

La psicoterapia en la red pública de salud mental y adicciones

Enero 2011



Cómo mencionar esta publicación:*

Plan director de salud mental y adicciones. La psicoterapia en la red pública de salud mental. Barcelona: Dirección General de Planificación, Generalitat de Catalunya; 2008.

* Este trabajo es la traducción de la versión original en catalán. Se ha respetado literalmente todo el conjunto. Únicamente se ha corregido algún error y se ha reelaborado la numeración correlativa de la bibliografía de los anexos 4.1 y 4.2.

© 2011 Generalitat de Catalunya

Departamento de Salud

Trav. de les Corts, 131-159

Edificio Ave Maria

08028 Barcelona

www.gencat.cat/salut

Edición: Dirección General de Regulación, Planificación y Recursos Sanitarios. Departamento de Salud.

Asesoramiento y corrección lingüística: Sección de Planificación lingüística del Departamento de Salud.

Primera edición: Barcelona, enero de 2011



Sumario

1. Introducción	5
2. Conceptos básicos y estado actual del conocimiento en las intervenciones psicoterapéuticas.....	7
2.1. Definición de <i>psicoterapia</i>	7
2.2. Modalidades y programas de psicoterapia.....	11
2.3. Psicoterapia y evidencia científica	12
2.4. Indicadores de calidad y sistemas de evaluación	22
3. El programa de psicoterapia del PDSMyA	26
3.1. El Plan director de salud mental y adicciones (PDSMyA) en referencia a la psicoterapia.....	26
3.2. El mapa sanitario: criterios generales de planificación para la implantación de la psicoterapia en la red pública	27
3.3. La atención psicoterapéutica en la red de salud mental de utilización pública de Cataluña.....	27
3.4. La atención psicoterapéutica en otros países	30
3.5. Ámbitos de aplicación de la psicoterapia	30
3.6. Modelo de aplicación en la red de salud mental de utilización pública	31
3.7. Psicoterapia en los centros comunitarios: CSM, CAS y SESM-DI.....	32
3.8. Psicoterapia en la hospitalización	32
3.9. Psicoterapia en el hospital de día	33
3.10. Psicoterapia en el servicio de rehabilitación. Centro de día	33
3.11. El programa de psicoterapia en los centros de salud mental.....	34
3.12. Criterios de indicación y priorización de la psicoterapia	34
3.13. Cartera básica de servicios psicoterapéuticos	39
3.14. Recursos y objetivos que deben cumplir los CSM.....	39
3.15. Acreditación	40
3.16. Protocolos de indicación de psicoterapia y procedimientos	41
3.17. Las intervenciones de psicoterapia y el CMBD	43
3.18. Necesidades específicas y suprasectoriales de servicios psicoterapéuticos	44

4.	Anexos.....	57
4.1.	Psicoterapia para las edades infantil y juvenil.....	57
4.2.	Psicoterapia para los adultos	76
4.3.	Estudio del Centro para el Rendimiento Económico.....	118
4.4.	Psicoterapia: comparación entre diferentes países	120
4.5.	Evaluaciones diagnósticas estructurales y pluridisciplinarias	123
4.6.	. Protocolo de iniciación de una psicoterapia psicodinámica breve	125
4.7.	Desarrollo cronológico del tratamiento del señor Baker.....	129
4.8.	Ejemplo de un CEP actualmente en funcionamiento	130
5.	Profesionales que han participado	138
6.	Bibliografía consultada	142
7.	Abreviaturas	151

1. Introducción

Las terapias psicológicas tienen un lugar importante entre los tratamientos eficaces y eficientes actuales, y por tanto se han de utilizar en las enfermedades en que han demostrado su eficacia. La psicoterapia como una técnica específica contenida en la cartera de servicios ha de tener un espacio propio en el marco de la totalidad de dispositivos de la red de salud mental. En este sentido todos los recursos de salud mental deben utilizar psicoterapias en su cartera de servicios y han de contar con profesionales preparados, principalmente psiquiatras y psicólogos. Además, trabajar con actitud psicoterapéutica y llevar a término intervenciones psicosociales exige la preparación adecuada de enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y para el arte y otros profesionales de la salud mental.

La psicoterapia debe ser un tratamiento específico en un marco institucional organizado terapéuticamente. Desde el momento en que una persona es acogida en un servicio y se inicia la historia clínica, la trayectoria asistencial ha de tener una estructura terapéutica, es decir, orientada al cambio en el funcionamiento mental, conductual y relacional, a fin de promover la capacidad de vivir de forma más saludable. Eso se tiene que producir en todos los casos, aunque no estén orientados a una psicoterapia reglada.

Partiendo de estos supuestos, el Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Cataluña encargó en el año 2003 a un grupo de profesionales la elaboración de un documento sobre la psicoterapia en la red de salud mental. El documento debía recoger recomendaciones que aportasen criterios generales y recomendaciones específicas para la ordenación de las prestaciones psicoterapéuticas en la red, con un propósito y unos objetivos determinados.

En el año 2006 se aprobó el Plan director de salud mental y adicciones, en el que se consideraba como una actuación prioritaria la normalización de la psicoterapia y su inclusión en la cartera de servicios de los diferentes recursos de la red de salud mental y adicciones. Como consecuencia se encargó a otro grupo algunas concreciones en el documento para facilitar su aplicación y ampliar el estudio de la evidencia científica, con el fin de encaminarnos hacia una orientación de prácticas y modelos más eficientes. Este documento responde al escenario del estado del conocimiento disponible al inicio de 2007, tal como lo hemos sabido recoger. En adelante será inevitable la actualización, debido a la aparición constante de nuevos trabajos de investigación, dado el creciente interés en este campo.

Este documento, fruto del trabajo de estos dos grupos y muchos profesionales consultados, y en el que se han introducido las modificaciones y ampliaciones sugeridas por la AATRM, se presenta con el propósito de establecer el papel de los tratamientos psicoterapéuticos en la red de salud mental y adicciones, definir los tratamientos psicoterapéuticos y las diferentes modalidades, identificar las indicaciones, y caracterizar los niveles de acreditación y de calidad exigibles.

Los objetivos siguientes:

- Identificar los modelos de intervención psicoterapéutica que se pueden considerar como buenas prácticas, con criterios de evidencia científica.
- Revisar la situación de la atención psicoterapéutica en Cataluña.
- Definir el tratamiento psicoterapéutico individual y grupal en sus diferentes tipologías que se habrán de incluir en la cartera de servicios de la red de atención psiquiátrica y salud mental.

- Definir los modelos de atención psicoterapéutica que, teniendo en cuenta su efectividad y eficiencia, se han de ofrecer desde los centros de salud mental y desde las unidades más especializadas.
- Establecer criterios de acreditación y de calidad de las prestaciones psicoterapéuticas.
- Definir estrategias de formación continuada de los profesionales y posibles programas de investigación.

2. Conceptos básicos y estado actual del conocimiento en las intervenciones psicoterapéuticas

2.1. Definición de psicoterapia

El grupo de trabajo ha consensuado la definición de psicoterapia que se cita a continuación, aunque existen otras que se utilizan en la red:¹

Es un tratamiento basado en técnicas específicas y diversas, de naturaleza psicológica, reconocidas por la comunidad profesional y científica. A partir de las manifestaciones psíquicas, físicas o interpersonales del malestar humano, tiene como objetivo primordial reducir el sufrimiento, principalmente el ocasionado por los trastornos mentales, y promover cambios saludables. Puede ser individual, en grupo o familiar.

Además de esta definición general, se han introducido consideraciones conceptuales de acuerdo con los objetivos, los procedimientos, la formación de los profesionales y el objeto de los tratamientos psicoterapéuticos. Eso ha permitido una definición en función de estos diferentes ejes:

1. **La psicoterapia definida según sus objetivos:** método de tratamiento con el objetivo de potenciar las capacidades del paciente para mitigar y, si es posible, suprimir su sufrimiento; conseguir modificaciones en la conducta, el pensamiento y el afecto, la adaptación al entorno y, en definitiva, la reducción o la eliminación de los trastornos mentales.
2. **La psicoterapia definida según los procedimientos:** intervenciones psicológicas, habitualmente mediante la palabra, pero también el dibujo, el juego, la representación escénica, etc. Todas estas intervenciones se enmarcan en un lugar, una periodicidad en el tiempo y una duración de las sesiones, contenidos en un contrato verbal o escrito establecido entre el profesional y la persona en tratamiento (los responsables legales en el caso de los menores). Estos procedimientos utilizan técnicas diversas, reconocidas por la comunidad profesional y científica.
3. **La psicoterapia definida según la formación y las características de los profesionales que la ejercen:** formación específica, cualificación profesional y competencias personales.

¹ Son muchas las definiciones que se han hecho, algunas de las cuales hemos tenido presentes, sobre todo porque han sido aportadas por los servicios de la red:

- Definición de *psicoterapia* de la FEAP: Un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve la consecución de cambios o modificaciones en la conducta, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos como la pareja o la familia.
- Enseñanza y entrenamiento —para su interiorización— de estrategias y habilidades para producir cambios conductuales, cognitivos y emocionales, mediante la palabra y técnicas específicas. Puede ir dirigida a pacientes, a la familia y a las personas del entorno.
- La aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento (o para el cambio) de problemas de conducta, los trastornos mentales o el sufrimiento humano (no únicamente psicológico) (Tizón, 1994 y 1997).
- Un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (psicoterapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente), que tiene por objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo.

4. **La psicoterapia definida según la relación:** se lleva a cabo a través de una relación interpersonal pero en ella es determinante la posición del terapeuta. Podemos diferenciar entre:

- Técnicas psicoterapéuticas basadas en la relación externa.
- Técnicas psicoterapéuticas basadas en el mundo interno.

