a ser un aspecto básico para que se apliquen como deben, para conseguir el resultado que se pretende con ellas.

Respecto a los centros públicos, en ocasiones los tratamientos propuestos en las guías no son aplicables en la práctica cotidiana de estos centros por el tiempo que exigen. Y, algunas intervenciones breves, como ocurre en el campo del alcoholismo, obtienen resultados similares a técnicas más laboriosas y de mayor duración. Otros tratamientos exigen un tiempo que no tienen ni el clínico ni el paciente. Por tanto, todo tratamiento en la clínica es eficaz si ayuda a serlo al que lo usa, y a los pacientes.

#### **El problema de la necesidad de formación en técnicas eficaces de tratamiento que no se manejan o que se desconocen**

En comparación con otros profesionales médicos, los psicólogos asistimos a poca formación. Como clínicos tenemos dificultades para la formación en nuevas técnicas de tratamiento, por: 1) falta de tiempo; 2) falta de recursos; y 3) falta de oferta formativa. La solución es clara: acercar la formación a los clínicos y que todos asumamos la formación continua como algo imprescindible. Esta formación, que consideramos imprescindible, ni es complicada ni difícil, si se quiere hacer.

Para los próximos años este va a ser un aspecto esencial para el desarrollo de nuestra profesión. La formación en tratamientos eficaces y contrastados nos permitirá mejorar lo que hacemos en nuestra práctica clínica cotidiana.

#### **¿Será necesario hacer cambios en nuestras creencias, actitudes y comportamientos sobre el tratamiento?**

Una cuestión que conocemos bien como psicólogos es la dificultad que muchas personas tienen para cambiar su forma de ver las cosas. Lo vemos en la clínica. Pero también debemos reconocer que tanto a nosotros, como a otros colegas, les puede resultar difícil, o muy difícil, reconocer ciertas cosas y, por ello, tener dificultades para cambiar su forma de pensar sobre sí mismos, los demás, la psicología y el mundo.

En este sentido, hoy no se sostiene lo de que "todo vale" en el tratamiento psicológico. Hay cosas que valen y otras que no valen; esto es, unas son eficaces y otras no lo son. También es necesario conocer la visión de nuestros clientes o pacientes. Estos quieren tratamientos rápidos, de corta duración y eficaces (Pekarik, 1993). Puede que haya

algunos que quieran otro tipo de tratamiento más largo, o que quieran un tratamiento que no se adecue las categorías nosológicas al uso. Pero son una minoría.

Tampoco nos debemos olvidar de que tenemos que estar atentos a las carteras de servicios y a su pago, tanto a nivel del sistema público como del sistema privado. Y la eficiencia es lo que más se va imponiendo junto a la calidad. Es un movimiento social de mucha relevancia a la que no podemos sustraernos.

En suma, que todos tenemos que aprender un poco más cada día y por ello el reciclaje es imprescindible para todos. Debemos aplicar aquello que es más útil y eficaz, aunque lo tenemos que aplicar con todos los conocimientos clínicos de que disponemos. Con ello se potencia la ética y la honradez en la intervención terapéutica, que es lo que siempre tenemos que hacer por encima de todo.

#### **El paso de las guías clínicas a su aplicación en la práctica clínica cotidiana**

En España no se ha hecho mucho por difundir las guías clínicas (o de tratamiento), aunque existe suficiente información sobre ellas (Labrador et al., 2000, 2003; Nathan, Gorman y Salkind, 2002; Pérez et al., 2003). Esto ha venido dado porque los clínicos entienden que esto les queda lejos. Pero no está lejos, ya está aquí, y ya se están tomando decisiones en función de lo que funciona y no funciona en dichas guías (ver [www.isciii.es/aets](http://www.isciii.es/aets)). O, a veces peor, no considerando el tratamiento psicológico, ni siquiera el que funciona, en dichas guías.

Una dificultad real que existe es cómo formar a los profesionales en técnicas psicológicas específicas que son eficaces. Esto exige por parte de los colegios profesionales, sociedades científicas y Universidades, un esfuerzo de actualizar los conocimientos de los psicólogos en aquello que va bien en la práctica, que funciona.

Otro aspecto más difícil de superar son las resistencias que puede presentar el clínico ante el cambio que se le pide. Esto no es un tema nuevo. Ha existido, existe y existirá. Cambiar es difícil, y lo es para todos cuando tenemos que hacerlo.

