

REFERENCIA

Carles, M. J.(2002): *Eficacia de la terapia y modificación de conducta: Una psicología basada en la evidencia..* **Rev.Asoc. Prof. Ter. Modif. Conducta. Número 1.**

M^a José Carles Úbeda.
Unidad de Salud Mental de Hospital Provincial-Plà
Alicante

EFICACIA DE LA TERAPIA Y MODIFICACIÓN DE CONDUCTA: UNA PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

Introducción

Desde el surgimiento de la terapia y modificación de conducta a finales de los años 50, ésta ha mostrado un especial interés en utilizar procedimientos y técnicas basadas en la psicología experimental. Es por ello, que desde sus orígenes ha estado interesada en la evaluación de la eficacia terapéutica -recuérdese la publicación de Eysenck en 1952 de su artículo sobre la eficacia de la terapia psicoanalítica-.

Sin embargo, en esta última década se ha acrecentado el interés en demostrar la eficacia de los tratamientos psicológicos, por varios motivos: el primero por el incesante desarrollo de los tratamientos psicofarmacológicos en dura competencia con los tratamientos psicoterapéuticos. Esto hace que se produzca una competencia gremial, con claros tintes económicos, por unos recursos limitados destinados a un mismo fin. En este punto, los resultados de las investigaciones sobre eficacia, efectividad y eficiencia de los diferentes tratamientos, va a ser de suma importancia.

Otro gran factor influyente es el creciente acceso de los ciudadanos de los países desarrollados a los servicios sanitarios, algo específicamente destacado en el caso de la salud mental, que ha visto incrementar la demanda en cuanto la oferta se ha hecho menos tercermundista saliéndose de los muros de los manicomios y de las consultas de los “neuropsiquiatras de zona”. Y este aumento imparable de la demanda, no sólo pide cantidad, sino también calidad (Tizón, 2001).

Psicología Clínica basada en la evidencia

Por todo lo comentado anteriormente, coincidimos con Echeburúa y Corral (2001) en su afirmación de que la evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas es una necesidad perentoria, tanto para el avance de la psicología clínica como para el afianzamiento de ésta en el Sistema de Salud Pública.

En este contexto, la **eficacia** hace referencia a la capacidad que tiene el tratamiento de producir cambios psicológicos (conductuales u otros) en la dirección esperada y que éstos sean superiores a los producidos por otros tratamientos disponibles o a la no intervención.

No se trata de determinar la validez de las psicoterapias en su conjunto, como se hacía anteriormente, sino de evaluar tratamientos eficaces para trastornos concretos en muestras clínicas claramente especificadas (Chamberless y Hollon, 1998). Sin embargo, por diferentes motivos que luego analizaremos, muchos terapeutas no actualizan su información y no aplican tratamientos para los que hay evidencia de su eficacia.

Para determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos mentales y establecer un directorio de terapias de eficacia probada, se creó la *Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Procedure*, dirigida por Chambless y auspiciada por la APA.

Según este *Comité de Expertos* de la APA, la **eficacia** de un tratamiento estaría avalada por tres criterios:

- 1) La existencia de dos o más estudios rigurosos, realizados por investigadores distintos, con diseños experimentales intergrupales de al menos, 30 sujetos por grupo.
- 2) Contar con un manual que describa claramente el tratamiento
- 3) Haberse probado en una muestra de pacientes, siguiendo una de las dos clasificaciones actualmente reconocidas (DSM-IV o CIE-10).

Y consideran que para que un tratamiento se incluya en las diferentes categorías de apoyo empírico, ha de cumplir las siguientes condiciones:

1.- *Tratamiento Bien Establecido*

Al menos dos estudios con diseño de grupo llevados a cabo por investigadores diferentes deben haber demostrado la eficacia del tratamiento (el tratamiento psicológico es superior a otro tratamiento psicológico, al tratamiento farmacológico o al placebo).

Demostrar su eficacia mediante una amplia serie de estudios de caso único, que tengan un buen diseño experimental y en los que se haya comparado la intervención dentro del modelo de caso único con el placebo, la intervención farmacológica o con otra intervención psicológica.

2.- *Tratamiento Probablemente Eficaz*

Dos estudios han mostrado que el tratamiento es más eficaz que un grupo control en lista de espera.