Para elaborar estas definiciones generales y por ejes de la psicoterapia hemos tenido también en cuenta, entre otras, las consideraciones que sobre ello han hecho Huber y Díaz Curiel. Los cinco criterios (Huber, 1987) que se considera han de tenerse en cuenta para que un tratamiento se pueda considerar una psicoterapia son:

1. Que se base en una teoría científica de la personalidad y de sus trastornos.
2. Que se base en una teoría científica de la modificación de estos trastornos.
3. Que presente evaluaciones empíricas de sus efectos, positivos y negativos.
4. Que actúe sobre los trastornos del comportamiento o estados de sufrimiento considerados subsidiarios de intervención.
5. Que la practiquen personas formadas y competentes.

Aspectos que se han de tener en cuenta en todas las modalidades terapéuticas (Díaz Curiel, 2003):

1. Cuidar la relación con el paciente.
2. Papel activo por parte del terapeuta.
3. Necesidad de poner unos límites claros en el encuadre como una manera de evitar la interrupción prematura del tratamiento y el descontrol de los impulsos.
4. Actitud flexible por parte del terapeuta.
5. Capacidad del terapeuta para crear una atmósfera de calidez y de empatía y para manejar sus propios sentimientos.

La importancia de todos estos aspectos se confirma en un metanálisis sobre 23 estudios (Shirk y Karver, 2003) en el que se deduce que los aspectos relacionales de la psicoterapia tienen más importancia en los resultados del tratamiento que sus diversos tipos y contextos. Las definiciones acordadas también nos han permitido diferenciar lo que es un tratamiento psicoterapéutico de lo que es una función psicoterapéutica vinculada a la actividad asistencial. **La función psicoterapéutica (FP)** es algo más amplio y necesario en todo equipo de salud. Es imprescindible que todos los equipos de salud mental y adicciones la conozcan y la apliquen. La FP se fundamenta en un conjunto de actitudes, capacidades y habilidades con los pacientes que todo trabajador de salud mental debe tener y manifestar para poder actuar terapéuticamente en la relación con los pacientes, aunque no esté desarrollando un programa de psicoterapia concreto. Incluye las capacidades siguientes en diferentes grados:

- Atención cuidadosa a la individualidad del consultante.
- Capacidad de contención de las propias emociones y de las del paciente.
- Capacidad de escuchar y comprender.
- Capacidad de establecer y mantener la alianza terapéutica.
- Capacidad de empatía.
- Atención especial al clima emocional de la situación.
- Atención al encuadramiento.
- Capacidad de diferenciar las propias emociones de las del paciente.

- Capacidad de devolver al otro algo clarificador.
- Disponibilidad para trabajar en equipo y para llevar a término terapias integradas.

En la práctica asistencial los profesionales han de tener una disposición y una actitud en las que prevalezca el respeto al paciente y un uso prudente del saber.

Para mantener vivas en los profesionales estas capacidades, evitando caer en rutinas y funcionamientos estereotipados y perjudiciales, se considera necesario que la institución en el marco de la cual ejercen los diferentes profesionales proporcione también un marco de trabajo saludable que garantice la salud mental del grupo y de los individuos. El trabajo en salud mental implica para los profesionales riesgos, tensiones y dificultades, por eso los centros y las instituciones necesitan un **sistema de higiene mental** (cuidar a los cuidadores). Pero para conseguirlo no solamente es necesaria la supervisión, sino también otros tipos de cuidados que tengan que ver con un análisis de la organización y con la adopción de medidas que mejoren la situación y que proporcionen un cuidado laboral y psicosocial, tanto para la institución como para cada una de las personas que la constituyen. Kaplan, Sadock y Greeb (1996) alertaban de que el futuro de la atención psiquiátrica, con el esfuerzo por controlar el gasto, puede llevar a que la medicación se convierta en el tratamiento de elección, aunque se haya demostrado que la eficacia es mucho mayor, en la mayor parte de los trastornos mentales, cuando se combina con psicoterapia.

Por tanto, lo que hemos definido como función psicoterapéutica debería impregnar todo tipo de intervenciones y de actuaciones por parte de todos los miembros del equipo. La función psicoterapéutica ha de ser extensiva a toda práctica, lo que implica que cualquier visita de seguimiento, de control, de revisión, etc., en definitiva cualquier contacto con el paciente, la familia o su entorno debe estar complementado siempre con la escucha y el estilo de intervención integrado en el concepto definido como función psicoterapéutica. Toda la atención que se proporciona desde la red pública la han de organizar y servir profesionales implicados en esta idea y comprometidos con el conocimiento y la comprensión personalizada de las crisis, acompañando a la persona asistida en su camino paralelo de conocimiento y comprensión que le llevará a la asunción de su propia historia, elaborando acomodaciones, prótesis o sustituciones de sus síntomas, y accediendo a un cambio en su mundo interno que implicará la reducción de su sufrimiento. Pero no por eso debemos considerar que cualquier acto asistencial es una intervención psicoterapéutica. Este concepto ha de quedar limitado a las actuaciones que cumplan la definición de psicoterapia por ejes. Ver las cosas así pone en cuestión la psicoterapia de apoyo, a no ser que esté muy bien definida y tenga un protocolo claro de aplicación que cumpla la definición mencionada. Como un complemento de lo dicho, parece que se hace necesario introducir el **pensamiento psicoterapéutico** en todos los centros y los servicios de la red. El esfuerzo que se haga por conseguirlo será muy efectivo para mejorar la calidad de la atención a los pacientes (a todos los pacientes, se encuentren donde se encuentren: en hospitales generales, unidades de atención geriátrica, centros asistenciales para personas con disminuciones, etc.). También puede favorecer (sobre todo en medios hospitalarios) que se produzca un cambio en la demanda de asistencia directa solicitada por otros profesionales (lo que llamamos interconsulta o psiquiatría de extensión) hacia una atención/formación mayor de los equipos asistenciales.²

²Esta orientación estimula el apoyo de los equipos asistenciales con un objetivo, que no es tanto dar respuesta a la demanda de atención directa a pacientes como extender el pensamiento psicoterapéutico en las instituciones a fin de permitir la existencia de un espacio para la psicoterapia en cada lugar. Respecto a cómo fomentar este pensamiento, hay diversos modelos. El objetivo de todos estos modelos es el desarrollo de las capacidades y las habilidades psicoterapéuticas de los equipos base. La modalidad de la sesión clínica habitual, tan característica del marco hospitalario, se hace especialmente útil

La función psicoterapéutica, el pensamiento psicoterapéutico y el análisis institucional (la elaboración y la reflexión hecha por los equipos sobre su praxis individual y colectiva) tienen una especial relevancia para modificar cualitativamente el trabajo asistencial (Tosquelles, 1995). Una de las formas de aplicación de estos enfoques la constituye la psicoterapia institucional, imprescindible para evitar la institucionalización de las personas que siguen tratamientos hospitalarios o que están en recursos comunitarios y cuyo acompañamiento realizan desde hace mucho tiempo los equipos. En los casos más graves se puede caer en rutinas, repeticiones, adaptaciones a una situación que no se modifica, rechazos, etc.

Si pensamos en la red en general, en el conjunto de los recursos, el pensamiento psicoterapéutico puede ayudar a un asentamiento del trabajo en red y profundizar en su carácter interdisciplinario, mejorando la continuidad de cuidados de los pacientes así como las relaciones y las elaboraciones conjuntas entre los diferentes equipos de los recursos. Pero para que esto sea posible, hace falta una organización territorial que vaya más allá de los planteamientos puramente administrativos.

Una red articulada, con la ganancia que aportan las características de la psicoterapia, será contenedora y con intervenciones complementarias, sin contradicciones, más efectiva y preventiva que permitirá detectar los trastornos de manera precoz. Si en esta red no solamente están los recursos de salud mental y de la sanidad en general, sino también otros recursos como los de educación, los sociales, los laborales, los de la justicia, del ocio, etc. y funciona con la preeminencia de la palabra, el trabajo interdisciplinario, tratando las dificultades, rompiendo los enfrentamientos y participando en un trabajo dirigido a las personas que padecen los trastornos, estaremos cambiando de manera profunda la situación actual. Pero para ello se necesita tiempo, ni mucho ni poco, simplemente el imprescindible para permitir el cambio que todos necesitamos. Y cambiar es complicado. *Podemos concluir que la función psicoterapéutica, la higiene mental y el pensamiento psicoterapéutico han de ayudar a reorientar el sistema sanitario hacia la prevención del riesgo y la potenciación de la salud.*

En relación con la diversidad de las psicoterapias, se han de promover movimientos hacia actitudes integradoras (Beitman y Yue, 2004) que faciliten la combinación y la intercomunicación entre ellas, de la misma manera que ya se asume la comprensión holística de la persona. Se debe progresar en la línea de la colaboración y evitar la confrontación.

Cuando hablamos de actitud integradora no queremos decir eclecticismo sino actitud abierta. La integración en psicoterapia se entiende como la capacidad de mantenerse receptivo a las aportaciones de otros modelos que pueden complementar el propio. Todo psicoterapeuta ha recibido una formación reglada en una técnica determinada. A partir de aquí ha practicado esta técnica bajo supervisión y ha ido aprendiendo de la propia experiencia. Esta experiencia le habrá llevado a la constatación de que no siempre los resultados son los esperados y a veces no es debido a que el paciente sea resistente sino a que la técnica no responde a sus necesidades. A partir de aquí es posible que haya

para fomentar la observación de la dinámica emocional en la relación enfermo-familia-equipo asistencial. Existen experiencias con este modelo hechas en el hospital general que evidencian una clara reorientación de la tarea del equipo de psicoterapeutas: se puede observar un incremento de sesiones clínicas, contactos con colegas en el plano individual y seminarios, como por ejemplo una demanda de los equipos asistenciales —médicos, enfermeras, etc.—, y a la vez una clara disminución de la reclamación y derivación para atención directa de pacientes hospitalizados y familiares. Se puede pensar que un modelo de trabajo de este tipo es susceptible de extenderse a toda la red.

investigado y recibido formación en técnicas complementarias, las haya integrado en un modelo propio y las utilice según las necesidades del paciente. Cuando hablamos de integración en psicoterapia, hablamos de terapeutas experimentados con muchos años de experiencia y formación continuada. Sería deseable tender a que algunos psicoterapeutas puedan integrar diferentes técnicas en su modelo, y sobre todo sería importante que esta integración se produzca en el equipo donde cada miembro mantuviera una postura abierta a las aportaciones de los compañeros formados en otros modelos, con una predisposición a compartir experiencias y poco a poco integrar aspectos diferentes a su manera de hacer. En definitiva se trata de poder elaborar, desde perspectivas integradoras y no desde modelos excluyentes, el discurso del paciente y a través de éste llevar a término una terapia a su medida.

