

## ¿CÓMO SE ELIGEN, DISEÑAN Y EVALÚAN LOS TRATAMIENTOS E INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS?

JUAN ANTONIO MORIANA<sup>1</sup> Y VÍCTOR ANDRÉS MARTÍNEZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA Y <sup>2</sup>UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS

Imagine un psicólogo ante la decisión de qué tratamiento o intervención elegir para solucionar un problema o trastorno, en cualquier contexto de aplicación (clínico, social, educativo...). ¿Diseña él mismo la intervención? ¿Utiliza técnicas que conoce que otros profesionales han empleado anteriormente (con buenos resultados)? ¿Improvisa?

Ante un mismo problema o trastorno de salud mental, por ejemplo una depresión, ¿cabe esperar que dos (o más) psicólogos elijan un tratamiento o paquete terapéutico similar? Existiendo varios modelos teóricos en la psicología y más de 400 variantes de técnicas terapéuticas, pensar que todas son igualmente válidas para el tratamiento de un mismo problema es realmente utópico. Algunas funcionarán, otras no. Dentro de las que funcionen (que pueden ser varias) y podríamos denominar eficaces (porque han obtenido resultados con usuarios en investigaciones controladas), quizás también nos interese conocer cuál de ellas podría ser la más eficiente o tratamiento de elección (mayor beneficio a menor coste). Sin embargo, ¿existe algún control de calidad que nos asegure que cuando usted va a un psicólogo público o privado va a ser atendido según el paradigma de un modelo o técnicas que ha-



Juan Antonio Moriana



Víctor Martínez

yan demostrado su eficacia desde el punto de vista científico? ¿Están los psicólogos en ejercicio y los estudiantes de psicología informados y formados sobre cuáles son las terapias o intervenciones más efectivas para un determinado problema?

Actualmente, desde muchas instituciones, se ha puesto de moda diseñar **guías de tratamiento**, protocolos y procesos. Pero resulta curioso comprobar que muchos equipos o instituciones dedican personas, tiempo y dinero en elaborar un protocolo o una guía pero lo realizan, generalmente, sin suficiente formación metodológica ni científica (no se hacen revisiones sistemáticas del tópico, no se

valora lo que se hace en otros sitios, no se diseña intentando *manualizar* y homogeneizar actuaciones, no se monitorean y miden resultados para contrastar la posible eficacia de las intervenciones diseñadas, no se facilita la previsión de costes...). De forma que en muchas ocasiones se diseña algo que finalmente no se valida (ni publica) y, por lo tanto, nunca se sabe si realmente sirvió para lo que fue creado. Y además, y curiosamente, una parte muy importante de problemas atendidos por psicólogos ni siquiera son “trastornos mentales”.

En EE.UU., debido a los problemas para que los seguros sanitarios privados financiaran los tratamientos de trastor-

**Juan Antonio Moriana** es Profesor Titular de Universidad en el Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba (España) y Psicólogo Clínico Especialista.

**Víctor Andrés Martínez** es Profesor en el Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de San Luis (Argentina) e Investigador en la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNSL.

# INVESTIGACIÓN

nos mentales, se crearon grupos de trabajo (liderados por la *American Psychological Association* –APA–), para generar listados de tratamientos para cada trastorno según niveles de evidencia científica (para excluir de las prestaciones aquellos que no hubieran demostrado su eficacia y discriminar entre los que fueran mejores). Esta política de listados para informar a los propios psicólogos y a los usuarios fue un intento, no exento de controversias, para discriminar entre lo científico y lo no científico y entre lo más o menos eficiente. Otras instituciones y organismos avanzaron en la misma dirección. Quizás uno de los ejemplos más relevantes ha sido el desarrollado por el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), que fue generando guías de tratamiento siguiendo una metodología científica basada en la evidencia. Probablemente la generación de guías por parte del NICE sea uno de los mejores intentos para homogeneizar guías de tratamiento en el sistema sanitario público británico. Pero, ¿qué ocurre si comparamos los listados de tratamientos por trastornos de la APA con los tratamientos recogidos en las guías del NICE? Éste es uno de los temas princi-

pales abordados en nuestro artículo “*La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces*” publicado en la *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. En este artículo se pone de manifiesto que hay una coincidencia bastante alta entre tratamientos, sin embargo, existen discrepancias para algunos trastornos (por ejemplo, para depresión, estrés postraumático...). También defendemos que, en la actualidad, el modelo metodológico de la ciencia basada en la evidencia es el mejor para discriminar entre intervenciones y tratamientos psicológicos eficaces frente a los que no lo son.

Aunque, a pesar de ser la mejor opción, no está exenta de problemas. Por ejemplo, las dificultades de aplicar diseños experimentales (en ensayos clínicos controlados) que impliquen seleccionar participantes siguiendo criterios diagnósticos (con todas las limitaciones y heterogeneidad, que estos conllevan), las variables dependientes elegidas como unidades de medida, las variables contaminadoras (paso del tiempo, efecto placebo...), la *manualización* de las guías de tratamiento (parece difícil homogeneizar actuaciones pero de forma flexible), el

alejamiento de la metodología de investigación de la realidad aplicada. En líneas generales todo lo que implica su diseño (aunando ciencia y práctica) y su evaluación (para demostrar que lo que realmente hacemos sirve para modificar lo que efectivamente medimos).

Sin embargo, los mayores defensores de esta metodología hablan de estandarizar el **tratamiento único** como la opción terapéutica que haya demostrado ser la más eficaz para un trastorno concreto (el tratamiento de elección). Pero, ¿sería adecuado o justo “obligar” a un psicólogo a aplicar sólo tratamientos que hayan demostrado su eficacia y eficiencia frente a otros?

Pero si todo esto puede resultar complejo en el caso de la psicología clínica (fundamentalmente de adultos), ¿qué ocurre en psicología clínica infantil, atención temprana, intervenciones psicológicas en contextos sociales, educativos, prevención, etc.? Realmente, ¿se diseñan intervenciones utilizando metodologías científicas que faciliten la comprobación de resultados basados en la evidencia siguiendo diseños experimentales o cuasi-experimentales que aseguren una cierta fiabilidad en la elección de procedimientos de intervención eficaz?

Parece que para mejorar la consideración de la PSICOLOGÍA como una CIENCIA (básica y aplicada) queda aún mucho trabajo por hacer.

**El artículo original en el que se basa este trabajo, se puede encontrar en:**

Moriana, J.A. y Martínez, V.A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 81-100.