En dos estudios se cumplen los criterios de Tratamiento Bien Establecido pero son llevados a cabo por un mismo investigador.

Al menos dos estudios demuestran la efectividad del tratamiento pero muestran una gran heterogeneidad en las muestras de clientes.

Se demuestra la eficacia usando la metodología de caso único pero la serie de estudios es de menos de tres.

3. Tratamiento en Fase Experimental

Tratamientos que no cumplen los requisitos anteriores aunque existen bases experimentales prometedoras de que se pueden alcanzar los niveles de eficacia establecidos.

Estos criterios son utilizados, por diferentes psicólogos españoles en una excelente revisión -publicada en el número de agosto de 2001 de *Psicothema*- que analiza la efectividad de los tratamientos psicológicos para cada trastorno mental. En la Tabla 1 (tomada del volumen 13 de *Psicothema*), se expone un resumen de la mencionada revisión.

<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias/ Aproximación de Tratamiento Comunitario/ Programas Cognitivo-Conductuales/ Naltrexona 			
<p>TRASTORNOS DE PERSONALIDAD</p> <p>Trastorno de Personalidad Límite</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia de Conducta Dialéctica - Terapia Cognitivo-Conductual/ Psicodinámica/ Familiar-Sistémica/ Adleriana <p>Trastorno de Personalidad por Evitación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia de Habilidades Sociales - Terapia de Conducta <p>Trastornos de Personalidad en General</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia Cognitivo-Conductual/ Terapia Estratégica/ Psicoterapia Psicoanalítica 		<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>
<p>HIPOCONDRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia de Conducta - Terapia Cognitivo-Conductual - Terapia Psicodinámica - Farmacoterapia 		<p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p>
<p>TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición con Prevención de Respuesta - Terapia Cognitiva - Farmacoterapia 	<p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p>	

Podemos ver que, en el caso de la **esquizofrenia**, además de los neurolépticos, demuestran *Evidencia Bien Establecida* los Paquetes Integrados Multimodales como la Terapia Psicológica Integrada de Roder y Brenner y los Entrenamientos en Habilidades Sociales. Estos últimos presentan resultados robustos en dos meta-análisis realizados, el primero por Benton y Schroeder (1990) con 27 estudios y el segundo por Corrigan (1991) con 73 estudios.

Las Intervenciones Familiares Psicoeducativas alcanzarían la categoría de *Tratamientos probablemente establecidos* encontrándose que tanto el Modelo Psicoeducativo de Anderson como la Intervención Conductual de Falloon, son igualmente válidos, y que se incrementa la eficacia con intervenciones a largo plazo (Perona y Cuevas, 1999).

Los Tratamientos Cognitivos-Conductuales para delirios y alucinaciones se consideran *Tratamientos en Fase Experimental* debido a que, aunque se demuestra una reducción en la gravedad y cantidad de síntomas psicóticos, estos tratamientos no demuestran con suficiente claridad su superioridad sobre otros tratamientos psicológicos y aún faltan estudios que indiquen cuál de las distintas modalidades de la terapia es mejor (Perona y Cuevas, 1999).

Por lo que se refiere a la **Anorexia Nerviosa**, son pocos los estudios controlados a pesar de la amplia variedad de tratamientos que han sido aplicados a las personas con este trastorno alimentario. La Rehabilitación Nutricional es, en la actualidad, el *Tratamiento Mejor Establecido*. Una vez se ha iniciado la ganancia de peso, se puede aplicar la Intervención Psicosocial, aunque como dentro de ésta no hay evidencia empírica de la eficacia de un tratamiento sobre otro, entran en la categoría de *Tratamientos Probablemente Eficaces*.

Diferente panorama nos encontramos en lo que respecta a la **Bulimia Nerviosa** dado que más de 30 estudios y 4 meta-análisis demuestran que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es un *Tratamiento Bien Establecido* (Saldaña, 2001), mostrándose superior a cualquier otra forma de tratamiento con la que se ha comparado. El programa bien establecido es el de Fairburn, Marcus y Wilson (1993).