2.2. Modalidades y programas de psicoterapia

El grupo de trabajo considera la existencia de diferentes modalidades básicas de tratamiento psicoterapéutico, que incluyen a la vez tres aspectos diferenciados: la tipología, la orientación y la duración.

- **Según el tipo** (individual, de grupo, de familia, de grupo de familias)
 - Psicoterapia individual: Tratamiento individualizado, que cumple los aspectos formales de la técnica escogida. Es necesario un contrato verbal que determine la frecuencia (como mínimo una vez al mes) y con la aquiescencia del interesado y de sus responsables legales (la alianza terapéutica es fundamental en todos los tipos).
 - Psicoterapia de grupo: Tratamiento conjunto de diversas personas. El grupo puede estar abierto a la incorporación de nuevos miembros o cerrado. Se ha de efectuar un contrato verbal con cada paciente, en el que se establezca el compromiso de asistencia a las sesiones y de mantenimiento de la confidencialidad de lo que se trata en las sesiones.
 - Psicoterapia familiar: Tratamiento conjunto del grupo familiar, de la constelación familiar o de un subgrupo. Se ha de establecer un contrato verbal conjunto con el grupo familiar al cual se plantea el tratamiento.
 - Psicoterapia de grupo de familias: Tratamiento en grupo de diversas familias que tienen algún miembro tratado en el recurso asistencial.

- **Según la orientación y la formulación**
 - Psicoterapia dinámica o de base psicoanalítica.
 - Psicoterapia no directiva.
 - Psicoterapia interpersonal.
 - Psicoterapia cognitivo-conductual.
 - Psicoterapia conductista.
 - Psicoterapia sistémica.
 - Psicoterapia transaccional.
 - Psicodrama.

- **Según la duración**
 - Psicoterapia breve, de corta duración: aproximadamente doce sesiones.
 - Psicoterapia de duración media: aproximadamente un año natural.
 - Psicoterapia sin limitación preestablecida, de más de un año.

Cada servicio debe tener definido su paquete básico de psicoterapias, dado que todas las personas tienen derecho a ser atendidas con estas modalidades terapéuticas si su trastorno y su situación clínica hacen indicado este tipo de intervención.

Fundamentalmente distinguimos **dos tipos de programas** de psicoterapia, teniendo en cuenta agrupaciones de trastornos susceptibles de diferentes tipos de psicoterapia y de diferente duración:

- Para *trastornos mentales graves*, tal como han sido definidos por diferentes grupos de trabajo del Consejo Asesor, tanto para los adultos (TMS) como para los niños y adolescentes (TMG). Los trastornos mentales graves, que incluyen los diferentes tipos de psicosis junto con otros diagnósticos, constituyen un objetivo prioritario de la red de salud mental de utilización pública, que tiene que proporcionar una cartera de servicios que incluya modalidades terapéuticas farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales. Hoy día disponemos de evidencias científicas suficientes para recomendar diferentes modalidades psicoterapéuticas que, combinadas con otros tratamientos, mejoren sensiblemente los resultados de salud de estas patologías (M. Trujillo, Hospital de Bellevue; M. González de Chávez, Hospital Gregorio Marañón; Thornicroft y Susser, 2001).
- Para *trastornos mentales moderados*. Para el conjunto de trastornos mentales no incluidos en el apartado anterior. Destacamos los siguientes:
 - Trastorno de ansiedad.
 - Trastornos distímicos.
 - Depresiones menos graves.
 - Depresiones reactivas.
 - Duelos no resueltos.
 - Trastornos adaptativos y de estrés postraumático.
 - Trastornos de la conducta alimenticia.
 - Crisis.
 - Trastornos situacionales.
 - Otros trastornos de la personalidad.

Se deben desarrollar programas psicoterapéuticos que incluyan las modalidades indicadas para este tipo de trastornos. Estos programas, que pueden requerir intervenciones de tipo individual, grupal o familiar, como ya se ha dicho anteriormente, forman parte del proyecto terapéutico individualizado (PTI) de cada paciente.

2.3. Psicoterapia y evidencia científica

Cuando la psicoterapia comenzó a ser reconocida como una intervención en medicina (a comienzos del siglo XX), la demostración de eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia no era su primera prioridad. De hecho, las propuestas de diversas formas de psicoterapia estaban basadas únicamente en estudios de casos. En los últimos cincuenta años aproximadamente se ha producido mucha más investigación sobre determinadas psicoterapias, y cada vez de más calidad, que sobre otros tipos de intervenciones en salud. Probablemente la crítica realizada a la psicoterapia supuso un reto que se ha traducido en la aparición de más estudios de investigación.

En una breve revisión histórica de los estudios sobre la efectividad de las psicoterapias hay que mencionar, en primer lugar, la revisión clásica de Eysenk (1952) en la que se cuestionaba la utilidad de los tratamientos no conductuales. Este estudio actuó como un

revulsivo y promovió críticas metodológicas y estudios diversos que demostraron la eficacia de la psicoterapia en comparación con los tratamientos placebo o el no-tratamiento. Las revisiones más importantes después de este aluvión de estudios son las de la Asociación Psiquiátrica Americana (1982) y la de Smith, Glas y Miller (1980), con estudios metanalíticos que incluyen más de 250.000 pacientes. Las conclusiones sobre el tratamiento psicoterapéutico son que la persona que sigue una psicoterapia mejora más que el 80% de la muestra no tratada y el porcentaje de pacientes que mejoran como consecuencia de las psicoterapias alcanza el 70%.

El grupo responsable de la primera redacción de este documento consideró que no era su objetivo recoger y sintetizar toda esta producción científica. Se pensó que hacerlo supondría una tarea de investigación, dado que haría falta, además de una búsqueda bibliográfica exhaustiva, seleccionar los estudios, clasificarlos según el rigor científico metodológico, extraer los datos y hacer la síntesis (cuantitativa y cualitativa) y, finalmente, emitir las conclusiones. Quienes sí han realizado este ingente trabajo, entre otros, han sido Roth y Fonagy (1996, 2005), que han publicado los resultados obtenidos en un libro. Para ilustrar el volumen de faena que comportaría la actualización, se hizo una búsqueda bibliográfica sobre psicoterapia en una sola base de datos bibliográfica (Medline), únicamente buscando *metanálisis* (síntesis cuantitativas de diversos estudios originales) y limitando la búsqueda desde 1995 a 2003. Esta estrategia proporcionó 184 metanálisis. Es fácil imaginar, pues, que el número de artículos originales puede aumentar exponencialmente, y eso hablando únicamente de una sola base de datos bibliográfica. Por tanto, la tarea de actualización del trabajo de Roth y Fonagy constituye un ejercicio científico nada despreciable.

De todas formas, no se ha avanzado tanto en metodología como en producción. Es decir, como en muchos otros campos de las ciencias de la salud, los diseños de los estudios para evaluar la eficacia de un tratamiento son miméticos a los de los fármacos y posiblemente se debería hacer un esfuerzo para encontrar las características metodológicas que sean adecuadas para cada intervención, en nuestro caso, la psicoterapia. Por ejemplo, a nadie se le escapa que aislar el efecto de un fármaco o encontrar un comparador-placebo de este fármaco es mucho más fácil que hallar el efecto de una psicoterapia o encontrar el comparador-placebo adecuados; como tampoco es fácil, en un estudio científico, medir la primacía que en la psicoterapia tiene el lenguaje (elemento muy especial de la mente y de la especie humana) y que suele convertir cada interacción terapeuta-paciente en un acto único. Éstos y otros retos que la investigación en psicoterapia comporta se enumeran en la página 40 de este documento.

Roth y Fonagy (1996, 2005) una vez sintetizada la evidencia científica sobre la investigación en psicoterapia, creyeron oportuno comentar las **implicaciones en relación con la práctica clínica** que, según su parecer, se derivaban de esta investigación. Estas implicaciones se podían diferenciar en dos grandes bloques: a) con relación a la duración de los tratamientos y b) con relación a la combinación del tratamiento farmacológico y psicológico.

Respecto a la **duración de los tratamientos**, parece claro que un espectro amplio de trastornos son potencialmente beneficiarios de tratamientos de corta duración y bien estructurados, y que los resultados terapéuticos para algunos trastornos (fobias, crisis de ansiedad paroxística, crisis por ansiedad postraumática y trastornos obsesivo-compulsivos) se caracterizan por un grado bajo o moderado de recaídas. Cabe esperar que las personas con cuadros más agudos y menos graves de muchos otros trastornos obtengan buenos resultados con intervenciones de carácter breve, en psicoterapias de diversas modalidades.

De la misma forma, la situación puede ser diferente en los trastornos crónicos y graves que se caracterizan por una historia con posibilidades de recaída, especialmente en los pacientes que presentan una adaptación pobre y un nivel alto de comorbilidad, especialmente cuando ésta incluye diagnósticos de trastorno de la personalidad (eje II). Para estos pacientes los resultados terapéuticos a largo plazo pueden ser reducidos si han recibido técnicas de tratamiento breves, aunque los resultados iniciales hayan sido buenos. Sólo se pueden esperar buenos resultados si los tratamientos son de larga duración, aunque la intensidad sea baja. Este último punto es válido, casi con toda certeza, para los pacientes que tienen una historia de depresión recurrente y también para las personas con trastorno distímico, aunque se puede aplicar a otros grupos.

