

“LAS TERAPIAS QUE HAN MOSTRADO MAYORES NIVELES DE EVIDENCIA SON LAS DE CORTE COGNITIVO-CONDUCTUAL”

ENTREVISTA A INVESTIGADORES DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

Redacción de Infocop

En la actualidad, la mayoría de los Servicios de Salud Mental considera los tratamientos psicológicos basados en la evidencia como las mejores prácticas para el abordaje de los trastornos mentales. Sin embargo, en la mayoría de los casos, existe desacuerdo entre el nivel de eficacia informado por diferentes organizaciones, denotándose ciertas discrepancias en función de los trastornos.

Así lo afirma el estudio titulado *Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations* (Tratamientos psicológicos para los trastornos mentales en adultos: una revisión de la evidencia de las principales organizaciones internacionales), una investigación llevada a cabo con el objetivo de analizar los diferentes tratamientos basados en la evidencia según las organizaciones internacionales más relevantes.

Para hablarnos de este estudio y sus resultados, *Infocop* ha querido entrevistar a sus autores, los psicólogos **Juan Antonio Moriana** (profesor Titular de Universidad en el Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba e investigador en el Instituto Maimónides para la Investigación en Biomedicina – IMIBIC- y Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba), **Mario Gálvez-Lara** (también investigador en el Instituto Maimónides y en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba) y **Jorge Corpasa** (investigador predoctoral con una beca de investigación en el Depar-



Miembros del equipo que ha realizado la investigación

tamento de Psicología de la Universidad de Córdoba), quienes responden a algunas cuestiones sobre el tema.

ENTREVISTA

Infocop: *A modo de introducción, ustedes han llevado a cabo el primer estudio orientado a revisar los tratamientos psicológicos basados en la evidencia, comparando los criterios de las principales organizaciones internacionales. De acuerdo con los datos, ¿cuáles son las terapias que han mostrado mayores niveles de evidencia?*

Equipo: Las terapias que han mostrado mayores niveles de evidencia son las de corte cognitivo-conductual, aunque existen terapias basadas en la evidencia que obtienen también buenos resultados de otras corrientes o modelos teóricos. En cuanto a la consistencia entre organizaciones, hemos revisado

los listados o evidencias proporcionadas por la División 12 de la *American Psychological Association (APA)*, por *Cochrane Collaboration*, *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* y por la *Australian Psychological Society (APS)* y hemos comprobado que el nivel de coincidencia entre estas organizaciones es bueno para los tratamientos con evidencia empírica de trastornos de ansiedad generalizada (para la terapia cognitivo-conductual), bulimia nerviosa (terapia cognitivo conductual y terapia interpersonal), fobias específicas (terapias de exposición), trastorno obsesivo compulsivo (terapia cognitivo-conductual que incluye exposición), anorexia nerviosa (terapia centrada en la familia y cognitivo-conductual), TDHA en adultos (terapia cognitivo-conductual) y esquizofrenia (cognitivo-conductual y terapia Focalizada en la Familia).



I: Sin embargo, en su estudio han detectado también ciertas discrepancias entre las organizaciones con respecto a la evidencia de las intervenciones psicológicas en algunos trastornos. ¿Podrían explicarnos qué sugieren estos resultados? ¿A qué podrían deberse estas divergencias?

E.: Los resultados sugieren que no existe acuerdo entre el nivel de eficacia informado por estas organizaciones. Desde el punto de vista científico es difícilmente justificable que existan terapias como la EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) o el *Debriefing*, que generen importantes discrepancias sobre su efecto real, incluso potencialmente dañino, como el caso del *Debriefing*. Tampoco parece muy lógico que, por ejemplo, para la depresión se hayan registrado 23 tratamientos diferentes basados en la evidencia y con distintos niveles de eficacia pero, sin embargo, 12 de ellos estén considerados eficaces solamente por una organización.

Las discrepancias entre organizaciones pueden ser debidas a la combinación de varios factores: los procedimientos y/o los comités que analizan la evidencia de los diferentes tratamientos podrían estar sesgados, los estudios en los que las diferentes instituciones se basaron para hacer sus recomendaciones diferían unos de otros, los criterios utilizados para valorar la evidencia no eran los mismos en todas las organizaciones y, por último, las revisiones acerca de la evidencia existente han sido hechas en diferentes momentos temporales.

I: A su juicio, ¿de qué modo podrían unificarse los criterios para validar la evidencia y mejorar la coordinación

entre las organizaciones a la hora de determinar la eficacia de un tratamiento determinado?