Las terapias farmacológicas, sobre todo con antidepresivos, se incluyen dentro de la categoría de *Tratamientos Probablemente Eficaces* porque, aunque han mostrado su eficacia a corto plazo, se constata que tras la retirada de la

medicación se producen altas tasas de recaídas. También se ha demostrado que la combinación de TCC y antidepresivos no incrementa la eficacia de la terapia psicológica. Por otra parte, la Terapia Interpersonal, aunque ha mostrado ser tan eficaz a largo plazo como la TCC, está también incluida en esta categoría porque los únicos estudios existentes hasta el momento han sido realizados por el mismo equipo de investigadores (equipo de Fairburn de la Universidad de Oxford) y necesitan ser replicados por otros investigadores (Saldaña, 2001).

Respecto a las **drogodependencias** parece claro que los tratamientos de orientación médica que se centran exclusivamente en la desintoxicación como única aproximación terapéutica, han fracasado, haciéndose necesario un programa de tratamiento multimodal, en lugar del unimodal al que nos hemos referido (Secades y Fernández, 2001).

En este sentido, se puede afirmar que los tratamientos de elección actualmente para la **adicción a la nicotina** son los Programas Psicológicos Multicomponentes (Becoña, 1998). Y, por otra parte, existen ya más de diez meta-análisis que combinan la terapia multimodal junto con algún tipo de terapia farmacológica sustitutiva de la nicotina, observándose un incremento en las tasas de eficacia a largo plazo (Secades y Fernández, 2001).

En el tratamiento del **alcoholismo** el programa conductual que cuenta con *mayor apoyo empírico* es la Aproximación de Tratamiento Comunitario, programa pionero de Hunt y Azrin (1973) que utiliza diversos métodos operantes para reducir el consumo de alcohol e incrementar el comportamiento funcional (Secades y Fernández, 2001). Otros tratamientos considerados *Bien Establecidos* son el Entrenamiento en Habilidades Sociales, la Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985) y la Terapia Conductual Familiar y de Pareja.

Respecto a la **cocaína** todavía no se ha encontrado ningún medicamento que resulte eficaz para el tratamiento de esta adicción. Sin embargo, hay un tratamiento psicológico que puede considerarse como *Bien Establecido*: el Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo.

Para la adicción a la **heroína** el tratamiento que más evidencia empírica ha obtenido son el Manejo de Contingencias más Metadona (Secades y Fernández, 2001).

Los **trastornos de personalidad** (TP), recogidos en las clasificaciones DSM desde que en su tercera versión se incluyera el diagnóstico multiaxial, vienen siendo objeto de atención cada vez mayor por parte de los clínicos dado el deterioro psicológico tan importante que generan. Parece establecerse que los TP actúan como factor predisponente a padecer un trastorno mental. Según Millon, artífice de la inclusión de los TP en las clasificaciones DSM, el carácter psicopatológico de éstos reside en una tendencia a generar conflictos intra e interpersonales y a no resolverlos (Quiroga y Errasti, 2001).

Tradicionalmente ha sido el psicoanálisis quien ha hecho un esfuerzo por explicar y tratar estos trastornos y no es hasta la década de los 90 que la terapia de conducta investiga sobre posibles tratamientos para los TP. Sin embargo, aunque se han propuesto diversos tratamientos, las investigaciones sobre sus efectos clínicos reales son escasas, asistemáticas y en muchas ocasiones no cumplen los criterios de diseño y control necesarios. De esta suerte, no está todavía demostrado que exista ningún tratamiento psicológico que pueda considerarse *Bien Establecido* ni para los TP en general, ni para ninguno de los TP en particular (Quiroga y Errasti, 2001).

Sí se puede considerar que hay un *Tratamiento Probablemente Eficaz* para el **TP límite**: La Terapia de Conducta Dialéctica de M. Linehan (Linehan, 1993). Hay seis publicaciones que demuestran la eficacia de este tratamiento, pero todas, aunque cumplen las condiciones de aleatorización, están hechas por el mismo grupo de investigadores, el de la propia Linehan.

Y el **TP por evitación** también cuenta con un *Tratamiento Probablemente Eficaz*: La Terapia de Conducta mediante el entrenamiento en Habilidades Sociales y Exposición Gradual (Quiroga y Errasti, 2001).