Los trastornos tratados en niveles de atención secundaria o terciaria son a menudo de carácter crónico. En este contexto los tratamientos psicológicos pueden no ser *curativos*, aunque mejoren la adaptación de un individuo, reduzcan la sintomatología y mejoren la calidad de vida. Es posible que ver el tratamiento como una intervención quirúrgica resulte inadecuado. Una mejor metáfora médica sería verlo como una intervención para tratar la diabetes. Aunque la persona sea dada de alta una vez estabilizada, se le ofrece una monitorización de su proceso y un contacto continuado. Igualmente se espera que la persona vuelva a ingresar en los servicios sanitarios en los momentos críticos de su enfermedad o que contacte de nuevo.

En algunos casos las recaídas se han de ver como aspectos predecibles del trastorno, y la prevención y el manejo de la recaída como un componente importante del tratamiento psicoterapéutico. Especialmente para los casos crónicos y graves, la terapia de largo mantenimiento puede ser un modelo apropiado y necesario.

En relación con la **combinación de tratamiento farmacológico y psicológico**, hay poca evidencia científica para decidir, de manera rutinaria, si es preferible una forma de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico. Claramente para algunos trastornos, y para algunos individuos, la medicación puede ser el tratamiento de elección. Por ejemplo, un paciente con depresión grave caracterizada por síntomas fisiológicos marcados y un funcionamiento muy pobre se podría beneficiar de la medicación, tanto por lo que respecta a la rapidez de respuesta como al coste-efectividad. No obstante, para algunos pacientes, sólo con la medicación no se resuelven los problemas psicológicos de base, en los que se sustenta el trastorno. El exceso de recaídas después del tratamiento biológico sugiere que la terapia combinada (farmacológica-psicológica) puede tener ventajas a medio y largo plazo. También parece razonable pensar que si exclusivamente con el tratamiento farmacológico o psicoterapéutico el paciente no obtiene un resultado satisfactorio, se debería probar la efectividad de un tratamiento combinado.

Muchos tratamientos psicológicos pueden ser más efectivos si los pacientes también reciben medicación, dado que la reducción de sus síntomas los hace más accesibles a una intervención psicológica. También hay algunos indicios de que el tratamiento psicológico puede aumentar la respuesta a un tratamiento farmacológico en algunos casos, por ejemplo porque aumente el cumplimiento del régimen farmacológico. Eso es especialmente cierto en los pacientes con depresión aguda o crónica, y también con esquizofrenia o con trastornos bipolares. Parece que, en estos casos, algunos de los factores identificados como comunes en diversas formas de psicoterapia, como son el tranquilizarse y el aumento de seguridad, el apoyarse y el aumento de la esperanza, pueden facilitar claramente el tratamiento farmacológico de estos pacientes. Kandel (2007), premio Nobel con formación inicial en el psicoanálisis y que se pasó a la biología de la mente, resume en una frase todos estos

aspectos: «En las tres últimas décadas hemos desarrollado fármacos efectivos en el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos, pero la experiencia ha demostrado que el tratamiento farmacológico pocas veces es suficiente, si es el único, ya que algunos pacientes evolucionan mejor cuando se combinan psicoterapia y fármacos, y otros lo hacen razonablemente bien sólo con psicoterapia».

Por lo que respecta a la elaboración de la cartera es evidente, por todo lo dicho anteriormente, que no todas las psicoterapias se pueden considerar realizables ni apropiadas para todas las patologías. El segundo grupo redactor ha realizado una nueva revisión de la bibliografía en el **anexo 4.1** (psicoterapia para las edades infantil y juvenil) y en el **anexo 4.2** (psicoterapia por los adultos), donde se recogen las publicaciones que muestran evidencia para cada trastorno. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, incluye en la cartera de servicios las psicoterapias individuales, de grupo o familiares, y excluye el psicoanálisis y la hipnosis. En nuestro caso, a partir de la evidencia de las publicaciones, realizamos la recomendación de las técnicas y modelos más adecuados para cada patología y con el mayor grado de evidencia.

En los últimos años ha habido una producción más elevada de estudios publicados sobre el uso de las diferentes técnicas de psicoterapia en los trastornos mentales, pero la evidencia todavía debe ser vista como una esperanza (Guimon, 2004) para continuar con las investigaciones empíricas. Todavía no se puede afirmar que se haya demostrado de una manera *científica* la eficacia. Muchos ensayos controlados se encuentran desviados, basados más en la personalidad del paciente y del terapeuta que en la técnica.

Asimismo en muchos casos la intervención psicoterapéutica es una más dentro de un programa de intervención global o integrado más o menos complejo. La evaluación y el diagnóstico estructural de carácter multiaxial, contextualizado y pluridisciplinario son elementos clave en la organización de la atención y facilitan la indicación de estos tratamientos en un proyecto global e individualizado.

Para valorar la integración de las diversas técnicas de psicoterapia en la red pública hemos utilizado una clasificación extensamente aceptada (Hamilton-Kirkwood y otros, 2001, y Cochrane Library, 2001):

- | | |
|----------------------------|--|
| Evidencia tipo I. | Revisiones sistemáticas y metanálisis (incluyendo ensayos controlados aleatorizados) |
| Evidencia tipo II. | Ensayo controlado aleatorizado |
| Evidencia tipo III. | Estudios de intervención bien diseñados no aleatorizados |
| Evidencia tipo IV. | Estudios observacionales bien diseñados |
| Evidencia tipo V. | Opinión de expertos, estudios e informes influyentes |

A partir de esta clasificación se plantean unas **recomendaciones** teniendo presentes los criterios de Eccless y Mason (2001), Shekelle y otros (1999) y Comin y otros (2006), que asignan la recomendación más elevada (recomendación A) en el caso de estudios que corresponden a las evidencias de tipo I y tipo II. Se presenta un cuerpo de evidencia de 351 trabajos, en su mayoría metanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos controlados

aleatorizados. También hay otros estudios que se ha considerado interesante recoger, aunque no se recomiendan, ya que pertenecen a otros grupos de evidencia. Estos artículos proceden de una búsqueda en Medline, de una serie de libros sobre revisiones de evidencia (Alanen, 2004; APA, 2003; Barret y Ollendick, 2005; Benedetti, 2002; Kazdin y Weisz, 2003; Gabbard y otros, 2005; Perris y Patrick, 2004; Roth y Fonagy, 2005) y de tres bases de datos bibliográficas aportadas por la AATRM: Medline, Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE), NHS Centre for Reviews and Dissemination de Inglaterra y HTA Database, que es la base de datos de la Organización Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnología Médica (INAHTA). También se ha mantenido una alerta Medline (PubMed de la National Library of Medicine y los National Institutes of Health) sobre el tema de psicoterapia en las principales revistas de psiquiatría. Se han eliminado los estudios que no encajaban con las patologías definidas en el ámbito de aplicación (**punto 5 del capítulo 2**). Se plantean unas recomendaciones basadas en el tipo de evidencia, todas del grado A, que son las que se pueden dar en este momento. Muchos de los estudios que mencionamos comentan que se necesita más investigación para reforzar las evidencias actuales, ya que hay trabajos en las revisiones que no tienen suficiente consistencia. Los números señalados entre paréntesis se corresponden con el orden de los **anexos 4.1 y 4.2**.

Se señalan las psicoterapias que se pueden recomendar (grado A), ya que los trabajos poseen evidencia científica de tipo I o II, pero cuando estas recomendaciones afectan a diversas técnicas, no se especifica cuál de ellas es la primera indicación (a no ser que quede ampliamente demostrado en el estudio), ni tampoco que sea el tratamiento de elección. El orden en el cual se encuentran es aleatorio y no indica jerarquización. Las guías de práctica clínica de cada enfermedad son las que establecerán las prioridades, con la correspondiente jerarquía de la evidencia científica. Como ya se ha dicho en diversas ocasiones, la psicoterapia se incluye en un plan general de tratamiento y es posible que antes de aplicarla se hayan de seguir unos pasos previos. Un ejemplo de ello es la anorexia nerviosa. Saldaña (2001), que ha realizado una extensa revisión de los tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos de la alimentación, dice que la intervención psicosocial de los pacientes con anorexia nerviosa no se debe comenzar hasta que se haya iniciado la recuperación del peso, advirtiendo además que no hay estudios controlados que demuestren que las intervenciones psicoterapéuticas administradas de manera individual sean efectivas para conseguir la recuperación nutricional de los pacientes con anorexia nerviosa. Asimismo Bowers y Andersen (2007) concluyen en su estudio que un tratamiento combinado que incluya la rehabilitación nutricional, la terapia cognitivo-conductual y fármacos es el núcleo del tratamiento de la anorexia nerviosa. Este ejemplo se puede hacer extensivo al resto de las patologías.

Las recomendaciones de psicoterapia detalladas a continuación se deben enmarcar, la mayoría de las veces, en un contexto de tratamiento complejo. Las guías de práctica clínica serán las que determinen para cada enfermedad la jerarquía de la evidencia científica, las prioridades y los momentos de utilización de los diferentes tratamientos.

Psicoterapias recomendadas en las edades infantil y juvenil

Prevención

- Intervenciones de vinculación (*attachment*) en niños pequeños (1).
- Friends Program. Prevención de los trastornos de ansiedad en las escuelas (16).

Trastornos de ansiedad

- Se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual. Tratamiento de elección (2, 31):
 - En la ansiedad en general (4, 5, 6, 8, 10, 11, 17):
 - Modelo Coping Cat (12-15).
 - Friends Program (16).
 - En trastornos obsesivo-compulsivos (3).
 - En la fobia social (7):
 - Modelo EST-C (23).
 - En la fobia a la oscuridad (9).
 - En crisis de angustia (pánico):
 - Modelo Panic Control Treatment for Adolescents (24).
 - En trastornos obsesivo-compulsivos:
 - Modelo FOCUS (25,26)
- Estudios antiguos recomiendan la psicoterapia psicodinámica (19) especialmente breve (18,20).

Depresión y distimia

- Son recomendables las terapias cognitivas y no cognitivas (28).
- Se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual (29), de elección (31):
 - Modelo CWDA (32, 33).
 - Modelo PASCET (34).
 - Entrenamiento en habilidades sociales (35).
- Se recomienda la psicoterapia interpersonal (30):
 - Modelo IPT-A (36, 37).
- Se recomienda la psicoterapia psicodinámica (40), breve (39).