También es previsible que en los próximos años haya problemas de adaptación para muchos clínicos, tanto por la potenciación de las guías clínicas, de la calidad, como de normativas legales, como es el caso de la actual LOPS. De todos modos siempre hay factores que permiten esta adaptación. Por ejemplo, la potenciación del movimiento del integracionismo ha ido en paralelo al surgimiento de las guías clínicas, porque en este movimiento un clínico puede reconvertirse desde su enfoque teórico a un en-



foque donde se le entrena en técnicas eficaces sin renunciar totalmente a lo que venía haciendo. Aquí prima la técnica y el pragmatismo sobre la teoría.

### **¿Adecuación del cliente a las guías o las guías al cliente? Guías de tratamiento vs. guías de práctica clínica.**

Pero en todo lo dicho hasta aquí no todo es de color de rosas. Lo cierto es que una guía nos indica lo que funciona o no funciona y qué aspectos relevantes del proceso de tratamiento se deben tener en cuenta para obtener el máximo beneficio con la aplicación del tratamiento o el máximo beneficio que puede obtener el cliente. Pero ello no es la panacea. Sin una buena formación científica y clínica, o dicho de otro modo, una buena formación profesional como psicólogo clínico, difícil va a ser que con sólo seguir la guía de tratamiento o guía para la práctica clínica obtengamos buenos resultados. Este es otro aspecto que hay que tener en cuenta. Las guías, sean de tratamiento o para la práctica clínica, son muy importantes, pero tienen que ser una guía adicional a lo que es el trabajo y formación que se ha recibido, que se entiende que es una formación de calidad, en los principios psicológicos que permiten comprender, explicar y cambiar la conducta humana. En esta línea lo que es claro es que hay que adecuar las guías a los clientes, no que los clientes se adecuen a las guías. Con ello reconocemos la complejidad y diversidad del proceso terapéutico y de que el clínico, como tal clínico, es imprescindible. Sin embargo, tampoco estamos de acuerdo con la postura contraria, la de que lo más importante es el clínico y la relación terapéutica, lo demás es secundario. Sin un bagaje técnico de calidad poco se puede hacer. La relación terapéutica es un elemento del proceso terapéutico, un elemento que facilita el cambio, no el que produce el cambio por el cambio. En esto y en otras cosas mal entendidas ha estado en ocasiones la enorme confusión que se ha creado en torno a las guías de tratamiento, al proceso terapéutico y a la eficacia del tratamiento psicológico.

En cierto modo lo anterior se ha ido solventando en los últimos años mediante lo que ya hemos visto anteriormente, de diferenciar las guías de tratamiento de las guías para la práctica clínica. Este es un buen camino para poder entendernos todos y mejorar la práctica clínica.

### **El nivel de aceptación de las guías de tratamiento: el paso de la psicología de andar por casa a la psicología basada en la evidencia**

Todos solemos afirmar que la psicología es una ciencia. Como tal ciencia tiene que seguir el método científico,

con todo lo que ello implica, aún reconociendo las dificultades de nuestro objeto de estudio, el ser humano, y más específicamente, cambiar las conductas anormales o disfuncionales que nuestros clientes puedan tener.

Las guías clínicas (o de tratamiento) y guías para la práctica clínica representan un paso más en darle mayor valor científico, técnico, profesional y aplicado a la psicología. Con ellas nos ponemos al mismo nivel que el resto de las profesiones del campo de la salud, y también en la salud mental, las adicciones, el alcoholismo, los trastornos de la alimentación, etc. Esto representa dar el salto de la psicología de andar por casa, donde uno hace lo que cree que le va a ir mejor a los clientes/pacientes, a lo que es una psicología basada en hechos, lo que hoy conocemos como la *psicología basada en la evidencia*. En el fondo, lo que subyace es que el tratamiento que vamos a aplicar a un cliente tiene que ser siempre el mejor posible para él. Esta es una obligación profesional y ética del clínico, ya que como profesional no solo tiene que estar bien formado sino también actualizado en sus conocimientos. A mayor formación mejor conocimiento y probable mejor éxito. Lo cierto es que probablemente estamos, con todo lo que representa y representará el movimiento de las guías de tratamiento y de práctica clínica, ante una gran revolución en el campo psicológico, especialmente en el del tratamiento. Nos corresponde a todos coger el guante del desafío pensando no sólo en nosotros mismos y en nuestra profesión, sino también de modo central en nuestros clientes o pacientes.