No hay un *Tratamiento Bien Establecido* para la **hipocondría**, ni médico ni psicológico. El primero porque, aunque en el estudio de Fallon (Fallon et al., 1996: citado por Fernández y Fernández, 2001) se encuentra evidencia de la eficacia de los inhibidores en la recaptación de la serotonina, los resultados no alcanzaron eficacia estadística. Respecto a los segundos, los tratamientos psicológicos, existen estudios que demuestran la eficacia tanto de la Terapia de Conducta como de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), pero se incluyen en la categoría de *Tratamientos Probablemente Eficaces* dado que los diferentes

estudios utilizan técnicas distintas, esto es, no se puede afirmar la existencia de un tratamiento cognitivo-conductual bien establecido para la hipocondría.

El **trastorno obsesivo-compulsivo** cuenta con dos *Tratamientos Bien Establecidos*: La Exposición con Prevención de Respuesta y los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina. (Vallejo, 2001). Sin embargo, numerosas revisiones y meta-análisis sobre la eficacia comparando los efectos diferenciales y combinados de la terapia de conducta y los psicofármacos, destacan la superioridad de la Exposición con Prevención de Respuesta con respecto a los antidepresivos, sobre todo si se consideran las tasas de recaídas y los abandonos del tratamiento (Caballo y Mateos, 2000).

Algo parecido nos encontramos con la **ansiedad generalizada** puesto que tanto la Farmacoterapia (benzodiazepinas, antidepresivos y betabloqueantes) como la Terapia Cognitivo-Conductual pueden considerarse como *Tratamientos Bien Establecidos*. Ahora bien, si se toman en consideración los resultados del seguimiento y los efectos secundarios de la Farmacoterapia, debería aconsejarse como tratamiento de primera elección a la TCC (Capafóns, 2001).

Respecto a las **fobias específicas** numerosos estudios han demostrado que los tratamientos basados en la Exposición son muy eficaces en reducir los temores específicos (Caballo y Mateos, 2000). Se considera, por tanto, *Tratamientos Bien Establecidos* tanto la exposición sola como la exposición con aditamentos cognitivos dado que varios meta-análisis no han encontrado diferencias significativas entre ambas terapias (Olivares, Sánchez-Meca y Alcázar, 1999). En cuanto a la utilización de fármacos no son muchos los estudios comparativos, pero los escasos resultados parecen indicar que la utilización de éstos puede obstaculizar el efecto de la exposición al interferir con el proceso de habituación necesario para que se produzca el éxito terapéutico (Capafóns, 2001).

Dentro de los *Tratamientos Bien Establecidos* para la **agorafobia** se encuentra la Exposición en Vivo, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia Psicofarmacológica con antidepresivos o benzodiazepinas. La Exposición en Vivo (EV) es más eficaz que la exposición en imaginación, que las técnicas

cognitivas aplicadas sin EV, que el entrenamiento asertivo y que la relajación, aunque es poco eficaz respecto al pánico. Por su parte, la TCC es eficaz para los síntomas de ansiedad y la evitación fóbica, siendo sus efectos superiores a la EV en la disminución de los ataques de pánico. En cuanto a los porcentajes de abandono del tratamiento, éstos son similares entre la TCC (12-16%) y las benzodiacepinas (13-14%) y ambos son menores que los de la EV (15-25%) y que los de los antidepresivos (25-34%). Es por esto que Badós, en su revisión (Badós, 2001) recomienda que, aunque queda sobradamente demostrada la eficacia y eficiencia de la TCC, se hace necesaria la realización de más estudios que comparen los resultados de este tratamiento con el psicofarmacológico.

Algo bastante diferente ocurre con el **trastorno de pánico** en el cual, se ha demostrado que la Exposición, por sí sola, no resulta un tratamiento eficaz por lo que se incluye en la categoría de *Tratamientos Probablemente Eficaces* junto a la Relajación Aplicada.

Los que sí han demostrado, con ensayos clínicos correctamente diseñados, que cumplen criterios para ser incluidos en la sección de *Tratamientos Bien Establecidos* son el programa de Tratamiento para el Control del Pánico de Barlow, el programa de Terapia Cognitiva para el pánico de Clark y Salkovskis y la Farmacoterapia (Botella, 2001).