Suicidio

- Se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual (44).

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

- El estudio MTA (45) recomienda en igualdad de resultados:
 - Metilfenidato.
 - Terapia conductual intensiva (niño, familia, escuela). Modelo MTA.
 - Fármaco más terapia conductual intensiva.
 - Tratamiento comunitario convencional.

Trastorno oposicionista. Problemas de conducta

- Se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual. Entrenamiento en comunicación y habilidades parentales.
 - Modelo PCIT (48).
 - Modelo Incredible Years (49).

Agresividad

- Se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual (51,52):
 - Modelo Anger Doping Program (53).

Trastorno de conducta (disocial)

- Se recomienda psicoterapia cognitivo-conductual:
 - Modelo Yale Chile Conduct Clinic (54).
 - Modelo MTFC (55).
- Se recomienda la terapia multisistémica (56-59).

Trastornos disruptivos

- Se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual (62).
- Se recomienda la psicoterapia psicodinámica (63).

Anorexia nerviosa

- Eficacia reconocida (64): Programa de rehabilitación alimentaria. Intervención sobre la familia en pacientes menores de edad (68). Posibles psicoterapias: cognitivo-conductual, cognitivo-analítica, psicodinámica focal (65-67), interpersonal y familiar.

Bulimia nerviosa

- Se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual (69-71).

Otros trastornos de conducta asociados con trastornos fisiológicos y físicos

- En la enuresis se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual (72-74).
- En la encopresis se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual (75,76).
- En la diabetes se recomienda la psicoterapia psicodinámica (77).
- En la enuresis, encopresis, asma y neurodermatitis se recomienda la psicoterapia psicodinámica (78).

Esquizofrenia

- Se recomienda rehabilitación neuropsicológica (79,80).
- Se recomienda terapia de apoyo orientada a la realidad (81).
- Se recomienda psicoeducación del paciente y la familia (82).

Trastornos autísticos

- Se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual (83-85).
- Se recomienda la terapia conductual (86, 87).

Trastornos de la personalidad

- Recomendación inicial de los tratamientos cognitivo-conductual, dialéctico-conductual y psicodinámico (92).

Maltrato infantil

- Se recomiendan las psicoterapias conductuales y no conductuales (93).
- Se recomiendan los tratamientos cognitivo-conductuales (94, 95).
- Se recomienda la psicoterapia padres-hijos (96).

Discapacidad intelectual. Modelos de intervención conductuales en niños con pica (97).

Adicciones

- Se recomienda la entrevista motivacional breve (101).
- Cannabis:
 - Se recomiendan los tratamientos cognitivo-conductuales, individuales y de grupo (98, 99).

- El Cannaby Youth Treatment Study (100) recomienda cinco intervenciones.
- Se recomienda la terapia familiar (102).

Psicoterapias recomendadas en la edad adulta

En atención primaria se recomiendan:

- La psicoterapia interpersonal en la depresión (138), incluso en las personas mayores (148).
- La terapia cognitivo-conductual en prevención de la depresión (127).
- El *counselling* en los trastornos de ansiedad (202).
- En el sobrepeso, la psicoterapia psicodinámica o cognitivo-conductual (254).
- En las somatizaciones, la psicoterapia cognitivo-conductual (252,253) y la psicoterapia psicodinámica (257-261).

Prevención: El metanálisis de Cuijpers y otros (103) plantea la existencia de diferentes técnicas que probablemente den resultados en diversos problemas de salud mental.

Trastornos mentales

En general se puede recomendar:

- La psicoterapia psicodinámica breve (104-107).
- La terapia familiar (108).
- El psicodrama (109, 110).
- La terapia psicoeducativa (111).

Trastorno depresivo mayor

- Se recomienda como primera elección la combinación de farmacoterapia y psicoterapia (112, 114, 115, 117, 119-121).
- No hay diferencias significativas entre la psicoterapia cognitivo-conductual y la psicoterapia psicodinámica (112, 116, 117, 122-125).
- Se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual (126, 128-131).
- Se recomienda la psicoterapia psicodinámica (132-136).
- Se recomienda la psicoterapia interpersonal (137).
- Psicoterapia de pareja (139-142).
- Psicoterapia familiar (143).
- En las personas mayores está reconocida la eficacia de la psicoterapia (149):
 - Por lo que respecta a la elección del tratamiento, se han de tener en cuenta criterios como: contraindicaciones, accesibilidad del tratamiento o las preferencias del paciente (145).
 - También es preferible la terapia combinada (150).
 - Se recomiendan intervenciones breves para prevenir (146) y la terapia de reminiscencia (147).

Trastorno depresivo de leve a moderado

- Psicoterapia breve de Bellak (152).
- *Counselling* (153).

Trastorno bipolar

- Existen diferentes tipos de psicoterapia efectivos (154-156) que se deben utilizar de manera conjunta con la medicación (157), como por ejemplo la psicoeducación (159-160).

Trastornos esquizofrénicos

- Entre las psicoterapias los índices de mejora más elevados corresponden a la psicoterapia cognitivo-conductual y a la psicodinámica (184, 185, 190).
- Se recomienda la terapia cognitivo-conductual (161, 162, 166-169):
 - Distracción técnica (165).
 - Modelo COPE (170).
 - Programa EPPIC (171-176).
 - Procedimiento manualizado de Schaub (177-179).
 - Programa integrado de Perris (180-183).
 - Existe controversia en cuanto a su aplicación desde el primer episodio (163) y su uso en los estados psicóticos agudos (164).
- Se recomienda la psicoterapia psicodinámica (187, 189, 191, 192):
 - Proyectos Turku, finlandés e interescandinavo (186).
- Se recomienda la terapia psicoeducativa para su uso rutinario (194) y se piden más estudios (193).
- Se recomienda la psicoterapia familiar (195-199).

Trastornos de ansiedad

- Se recomienda la terapia cognitivo-conductual (215), con alguna crítica (210):
 - Mejor resultado si se combina con fármacos (203, 204, 211).
 - Efectiva en el trastorno obsesivo-compulsivo en adultos y niños (203).
 - Efectiva en el trastorno de pánico con o sin agorafobia (204, 205).
 - Efectiva en las conductas obsesivo-compulsivas (205, 211, 214).
 - La terapia de exposición es efectiva en la agorafobia (216).
 - No hay diferencias en los resultados, al comparar la farmacoterapia y la terapia cognitivo-conductual (208).
 - Es igual de efectiva la terapia cognitivo-conductual que la conductual (209) y se pueden combinar (212).
 - El tratamiento de elección depende del cuadro clínico y de las características del enfermo (213).
 - En adultos supervivientes de cáncer puede reducir el estrés emocional (207).
 - Menos efectiva en pacientes y procesos graves (206).
 - En las personas mayores con ansiedad produce mejoras (201).
- Se recomienda la psicoterapia psicodinámica (223):
 - Focal en el trastorno de pánico (219).
 - Breve en la fobia social (220, 221).
 - Combinada con fármacos en el trastorno de pánico (222).
 - Combinada con fármacos en las fobias (224, 225).
- Se recomienda la psicoterapia de grupo psicodinámica (230).
- Se recomienda la psicoterapia familiar (231).

Trastornos por estrés postraumático y trastornos adaptativos

- Se recomienda psicoterapia y tratamiento farmacológico (232).
- Se recomienda la psicoterapia (233).
- Se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual:
 - Centrada en el trauma (237).
 - EMDR (desensibilización y reprocesamiento del ojo). Unos plantean claramente su efectividad (235, 238) y otros no son tan concluyentes (236).

- Está contraindicado el *debriefing* psicológico de una sesión (234). El *debriefing* como intervención preventiva ha demostrado su efectividad (239), pero su uso rutinario está fuera de lugar (240).
- Se recomienda la psicoterapia psicodinámica (243, 244).
- Se recomienda la psicoterapia de grupo psicodinámica (241, 242).
- Se recomienda el psicodrama (247).

Supervivientes de abusos en la infancia

- Se recomienda psicoterapia de más de seis meses en el caso de los hombres, y en las mujeres la duración es indiferente (250). Mejora moderada pero persistente en el tiempo (248).
- Se recomienda la psicoterapia de grupo (249).

Trastorno por déficit de atención

- Se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual con tratamiento farmacológico (251).

Trastornos de la conducta alimentaria

Anorexia (ver página 14):

- Algunas revisiones consideran que hay poca evidencia empírica (263). Otros reconocen efectividad en:
 - La psicoterapia cognitivo-conductual (262, 264, 265).
 - La psicoterapia psicodinámica (262, 264, 267); algunos trabajos son antiguos (268, 269).
 - La psicoterapia familiar (262, 264, 273-276).

Bulimia:

- Se recomienda la psicoterapia individual, preferiblemente la de grupo (277).
- Se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual (278-286).
- Se recomienda la psicoterapia psicodinámica, pero los trabajos son antiguos (287-290).
- Se recomienda la terapia de grupo que incluye asesoramiento y tratamiento dietético (291).

Trastornos de la personalidad

- Se recomiendan las psicoterapias cognitivo-conductual y psicodinámica, tanto en el clúster B como en el C (292-295).
- Se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual (296).
- Se recomienda la psicoterapia psicodinámica (297-304).
- Se recomienda la psicoterapia de grupo (304).

Trastorno límite de la personalidad

- Se recomiendan las terapias cognitivo-conductual y psicoanalítica (305-309).
- Se recomienda la terapia dialéctico-conductual de Linehan (306-308, 316-319).
- Se recomienda la psicoterapia psicodinámica (310-313):
 - Basada en la alianza terapéutica. Kernberg (310, 314, 315).

Comorbilidad

Patología dual

- Se recomiendan estrategias cognitivo-conductuales en personas en tratamiento residencial (320).
- Se recomiendan *counselling*, terapia cognitivo-conductual y antidepresivos en abusadores con depresión (321).

- Se recomienda psicoterapia psicodinámica o cognitivo-conductual en pacientes abusadores con trastorno antisocial de la personalidad y depresión comórbida (322-324).