No debemos olvidarnos de la dificultad que tenemos como humanos, y como profesionales, de cambiar lo que hacemos por otra cosa distinta. Solemos preferir hacer aquello en lo que nos hemos formado o lo que hemos aprendido en la formación académica o en los primeros años después de la misma. La nueva formación no siempre es aceptada, o se integra en la que se tiene, no llegándose a obtener una buena integración o asimilación de nuevas técnicas. Pero si decimos que la psicología es una ciencia, y una ciencia del campo de la salud, sólo podemos asumir que funciona aquello que lo hace con criterios científicos. Hay profesionales que se niegan a evaluar lo que hacen, aunque dicen que funciona lo que hacen. Si no lo demuestran no se puede decir que funciona. No se le debe tener miedo a la evaluación. Las guías de tratamiento, con distintas técnicas eficaces para distintos trastornos, permiten ver el tema de un modo más optimista. La experiencia y el ojo clínico no son admisibles para una profesión, una ciencia, o para los pacientes que van a recibir un tratamiento sin saber si funciona “realmente”, con criterios



externos, no con nuestros criterios “subjetivos”. A su vez, las guías de práctica clínica nos pueden ayudar a ello.

### **ALGUNAS CONCLUSIONES SOBRE LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LAS GUÍAS DE TRATAMIENTO Y LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, O LA PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA**

En función de lo que hemos analizado, nos podemos preguntar, ¿qué nos dicen que debemos hacer las guías más recientes? Pues sencillamente aplicar aquello que es eficaz, teniendo en cuenta todas las condiciones del individuo, del terapeuta, del contexto donde vamos a aplicar el tratamiento, etc. Unido a ello, esto significa en muchos casos la necesidad de la continua formación y actualización. Ésta es una cuestión que está bien solventada en otros países pero menos en el nuestro. La formación continua se hace cada vez más necesaria para estar actualizado y saber por donde van los conocimientos más actuales. De ahí que el intercambio de información entre profesionales se hace imprescindible, como una fuente de enriquecimiento, y también como una fuente de puesta en común de lo que se hace en el trabajo cotidiano. Ello facilita saber lo que hacemos, lo que hacen otros, y cómo podemos mejorar nuestro trabajo.

Nosotros tenemos siempre que pensar que el cliente o paciente debe ser la guía central de la práctica y que es necesario que esa práctica esté basada en la evidencia. Igual que hoy en el campo médico la palabra clave entre sus profesionales es la de la “medicina basada en la evidencia”, los psicólogos también tenemos que llegar a hablar un solo lenguaje, el de la “psicología basada en la evidencia”. Esto exigirá la necesaria flexibilidad y apertura de miras de los terapeutas, asumiendo que lo que es eficaz debe ser lo que tienen que seguir. En el fondo de lo que hablamos se plasma en dos aspectos: profesionalidad y competencia. Profesionalidad porque tenemos que hacer aquello que debemos hacer, y competencia porque tenemos que saber cómo hacerlo efectivamente obteniendo resultados. A ello se le debe añadir un tercer componente, como es la ética que tenemos que tener presente con los clientes, y con nosotros mismos, junto a las normas legales en relación a la práctica clínica, como puede que nos ocurra cuando tengamos que adecuarnos a tratamientos específicos que han mostrado su eficacia y no aplicar otros que, aunque nos parezcan más adecuados, no tienen una adecuada base para sustentar su eficacia o su probable eficacia.

De todo lo que hemos dicho hasta aquí nos parece claro que en los próximos años va a existir una clara potenciación de las guías, tanto de guías de tratamiento como

guías para la práctica clínica. Pero también nos parece claro que continuará durante mucho tiempo la discusión de si primar lo clínico o lo científico junto a la necesidad de integrar nuestro trabajo clínico con su objetivo: ayudar al individuo con problemas que acude a nosotros en busca de ayuda

Lo que es claro es que es necesario adecuar lo que hacemos con nuestros clientes o pacientes al sistema social imperante y a sus demandas. No podemos vivir en un mundo aislado. Tenemos que estar en la realidad. Como dice Barlow y Hoffman (1997), no sólo es relevante generalizar los tratamientos efectivos dentro de la psicología, sino que también hay que hacer ver a los políticos y a los administradores que lo son. Y, nosotros añadiríamos, que también se lo hay que hacer ver al resto de la sociedad y a los medios de comunicación de masas. Hoy lo que no demuestra que es efectivo “no existe” ni en ciencia, ni en ninguna guía, ni tiene posibilidad alguna de reconocimiento sanitario y social. Son las reglas del juego actuales y así se van a mantener, probablemente, durante muchos años o para siempre. Estamos ante el tema actual tan de moda de la calidad. Tampoco debemos olvidarnos de que las preguntas que subyacen en muchos casos a todo lo que llevamos dicho es: ¿funcionan los fármacos o funciona el tratamiento psicológico?, ¿cuál de ellos es el más barato para una persona con un trastorno específico?, y ¿qué es lo más eficaz a largo plazo para el paciente?