El trastorno de **estrés postraumático** cuenta con dos *Tratamientos Bien Establecidos*: la Exposición y la Terapia Cognitiva (Báguena, 2001). La novedosa Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización por Movimientos Oculares (EMDR), desarrollada por Shapiro (1995) ha resultado muy controvertida tanto por la falta de fundamentos teóricos como por la carencia de datos empíricos obtenidos con metodología sólida, no quedando claro si los movimientos oculares laterales son o no esenciales en el tratamiento (Caballo y Mateos, 2000).

La **depresión** es uno de los trastornos más estudiados y el que cuenta con más *Tratamientos Bien Establecidos*. En la actualidad se cuentan con varios meta-análisis y un mega-análisis que incluyó a 595 pacientes, en los que se pone de evidencia que los tratamientos psicológicos reseñados (ver Tabla I) obtienen

resultados, al menos similares, a los tratamientos con antidepresivos para las depresiones unipolares sin síntomas psicóticos. Basándose en esto, autores como Antonuccio (1989: citado por Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000) consideran este tipo de terapias como el primer tratamiento de elección dado que:

- a) Los tratamientos farmacológicos no pueden afectar de modo directo sobre factores como los problemas interpersonales, maritales, familiares y laborales.
- b) Las terapias conductuales enseñan habilidades que el sujeto puede utilizar en el futuro para prevenir nuevos episodios depresivos.
- c) Con más frecuencia de lo que se piensa, la adherencia a la medicación es baja.
- d) Muchos antidepresivos son cardiotoxicos y tienen efectos anticolinérgicos secundarios importantes.
- e) Los antidepresivos pueden ser letales si se produce una sobredosis.
- f) La evidencia científica indica que las intervenciones cognitivo-conductuales son tan eficaces como los antidepresivos o incluso más.

Como puede apreciarse, se nos revela un panorama positivo dado que la contribución de la Psicología ha sido grande a la hora de incrementar el cuadro de tratamientos eficaces, en el campo de la Salud Mental. Y como también queda patente, son los tratamientos surgidos dentro de la Modificación de Conducta los tratamientos que mayoritariamente han probado su eficacia.

En lo que se refiere a la eficiencia, apenas existen estudios en los que se consideren todas las variables necesarias para estimar el coste-beneficio que supone la aplicación farmacológica en relación con la psicológica (Pérez y Fernández, 2001).

Algunas discrepancias entre la investigación y la práctica clínica

Como mencionábamos en la introducción, el control del gasto sanitario incesante viene a potenciar el estudio sobre la eficacia de los diferentes tratamientos, pero ello no está exento de problemas. Conviene aquí recordar que la eficacia se mide mediante estudios experimentales a los que se les exige una serie de características:

Muestra homogénea clasificada mediante la última versión de la CIE o el DSM (esto es, sujetos puros sin presentar comorbilidad con otros trastornos).

Número mínimo de participantes en cada modalidad terapéutica.

Aleatorización de la adscripción de los participantes a los grupos (los sujetos no pueden elegir el tratamiento).

Tratamientos estandarizados y sometidos a unas guías o protocolos (es decir, con un número prefijado de sesiones).

Existencia de grupo control o en lista de espera.

Estos requisitos aseguran que los estudios presenten un alto grado de validez interna pero no se asegura su validez externa, esto es, que los resultados produzcan los mismos cambios en el ambiente real.

Y hay que tener en cuenta que en la práctica clínica no siempre contamos con personas que sólo tienen un trastorno y del cual cumplen todos sus criterios, es decir, no solemos ver casos “puros” sino complejos y frecuentemente, con comorbilidad de otros trastornos. Y tampoco solemos contar con personas que se saben seleccionadas entre otras muchas para recibir un tratamiento novedoso y/o experimental y que están, por tanto, altamente motivadas y realizan todas las tareas sin fallar a ninguna sesión. Respecto al tratamiento, no se les aplica un “paquete terapéutico estandarizado” y cuando se terminan las sesiones prefijadas, independientemente del resultado, se les da el alta, sino que se suele realizar un tratamiento individualizado que suele incluir más sesiones de las establecidas en las guías y que sólo finaliza cuando se llega a la mejoría clínica.