Depresión y trastorno límite de la personalidad

- Se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual (326).
- Se recomienda la psicoterapia psicodinámica (327, 328).

Trastorno mental en la discapacidad intelectual

- Las intervenciones psicoterapéuticas se han de considerar parte del tratamiento global (331).
- Se recomiendan las intervenciones conductuales en personas con discapacidad intelectual moderada (329).
- Otros discrepan de su eficacia (330).

Trastornos por consumo de sustancias

En general:

- Se recomiendan diversas estrategias de terapia cognitivo-conductual (332-336).
- Se recomienda la psicoterapia psicodinámica interpersonal (332).

Alcohol

- Se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual (337).
- Se recomienda la psicoterapia familiar y de pareja (337).
- Se recomienda la psicoterapia psicodinámica (338).
- Se recomienda la entrevista motivacional y la intervención (*debriefing*) psicológica (339-342), aunque con reservas (343, 344).

Cocaína

- Se recomiendan estrategias cognitivo-conductuales (337).
- Se recomienda la psicoterapia psicodinámica (345, 346).

Heroína

- Se recomiendan estrategias cognitivo-conductuales (337).
- Se recomienda la psicoterapia psicodinámica en estudios antiguos (347-350).

Tabaco

Se recomiendan programas conductuales multicomponentes (351).

2.4. Indicadores de calidad y sistemas de evaluación

Las estrategias evaluativas constituyen instrumentos de garantía y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, y también de la eficiencia del gasto sanitario, mediante la mejora del proceso de asignación y distribución de recursos (Reneses y García-Solano, 1997).

Con referencia a la evaluación de una psicoterapia, Forum (2001) sugiere que se puede hacer desde tres puntos de vista: el del terapeuta, el del paciente o mediante pruebas objetivas. El terapeuta da su punto de vista clínico sobre la evolución del paciente, el paciente hace la valoración subjetiva de su grado de satisfacción en la resolución de sus conflictos y las pruebas objetivas pueden servir para medir indicadores antes de iniciar el proceso y una vez acabado.

En el documento del Instituto Pere Mata (2002), sobre un proyecto de la unidad especializada de psicoterapia, se hace un planteamiento similar y se sugieren como medidas de evaluación:

- Registros (pruebas psicológicas) que se aplicarían en la visita inicial, para evaluar de manera cuantitativa la intensidad de los síntomas, y al final del tratamiento para valorar el grado de mejoría del paciente.
- Grado de satisfacción de la persona tratada, mediante una encuesta. (En el Parc Taulí evalúan diferentes parámetros: confort, nivel de información sobre el tratamiento, eficacia del tratamiento.)
- Evaluación a los seis meses del alta:
 - Número de visitas en el CSM.
 - Número de visitas no programadas.
 - Número de ingresos.
 - Absentismo en visitas propias.
 - Impresión clínica global.
 - Alta clínica en el CSM: SÍ/NO.

En cuanto a los *medidores*, hoy día ya se ha superado el mito de que era imposible medir los resultados de la psicoterapia. Es cierto que hay escalas clásicas como HoNOS que tienen limitaciones significativas para su uso en este ámbito, ya que únicamente tienen tres ítems con suficiente variabilidad para medir el pretratamiento y el postratamiento. Otras escalas clásicas han sido utilizadas en investigaciones recientes sobre la efectividad de las psicoterapias breves (Blay y otros, 2002) como GHQ-12 (Goldberg, 1972), CIS (Goldberg y otros, 1970), HRSD (Hamilton, 1967) y TSR (Orlinsky y Howard, 1966).

Sin embargo, en los últimos años ha habido muchos avances en los métodos de medida en psicoterapia. Algunos apoyan la *evidencia basada en la práctica* para los tratamientos psicológicos, y también el paradigma complementario de la *práctica basada en la evidencia* (Margison y otros, 2000). Podemos mencionar el Compass System (Sperry y otros, 1996), desarrollado como una aproximación sistemática al cambio mediante el tratamiento y que llega a medir la alianza sesión por sesión. La CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, CORE System Group, 1998), que se ha mostrado como un instrumento válido y con una buena sensibilidad al cambio, cumpliendo de sobra las exigencias de Thornicroft y Slade (2000) para los instrumentos de medida en salud mental. Esta escala facilita la valoración de una población clínica amplia, lo cual es útil para valorar programas amplios, pero también es excelente para valorar un caso por parte del personal sanitario. Asimismo permite establecer comparaciones sobre la efectividad clínica entre diferentes modelos de psicoterapia (Evans y otros, 2002). En otros procedimientos (modelo de medida del cambio clínicamente significativo) se llega a la representación gráfica del cambio clínico (Evans y otros, 1998).

De la complejidad de medir resultados en salud mental nos da una idea el trabajo de Hermann, Leff y Lagodimos (2002), que contiene una recopilación de procesos de medida y una guía de aplicación, y proporciona todo un equipo de instrumentos y un grupo de programas y de rutinas aplicables. The National Inventory of Mental Health Quality Measures incluye más de trescientos medidores desarrollados por agencias del Gobierno americano, investigadores, clínicos, organizaciones profesionales, asociaciones de usuarios y organizaciones comerciales.

Los indicadores **de calidad** recomendados por la Comisión de Psicoterapia de los Servicios Extrahospitalarios de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Osakidetza-Bizkaia, para las psicoterapias son:

- El porcentaje de intervenciones psicoterapéuticas sobre el total de consultas.

- El porcentaje de pacientes en psicoterapia sobre el total de pacientes en tratamiento.
- El tipo y modelo de intervenciones psicoterapéuticas que se han llevado a cabo.
- La existencia de protocolos, guías de práctica clínica, que incluyan los tratamientos psicoterapéuticos.
- Los pacientes atendidos en psicoterapia según el diagnóstico.
- La evolución a lo largo de los años de las situaciones indicadas.
- El porcentaje de profesionales que realizan actividades psicoterapéuticas.
- Los criterios comunes y las definiciones de las psicoterapias realizadas.
- Las actividades de formación continuada en psicoterapia.
- Las altas médicas según objetivos terapéuticos determinados.
- Las investigaciones sobre las psicoterapias realizadas.

Respecto a la relación coste-efectividad, son muy interesantes los resultados del programa Overview, del cual se hace un resumen en el **anexo 3**. Este trabajo concluye que la psicoterapia aplicada a las personas con depresión y ansiedad tiene un «coste 0», ya que éste se compensa con la reducción de días de baja. Todavía hay pocos estudios sobre este tema y sobre todo es difícil dar a los resultados una proyección a largo plazo. Durham y otros (2005), en un estudio realizado en Escocia con personas que presentaban trastornos de ansiedad y psicosis, concluye que es necesario hacer estudios longitudinales en periodos como mínimo de dos a cinco años, investigando la importancia relativa de las características de los pacientes, la alianza terapéutica y la experiencia del psicoterapeuta para determinar la relación coste-efectividad de la psicoterapia. Kaltenthaler y otros (2006, n.º 205 en el anexo 2) señala que en su revisión solamente hay un estudio de evaluación económica y que el coste-efectividad es mejor que el tratamiento habitual en términos de años de vida ajustados por calidad. Brazier y otros (2006, n.º 306 en el anexo 2) señala que la relación coste-efectividad es mejor en la terapia conductual dialéctica, pero que existe una necesidad de investigación considerable en esta área. A unas conclusiones similares llega Binks y otros (2006, n.º 307 en el anexo 2). Burnard y otros (2002, n.º 133 en el anexo 2) señala que la psicoterapia psicodinámica tiene una buena relación coste-efectividad en el tratamiento de la depresión. Leff y otros (2000, n.º 140 en el anexo 2) no aprecia diferencia en los costes entre la psicoterapia de pareja y el tratamiento farmacológico antidepressivo. McFarlane y otros (1995, n.º 198 en el anexo 2) considera que los grupos psicoeducativos tienen una relación coste-beneficio muy alta. Pekkala y otros (2006, n.º 193 en el anexo 2) también considera de bajo coste la psicoeducación, y cree que ha de ser atractiva para los gestores. Feijo y otros (2005, n.º 137 en el anexo 2) considera que el coste se ha de tener en cuenta cuando la decisión sea entre psicoterapia y medicación. Una guía neozelandesa (2003, n.º 213 en el anexo 2) considera que la terapia cognitivo-conductual tiene una mejor relación coste-efectividad que la medicación. Hakkart-van Roijen y otros (2006, n.º 118 en el anexo 2) considera, en un estudio aleatorizado y controlado, que el coste de la psicoterapia breve, la cognitivo-conductual y el tratamiento habitual no es diferente.

En algunos casos se llega a concretar la bajada de costes. En Suecia (2005, n.º 317 en el anexo 2) han llegado a determinar que un paciente con trastorno límite de la personalidad y tratado con terapia conductual dialéctica ha bajado su coste anual de 320 coronas suecas a 210. Muchos países (ver el **anexo 4**) han valorado el coste por sesión (oscila entre 18 y 132 euros) y algunos, como Holanda, tienen fijada una contribución por parte del paciente. El número de sesiones a menudo tiene fijado un máximo.

Así pues, hay unos primeros datos que permiten valorar que la normalización de la psicoterapia en la red pública es viable, siempre que se mantenga su aplicación en las

indicaciones precisas y se cumplan con rigor todos los aspectos que se señalan de aquí en adelante. En Cataluña no hay ningún estudio relativo a la relación coste-efectividad, pero sí es posible hacer una aproximación considerando el coste que implica la aplicación de las directrices del mapa sanitario, recogidas en el punto **2.3 del capítulo 2**, dado que se corresponden con la incorporación de los profesionales necesarios. La investigación se hace muy necesaria, ya que se han de tener en cuenta los beneficios que se pueden producir (disminución de la medicación, reincorporación más rápida al trabajo, etc.).