Conocer, potenciar y utilizar las guías de tratamiento y guías para la práctica clínica nos marcan el camino que tenemos que seguir para la supervivencia de nuestra profesión. No podemos perder la confianza y el respeto de las otras disciplinas del campo de la salud (tampoco de nuestros pacientes), ni admitir que nos consideren una profesión de segunda clase. Los pacientes cada vez más, como consumidores, saben lo que funciona y lo que no, lo que se les debe, ó no, aplicar, y qué es lo que tiene el mejor coste-eficiencia. Tienen, además, el derecho a saberlo. Es un tema de credibilidad que va a exigir en el futuro homogeneizar criterios y llevar a cabo los tratamientos de un modo más estandarizado y basados en la evidencia. Esto no significa que el clínico tenga que renunciar a sus habilidades terapéuticas para marcar ritmos, tiempos o tomar decisiones en función del individuo, adecuando la guía al individuo no el individuo a la guía. Es su trabajo y para eso tiene que estar capacitado sin olvidar nunca a nuestro paciente o cliente que tenemos delante. A él va dirigido nuestro trabajo, experiencia y formación para poder ayudarlo efectivamente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Allen, J.P. y Kadden, R.M. (1995). Matching clients to alcohol treatment. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives* (2nd ed., pp. 278-291). Boston: Allyn and Bacon.
- American Psychological Association (2002a). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1048-1051.
- American Psychological Association (2002b). Criteria for practice guideline development and evaluation. *American Psychologist*, 57, 1048-1051.
- American Psychological Association Task Force on Psychological Intervention Guidelines (1995, Febrero). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington, D.C.: American Psychological Association
- Barlow, D.H. (1994). Psychological interventions in the era of managed competition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 109-123.
- Barlow, D.H. (1996). The effectiveness of psychotherapy: Science and Policy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 236-240.
- Barlow, D.H. y Hoffman, S.G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. En D.M. Clark y C.G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behavior therapy* (pp. 95-117). Oxford, R.U.: Oxford University Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression. A treatment manual*. Nueva York: Guildford Press (trad. cast., Bilbao: Desclee de Brouwer, 1983).
- Becoña, E. (1999). Discrepancias entre la investigación y la práctica clínica de la terapia de conducta. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 71-103.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. y Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D.L. y Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions. Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennet-Johnson, S., 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, 5-22.
- Garfield, S.L. (1996). Some problems associated with "validated" forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 218-229.
- Kazdin, A.E. (1996). Validated treatments: Multiple perspectives and issues. Introduction to the Series. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 216-217.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos eficaces. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Labrador, F.J., Vallejo, M.A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *INFOCOP*, 17, 25-30.
- Kendall, P.C. y Chambless, D.L. (1998). Special section: empirically psychological therapies (Guest Editor). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 1-167.
- Nathan, P.E. y J.M. Gorman (Eds.) (2003). *A guide to treatments that work* (2nd ed.). Oxford, R.U.: Oxford University Press.
- Nathan, P.E., Gorman, J.M. y Salkind, N.J. (2002). *Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funciona*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pekarik, G. (1993). Beyond effectiveness. Uses of consumer-oriented criteria in defining treatment outcomes. En T.R. Giles (Eds.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 409-436). Nueva York: Plenum Press.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (Eds.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Reed, G.M., McLaughlin, C.J. y Newman, R. (2002). American Psychology Association policy in context. The development and evaluation of guidelines for professional practice. *American Psychologist*, 57, 1041-1047.
- Silverman, W.H. (1996). Cookbooks, manuals, and paint-by-numbers: Psychotherapy in the 90's. *Psychotherapy*, 33, 207-215.
- Taks Force on Promotion an Dissemination of Psychological Procedures (1993). Taks Force on promotion an dissemination of psychological procedures. *A Report adopted by the APA Division 12 Board*, October 1993, 1-17.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.