E.: La alternativa más adecuada para mejorar esta situación es que todas las organizaciones asumieran los mismos criterios de evidencia. Desde nuestro punto de vista, la mejor opción en este momento sería el sistema GRADE que, de hecho, ya utilizan algunas de estas organizaciones. También consideramos relevante que desde el punto de vista metodológico hubiera un acuerdo sobre los criterios de calidad para la valoración de ensayos clínicos aleatorizados, metaanálisis y otro tipo de estudios (estudios de caso, observacionales, etc.) específicos para psicología que se van a valorar dentro de sistemas como el GRADE. Hemos encontrado algunas divergencias sobre el poder que se le otorga a ensayos clínicos que, desde el punto de vista metodológico, son débiles o deficientes (por no utilizar evaluación ciega, por utilizar un número bajo de participantes, por problemas con los

grupos control). La adopción de criterios compartidos también mejoraría si los listados, revisiones o guías se actualizaran de forma periódica o estable (una vez al año, cada dos o cinco años). Algunas de estas organizaciones informan de evidencia de estudios o revisiones nada actualizadas (p.ej. la última actualización de la guía NICE para los trastornos de alimentación fue en 2004).

En este sentido, consideramos que las organizaciones deberían asumir criterios de coordinación a través de grupos de trabajo comunes.

I: Como expertos en el tema, ¿podrían decirnos en qué estado se encuentra actualmente la psicoterapia basada en la evidencia, tanto a nivel nacional como internacional, y a qué retos futuros se enfrenta?

E.: Si su pregunta va dirigida a una concepción amplia de las terapias basadas en la evidencia, en general, podemos decirle que hoy día creemos que este abordaje es el más importante y el de

elección en el ámbito tanto práctico/aplicado como de investigación. De hecho, casi todo el mundo afirma estar utilizando en la práctica clínica técnicas psicológicas basadas en la evidencia (aunque esto no creemos que sea tan cierto como podría parecer).

Si su pregunta va dirigida a la concepción que habitualmente se tiene de las “Psicoterapias tradicionales” (de corte psicoanalítico, humanista, Gestalt...), parece que dentro de estos modelos existe un interés creciente en realizar ensayos clínicos y en adoptar metodologías que permitan concluir o estudiar sus resultados desde el punto de vista científico. De hecho, algunas de estas terapias aparecen en los listados de nuestro artículo. El problema fundamental con el que se encuentran es que resulta difícil “manualizar” guías sobre este tipo de intervenciones y establecer variables dependientes que den información sobre sus efectos y resultados.

En cuanto al estado de este tema tanto a nivel nacional como internacional, pen-

samos que la investigación en tratamientos psicológicos basados en la evidencia es prolífica y que está especialmente en auge en nuevas terapias, como las derivadas de las denominadas de tercera generación y en la combinación de otras. Como ejemplo, es llamativo como terapias del tipo de la *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP) combinan varias técnicas de distintos modelos, en este caso de modelos cognitivos, conductuales, de terapia interpersonal y psicoanálisis en una misma psicoterapia. También está desarrollándose bastante el ámbito de terapias centradas en las fortalezas, crecimiento personal y psicología positiva.

Pensamos que nos encontramos ante el importante reto de aunar un sistema metodológico desde el punto de vista científico que nos permita realmente discriminar entre lo que funciona y lo que no funciona, entre lo que potencialmente es un placebo o incluso puede dañar a un individuo. Siguiendo a Kazdin, es difícil pensar que, dada la gran variedad de terapias, existentes todas

sean eficaces y, aunque realmente lo fueran, seguramente habría unas que lo serían más que otras. Y dentro de las que realmente funcionan, cabría preguntarse cuáles son las más prácticas según los contextos. Por ejemplo, comprobar la eficacia de las terapias según formato (individual, grupal o incluso virtual); cómo se adaptan a formatos breves para ámbitos caracterizados por la presión asistencial, cuáles son más baratas y eficientes y consiguen mejores resultados en mejores condiciones de aplicabilidad.

I: Para finalizar, ¿desea añadir algún otro comentario?

E.: Nuestro comentario final tiene que ver con la necesidad que pensamos existe en nuestra disciplina de aunar práctica clínica y ciencia. Subrayar la importancia de que en las universidades se preste más atención a formar sobre la implementación de tratamientos psicológicos en contextos reales y que en los ámbitos aplicados se preste más atención a la introducción de intervenciones basadas en la evidencia, facilitando la contribución de los profesionales en ejercicio en su estudio y desarrollo.

El artículo original puede encontrarse en:

Moriana, J.A., Gálvez-Lara, M. & Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorder in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review*, 54, 29-43.

<https://authors.elsevier.com/a/1Up~i~0r1Si4m>

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/doi/10.1016/j.cpr.2017.03.008?goto=sd>



Solicita
TU CORREO ELECTRÓNICO
cop.es

El Consejo General de la Psicología de España facilita una cuenta de correo electrónico micuenta@cop.es totalmente gratuita para todos los colegiados que lo soliciten.

¡Infórmate en tu Colegio!