3. El programa de psicoterapia del PDSMyA

3.1. El Plan director de salud mental y adicciones (PDSMyA) en referencia a la psicoterapia

El Plan director de salud mental y adicciones (PDSMyA) señala como una prioridad para el periodo 2005-2007 la incorporación de una cartera de servicios orientada a las necesidades de los usuarios en base territorial, incluyendo la mejora de la oferta de tratamientos psicoterapéuticos para determinadas patologías. Así, entre los objetivos estratégicos del PDSMyA, el tercero es mejorar la cartera de servicios, con la inclusión de la psicoterapia (1.5) y de acuerdo con las guías clínicas aprobadas, para atender los problemas de salud priorizados.

Objetivo operativo. Inclusión de la oferta de psicoterapia en la red pública.

Proyectos que se deben elaborar o poner en marcha:

- Crear un sistema de acreditación de los programas de psicoterapia.
- Incluir las actuaciones psicoterapéuticas en los planes funcionales de los diferentes servicios de las redes especializadas.
- Ampliar la oferta de las intervenciones psicoterapéuticas desde los centros de salud mental, principalmente para la atención a los trastornos afectivos, tentativas de suicidio, trastornos de estrés postraumático, trastornos límite de la personalidad (TLP), trastornos de la conducta alimentaria y además, en niños y jóvenes, los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y los trastornos obsesivo-compulsivos.
- Diferenciar la oferta psicoterapéutica en los centros de salud mental (CSM) como un programa suprasectorial (por cada 300.000 habitantes) de atención individual, familiar y grupal, que incluya las diferentes orientaciones de acuerdo con la evidencia científica disponible, tanto en la población infantil como en la adulta.
- Mejorar la oferta de intervenciones psicoterapéuticas en los centros de atención y seguimiento de drogodependencias (CAS) para prevenir las recaídas y mejorar la motivación y la adherencia de los pacientes a los tratamientos.

Objetivo operativo. Reorganizar los servicios actuales de acuerdo con las nuevas necesidades estratégicas.

Proyectos que se deben elaborar o poner en marcha:

- Disponer de una cartera de servicios en los CSM (de adultos e infantojuveniles), que diferencie: el programa de apoyo a la atención primaria de salud (APS), la atención especializada por patologías basada en guías clínicas, la oferta de tratamientos psicoterapéuticos y los programas de atención a las psicosis incipientes y a los TMG o TMS. A finales del año 2007 se habrá implantado en el 30% del territorio.
- Reorganizar el CAS, con intervenciones específicas por patologías y grupos de especial vulnerabilidad y actividades psicoterapéuticas. A finales del año 2007 se habrá iniciado la implantación en el 20% del territorio.

Objetivo operativo. Mejorar la formación de los profesionales de atención primaria:

Proyectos que se deben elaborar o poner en marcha:

- Entrevista psicológica.

- Contención emocional.
- Consejo terapéutico.
- Terapia familiar.
- Terapias breves o de resolución de conflictos.
- Intervenciones grupales.

Objetivo operativo. Influir en el cambio del actual sistema de formación de posgrado de los médicos (MIR) y psicólogos (PIR) en formación y de los especialistas en enfermería de salud mental.

Proyecto que se debe elaborar o poner en marcha:

- Reorientación de la formación de los especialistas en una línea más comunitaria, más promotora de hábitos de salud y preventiva, más psicoterapéutica, más rehabilitadora y con inclusión de materias relativas a las competencias culturales de los profesionales.

Indicador de factor crítico y estrategias que se deben aplicar

Se considera un factor crítico la formación insuficiente para abordar el cambio. Se proponen como estrategias:

- Consenso con las entidades proveedoras sobre el ejercicio de las competencias en este ámbito.
- Introducción de la necesidad de acreditación de las nuevas competencias.

3.2. El mapa sanitario: criterios generales de planificación para la implantación de la psicoterapia en la red pública

El mapa sanitario enfoca la planificación teniendo en cuenta tres ámbitos para la salud mental:

- Intervenciones en atención primaria de salud, con el apoyo de la especializada.
- Tratamientos especializados expertos, por programas y guías clínicas.
- Tratamientos integrales para las personas con trastornos graves de larga evolución y riesgo de discapacidad.

Las intervenciones psicoterapéuticas se deben aplicar en los tres ámbitos, pero es para el segundo (CSMA, CSMIJ y CAS) para el que se definen criterios cuantitativos proponiendo un estándar.

- CSMIJ: Aumento de la oferta psicoterapéutica (62 pacientes x 100.000 habitantes de población general por año).
- CSMA: Incremento de la oferta psicoterapéutica (120 casos x 100.000 habitantes de población general por año).

CAS: Tratamiento médico y psicológico de las drogodependencias (incremento de la atención psicoterapéutica, aumento de la intensidad).

3.3. La atención psicoterapéutica en la red de salud mental de utilización pública de Cataluña

Aunque la psicoterapia es reconocida como una técnica terapéutica del ámbito de la salud mental y constituye una prestación básica de la cartera de servicios del CatSalut, es difícil aportar una información precisa respecto a su utilización y a sus características en las

prestaciones que ofrece la red de salud mental de utilización pública de Cataluña. El estudio ESEMeD 2002, mencionado en el Plan director de salud mental y adicciones (PDSMyA), señala que mientras en el conjunto de Europa el 13,15% de las personas que había recibido atención por un trastorno mental durante el último año habían sido tratadas sólo por el psicólogo, en Cataluña esta cifra baja al 5,8%.

La información recogida por el registro del Conjunto mínimo básico de datos (CMBD) del sistema sanitario de utilización pública y en particular el de los centros de salud mental ambulatoria, muestra un carácter cuantitativo que presenta algunas imprecisiones. Es con estas excepciones que aportaremos una primera aproximación mediante los datos disponibles del periodo comprendido entre el 1998 y el 2002 de los centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) y de los centros de salud mental de adultos (CSMA). Con esta finalidad se utilizarán las variables descritas en el CMBD como tratamiento individual, grupal y familiar.

En la tabla 1 se observa que hay una gran diferencia entre la proporción de tratamientos psicoterapéuticos de adultos y de infantil y juvenil, y que estas diferencias son sensiblemente similares los últimos cinco años (1998-2002). Podemos avanzar como elementos explicativos de esta diferencia algunos factores como la presión asistencial diferente, la presencia de los tratamientos farmacológicos como primera indicación o la formación y orientación teórica y técnica desiguales entre los profesionales de las dos redes.

Tabla 1. Actividad de tratamientos de psicoterapia en los CSMA y CSMIJ

Año		Actividad total	Tratamientos de psicoterapia	%
1998	CSMA	544.219	120.975	22,22
	CSMIJ	139.011	71.960	51,76
1999	CSMA	582.728	119.011	20,42
	CSMIJ	179.992	84.060	46,70
2000	CSMA	609.762	105.650	17,32
	CSMIJ	181.994	84.903	46,65
2001	CSMA	664.633	116.698	17,55
	CSMIJ	193.913	89.522	46,16
2002	CSMA	738.773	156.179	21,14
	CSMIJ	212.308	96.605	45,50
Total	CSMA	3.140.115	618.513	19,69
	CSMIJ	907.218	427.050	47,07

Fuente: Registro CMBD

Durante el año 2002 se ha atendido a 46.535 personas más que en 1998 en el conjunto de centros de salud mental; asimismo, el número de primeras visitas se ha incrementado en 13.324 y el número de visitas sucesivas en 254.572. A pesar de este incremento, el porcentaje de las psicoterapias en conjunto (individuales, grupales y familiares) es el mismo: 28,24% el 1998 y 28,16% en el 2002, tras algunos años de disminución progresiva.

Respecto a la distribución territorial se observa que, en general, hay una gran irregularidad en la aplicación de la psicoterapia (tablas 2 y 3). También es extrema la diferencia entre los tratamientos individuales, de grupo y de familia. Los datos hacen referencia al año 2000.

Se continúa observando la diferencia entre la red infantil y juvenil y la de adultos, pero además se observa que hay márgenes de diferencia muy amplios.

Tabla 2. Actividad de los CSMIJ, 2000

	Total visitas	% individual	% de grupo	% familiar	% total psicot.
Lleida	17.619	12,0	23,8	15,1	50,9
Tarragona y Tortosa	14.716	60,9	4,8	3,83	69,5
Girona	6.930	14,3	51,4	2,8	68,4
Costa de Ponent	40.650	14,0	7,2	19,7	40,9
BCN Nord y Maresme	18.067	23,3	0,8	19,3	46,4
Centre	37.981	13,6	8,1	6,1	27,8
Consorcio S Barcelona	46.031	33,3	7,9	14,0	55,2
Total	181,994	23,6	10,0	13,0	46,6

Fuente: Registro CMBD

Tabla 3. Actividad de los CSMA, 2000

	Total visitas	% individual	% de grupo	% familiar	% total psicot.
Lleida	11.961	16,3	11,6	0,6	28,5
Tarragona y Tortosa	54.465	6,1	1,5	0,6	8,2
Tortosa	12.058	5,5	5,1	1,7	12,3
Girona	42.006	12,0	6,0	1,0	19,0
Costa de Ponent	117.663	10,4	3,2	2,1	15,7
BCN Nord y Maresme	68.504	15,5	5,2	1,3	22,0
Centre	131.099	8,0	2,5	1,5	12,0
Consorcio S Barcelona	172.006	14,4	5,2	3,1	22,7
Total	609.762	11,3	4,1	1,9	17,3

Fuente: Registro CMBD

En relación con todas estas cifras se ha de decir que su cantidad, evolución y pertinencia no corresponden totalmente a psicoterapias regladas, dado que en este momento no existen unos criterios unificados. No obstante, estos datos tienen un valor orientativo importante por lo que respecta al estilo de intervención y a la formación de los profesionales.