Todo ello nos lleva a otro importante concepto: el de la **efectividad**. Así, un tratamiento deja de ser eficaz para convertirse en efectivo cuando se pueden generalizar los resultados obtenidos en la investigación a las situaciones clínicas reales (Becoña, 1999). No nos podemos conformar con la investigación experimental; ésta debería combinarse con la investigación en clínica, para que los tratamientos que demuestran su eficacia en condiciones “ideales” puedan ser aplicados por los clínicos en su práctica diaria.

De acuerdo con esto, los estudios sobre efectividad (Seligman, 1995) trabajan con sujetos:

Que no son voluntarios.

Que no presentan una sintomatología homogénea.

Que pueden elegir tratamiento y terapeuta en función de sus preferencias.

Que reciben tratamientos más largos y flexibles: no hay un número limitado de sesiones.

En este sentido, mencionar que 11 meta-análisis comparativos encontraron que se obtienen los mismos resultados bajo investigación que en la práctica clínica (Shadish, Matt y Navarro, 1997: cit. por Becoña, 1999).

Podemos concluir, por tanto, que ambos tipos de acercamientos no son incompatibles sino al contrario, necesarios. La exigencia de validez interna debería ser un pre-requisito indispensable para la evaluación de la validez externa y ésta para la aplicación en la clínica, dado que un tratamiento con alta validez interna pero inaplicable en el mundo real sería un tratamiento inútil (Ferández y Pérez, 2001).

Un tercer concepto a tener en cuenta hoy en día, dado el actual enfoque economicista de la salud y la creciente presión que hay para la contención del gasto tanto en la Sanidad Pública como en las Compañías de Seguros, es el de la **eficiencia**, que hace referencia al logro de los objetivos terapéuticos con el menor coste posible (tanto en dinero como en sufrimiento del paciente como en tiempo del terapeuta). Sin embargo, tal y como apunta Echeburúa y Corral (2001), no habría que confundir la eficiencia -máximo beneficio de los recursos disponibles- con abaratar los servicios ofrecidos, disminuyendo la calidad para incrementar así el ahorro.

Dificultades en aplicar los tratamientos psicológicos eficaces

Una vez probada la existencia de tratamientos psicológicos, eficaces y eficientes, para un gran número de trastornos mentales, cabe preguntarse: ¿Por qué las terapias no validadas científicamente se siguen utilizando en lugar de aplicar exclusivamente los tratamientos basados en la evidencia?

Pensamos que las razones son varias como:

1) Las *dificultades* que los clínicos tienen para leer literatura científica (accesibilidad, tiempo disponible...). Mientras que los investigadores pasan muchas horas dedicados a lectura de libros y artículos científicos, el clínico tiene poco tiempo para ello y encuentra, además, que la mayoría de la información de las revistas científicas no le es relevante para su trabajo. El disponer de revistas especializadas, cursos de formación orientados a la práctica y guías terapéuticas, podrá evitar, en parte, la discrepancia que siempre ha existido entre la clínica y la investigación (Becoña, 1999).

2) Otra razón es el escaso *márketing* que dedicamos los psicólogos a difundir que lo que hacemos es necesario y útil. Habría una necesidad de *educar a la población* sobre la utilidad de la Terapia de Conducta, pues todavía se mantienen numerosas creencias erróneas sobre la misma (polémica Skinner contra Chomsky o la del conductismo contra el psicoanálisis, ver Becoña, 1999).

Esta **dificultad en la difusión** cobra, en el tema que nos ocupa, radical importancia. Como ustedes saben, la pasada década, la de los 90, fue denominada la *década del cerebro* y se hicieron importantes avances en el campo de la salud mental. Uno de ellos fueron los grandes adelantos en la comprensión de las bases biológicas de muchos cuadros clínicos (esquizofrenia, depresión, cuadros bipolares.....). Otro avance se centró en el desarrollo de nuevos psicofármacos más eficaces y con menos efectos secundarios (principalmente neurolépticos y antidepresivos). Un tercer avance, como hemos mencionado, fue la creación de tratamientos psicológicos breves y efectivos para una gran variedad de trastornos. Sin embargo la difusión de ellos no ha sido igualitaria. Las multinacionales farmacéuticas se han ocupado de difundir ampliamente a los dos primeros mediante publicaciones gratuitas (folletos, revistas, libros, conferencias y congresos financiados, etc.) mientras que los espectaculares avances psicológicos han quedado relegados a las revistas científicas especializadas y no han llegado, en muchas ocasiones, a los sectores profesionales implicados (Echeburúa, 1998).

Las agresivas campañas de difusión y promoción de los productos farmacéuticos tratan de convencer a la gente de que la solución está en el fármaco y que hay un fármaco para cada padecimiento. Esto lleva a que tanto la población como muchos profesionales de la salud creen que los fármacos son más efectivos cuando en realidad, exceptuando algún trastorno como el bipolar o las

esquizofrenias en su fase aguda donde los fármacos tienen su ventaja, allí donde existe un fármaco eficaz hay una psicoterapia igualmente, si no más eficaz, para tratar el problema (Pérez y Fernández, 2001). Por ello, las agresivas campañas de promoción de los productos farmacéuticos, cada vez más dirigidas al gran público, deben encontrar su contrapunto en la exigencia de controles rigurosos por parte de los organismos estatales.

Como conclusión nos gustaría recoger la reflexión de Echeburúa y Corral deseando que estos grandes avances terapéuticos en salud mental que se derivan tanto de la psiquiatría como de la psicología, lleguen a mitigar el sufrimiento de los pacientes. Y que, de este modo, pueda considerarse a la década de 2000 como *década de la persona* (Echeburúa y Corral, 2001).

BIBLIOGRAFÍA

- Astin, M y Resick, P. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. En: V. Caballo (dir.), *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Madrid, Siglo XXI.
- Báguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*, vol.13, nº 3, 479-492.
- Becoña, E. (1998). Tratamiento del tabaquismo. En: V. Caballo (dir.), *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Madrid, Siglo XXI.
- Becoña, E. (1999). La discrepancia entre la investigación y la práctica clínica de la terapia de conducta. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 4, nº 2, 71-103.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, vol.13, nº 3, 465-478.
- Caballo, V. y Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, Vol. 8, Nº 2, 173-215.
- Capafóns, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, vol.13, nº 3, 442-446.
- Capafóns, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, vol.13, nº 3, 447-452.
- Chambless, D. L., Baker, M.J., Baucom, D.H. et al. (1998). Update on empirically validated therapies: II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-15.
- Chamberless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3-18.
- Echeburúa, E. (1998). ¿Qué terapias psicológicas son eficaces? Un reto ante el 2000. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 149-160.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 25, nº 102, 585-614.

- Echeburúa, E. y Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Vol. 1, Nº 1, 181-204.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fairburn, C., Marcus, M. y Wilson, G. (1993). Cognitive-Behavioral therapy for binge eating and bulimia nerviosa: A comprehensive treatment manual. En C. Fairburn y G. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assesment and treatment*. New York, The Guilford Press.
- Fernández, C. y Fernández, R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría. *Psicothema*, vol.13, nº3, 523-529.
- Fernández, J. R. y Pérez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, vol.13, nº3, 337-344.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Méndez, F., Sánchez, J. y Moreno, P. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: un estudio meta-analítico. *Psicología Conductual*, Vol. 9, Nº 1, 39-59.
- Nathan y Gorman (1988). *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Pérez, M. y Fernández, J. R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, vol.13, nº3, 523-529.
- Perona, S. y Cuevas, C. (1999). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual aplicada a los síntomas psicóticos. Estudios aleatorizados con grupos control. *Apuntes de Psicología*, 3, 249-274.
- Quiroga, E. y Errasti, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, vol.13, nº 3, 393-406.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, vol.13, nº 3, 381-392.
- Secades, R. y Fernández, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, vol.13, nº 3, 365-380.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 53 (3).

Tizón, J. L. (2001). Investigación y docencia en salud mental (I). Reflexiones para el clínico antes de la autoinmolación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXI, nº 77.

Vallejo, M. A. (2001). Tratamientos eficaces para el trastorno obsesivo-compulsivo. *Psicothema*, vol.13, nº 3, 419-427.

Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). ¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados?. *Psicología Conductual*, Vol. 8, Nº 3, 561-591.