Tabla 4. Personas tratadas con cualquier tratamiento y personas tratadas con psicoterapia, 2002

	Infantil	Adultos	Totales
Personas tratadas (cualquier tratamiento)	31.087	139.473	170.560
Media por CSM	758	2.051	
Personas tratadas (psicoterapia)	5.579	4.147	9.726
Mediana por CSM	136	61	
Modalidad de psicoterapia (n.º de Individual)	1.074	1.625	2.699

casos)	Grupo	660	1.097	1.757
	Familia	3.845	1.425	5.270

Fuente: Registro CMBD, 2002

En la tabla 4 hemos intentado depurar estas cifras. Al cruzar la actividad de psicoterapia, en cualquiera de sus formas, con las personas tratadas con psicoterapia, hemos encontrado muchos casos en los que, por el número de intervenciones, no se podía considerar que la intervención estuviese bien definida. Por eso hemos incluido únicamente a las personas con 10 o más intervenciones al año que puedan justificar una psicoterapia de *flash*, breve o de larga duración. Como se observa, la situación en adultos es mucho más precaria que en infantil, lo cual es fácil de entender viendo el total de casos tratados.

Fòrum Salut Mental realizó en el año 2000 un estudio sobre indicaciones y realización de tratamientos psicoterapéuticos en siete CSMA y cinco CSMIJ, según el cual de los 4.123 primeros casos de adultos habría estado indicado iniciar un proceso psicoterapéutico en el 47%, pero sólo se pudo hacer en el 13% del total por falta de disponibilidad de profesionales en el servicio. En el grupo de niños y adolescentes, de los 2.848 primeros casos, el 50% recibió una indicación de psicoterapia, pero sólo el 16% la pudo recibir. Así pues, según este estudio, el 34% de los primeros casos de niños, adolescentes o adultos no está recibiendo en la actualidad el tratamiento adecuado por falta de recursos profesionales.

3.4. La atención psicoterapéutica en otros países

Existen tanto diferencias como similitudes entre países, tal y como puede verse en el anexo 5, a partir de lo recogido por Stefan Priebe (2006), con datos de Reino Unido, Australia, Canadá, Francia, Alemania, Italia, Holanda, Rusia, España y Suiza.

3.5. Ámbitos de aplicación de la psicoterapia

Todos los dispositivos de la red han de poder llevar a término los procedimientos psicoterapéuticos necesarios para al tratamiento de la población atendida en función de las características clínicas de los pacientes y del tipo de dispositivo.

Podemos distinguir seis grupos de trastornos, en función de sus niveles de gravedad clínica, en los cuales la psicoterapia estaría recomendada:

Grupo 1. Trastornos que se resuelven en poco tiempo: trastornos adaptativos y reacciones emocionales ante situaciones estresantes crónicas, de carácter leve. Dispositivos responsables: **atención primaria**.³

Grupo 2. Trastornos psicósomáticos, depresivos menos graves o reactivos, distímicos, de duelo patológico, de ansiedad, de la conducta alimentaria o por abuso

³ En la atención primaria, de manera inicial, las intervenciones psicoterapéuticas descansan en el equipo de apoyo presencial que los centros de salud mental (de adultos e infantojuveniles) desplazarán a partir de los planteamientos del Plan director de salud mental y adicciones. Con el tiempo, en atención primaria han de haber profesionales formados y entrenados específicamente en tratamientos psicoterapéuticos, realizados con la supervisión de psicoterapeutas acreditados.

o dependencia de sustancias tóxicas. Dispositivos responsables (según la gravedad o complejidad del caso): **atención primaria o servicios de salud mental especializados** (CSM,⁴ CAS, UHA, URPI, HD).

Grupo 3. Trastornos reactivos graves (p. ej., trastorno por estrés postraumático). Todos los trastornos específicos de la infancia y adolescencia, incluido el trastorno de conducta. Trastornos relacionados con el deterioro cognitivo y algunos trastornos neurológicos. Dispositivos responsables: **servicios especializados** (CSM, CSMIJ, HD).

Grupo 4. Trastornos psicóticos, incluyendo psicosis incipientes, con intervención familiar obligada. Dispositivos responsables: **equipos especializados en intervención precoz en las psicosis y programas TMG/TMS (CSM). Unidades de hospitalización de agudos, de subagudos y hospitales de día.**

Grupo 5. Patologías complejas, no psicóticas, de larga evolución, incluidas o no en el grupo de trastornos mentales graves.⁵ Dispositivos responsables: **servicios especializados (CSM, Programa TMS de los CSM, CAS, servicios penitenciarios).**

Grupo 6. Trastornos psiquiátricos asociados a patologías médicas. Dispositivos responsables: **equipos de enlace.**

3.6. Modelo de aplicación en la red de salud mental de utilización pública

El grupo de trabajo considera que la psicoterapia como una técnica específica incluida en la cartera de servicios ha de tener un espacio propio en el seno de la totalidad de dispositivos de la red de salud mental. Por esta razón, cada uno de los dispositivos debe disponer de aquellas modalidades psicoterapéuticas necesarias en función de las características de la población atendida y de las condiciones institucionales de la asistencia. Hook (2001) plantea las ventajas del papel de la psicoterapia en un servicio moderno de psiquiatría general y señala las ventajas de una comprensión psicodinámica:

- El desarrollo profesional y personal.
- El incremento de la satisfacción en el trabajo.
- La efectividad de la utilización de equipos dinámicos.
- La minimización de los procesos defensivos en los individuos, los equipos y la institución.
- El tratamiento efectivo y holístico de las personas.

Los equipos han de tener una capacidad psicoterapéutica global, pero es imposible que todos hagan de todo. Por esta razón debe haber soluciones de tipo suprasectorial, bajo la

⁴ Tanto de adultos como infantiles y juveniles.

⁵ Depresión mayor recurrente, trastornos bipolares, agorafobia con crisis de angustia, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de personalidad (en especial el trastorno límite de la personalidad), y patología dual.

forma de programas o de centros especializados. Probablemente se deben encontrar diferentes soluciones según las aportaciones de los diferentes territorios.

3.7. Psicoterapia en los centros comunitarios: CSM, CAS y SESM-DI

Los CSM infantil y juvenil, y de adultos, los CAS y los SESMDI, como primer escalón especializado de la red de salud mental, deben tener incorporadas diferentes modalidades psicoterapéuticas en su cartera de servicios.

Todos los CSM se tienen que organizar y estructurar para poder desarrollar las técnicas psicoterapéuticas consideradas más eficaces y que se incluyen en *los dos tipos de programas de psicoterapia* a los que se hace referencia más adelante.

De esta manera y desde un punto de vista cuantitativo, se deberá considerar un porcentaje definido de las intervenciones psicoterapéuticas en la actividad asistencial que lleve a cabo cada CSM.

De la misma manera, los equipos del CAS y de los SESM-DI deben poder proporcionar los tipos de psicoterapia adecuados a las características especiales de las poblaciones que tratan, personas consumidores de tóxicos en un caso y personas con discapacidad intelectual en el otro.

En la relación terapéutica, las dos personas que intervienen están a la vez relacionadas con otros en una estructura grupal: el enfermo con su familia y el terapeuta con el equipo. Por eso la psicoterapia debe estar muy bien encajada: con las otras intervenciones que se hacen, con los otros miembros del equipo o con los otros elementos del grupo familiar. Se ha de tener en cuenta esta cuestión que tiene que ver con el lugar, el papel y el enlace de la psicoterapia en el proyecto terapéutico individualizado del enfermo.

3.8. Psicoterapia en la hospitalización

Según el tipo de hospitalización (breve, media o larga) y en sus diferentes dispositivos (unidades de agudos, subagudos, comunidad terapéutica, y media y larga estancia), las técnicas de psicoterapia tienen su aplicación específica. El tiempo de permanencia de la persona en la unidad hospitalaria excluirá a veces técnicas que no se podrán ajustar adecuadamente. Es evidente que las psicoterapias de grupo y las de familia tienen un campo de aplicación muy grande y contribuirán eficazmente al tratamiento y la rehabilitación. Donde su realización puede parecer más dificultosa son las unidades de agudos. Justamente es en estas unidades donde los profesionales reciben más presión para resolver las crisis en un espacio de tiempo breve y han de recurrir a la utilización de los psicofármacos, donde los aspectos técnicos de la psicoterapia se deben mantener en todas las entrevistas a los pacientes. Es un momento idóneo para la utilización de técnicas de grupo, orientadas fundamentalmente a trabajar la conciencia de enfermedad, mediante grupos de acogida y otros que utilicen objetos intermediarios.

En las unidades de subagudos y en algunos espacios de larga estancia, tanto de adolescentes como de adultos, hay más oportunidades para los tratamientos

pluridisciplinarios y combinados y se incrementa la utilización de técnicas psicoterapéuticas de diversas modalidades.

3.9. Psicoterapia en el hospital de día

Los planteamientos psicoterapéuticos aplicados a la globalidad del centro y al conjunto de las actividades terapéuticas y de rehabilitación están dando buenos resultados en los lugares en que se aplican, y se tienen buenas experiencias en Cataluña tanto en niños y adolescentes como en adultos.

Hoy el hospital de día es una alternativa a la hospitalización completa y es fundamental que, en el tratamiento de episodios agudos, situaciones complejas de crisis psicosociales, crisis de adolescentes y algunos trastornos graves en los que no conviene hacer una desinserción del medio, se utilicen todas las posibilidades que proporciona la psicoterapia, tanto individual como grupal y familiar. En muchos casos, los programas de hospitalización parcial representan modalidades ambulatorias de tratamientos intensivos de tipo combinado: farmacológico, psicosocial y psicoterapéutico, este último también con múltiples modalidades, individual, familiar, institucional y de grupo.

3.10. Psicoterapia en el servicio de rehabilitación. Centro de día

Estos centros enfocados actualmente como verdaderos espacios de rehabilitación psicosocial deben disponer de un equipo altamente preparado para la utilización de las diferentes psicoterapias y técnicas de grupo. Como en el caso anterior, también es un lugar idóneo para los tratamientos de familia en sus diferentes modalidades técnicas.

Considerando el conjunto de la red de salud mental, sabemos que una parte importante de su actividad se dirige a pacientes caracterizados por padecer un trastorno mental grave y procesos de larga evolución. Por esta razón, todos los dispositivos implicados en la atención a estas poblaciones (sean centros de salud mental, de hospitalización o servicios de rehabilitación) pueden encontrar en la psicoterapia de grupo una herramienta especialmente idónea generadora de múltiples factores terapéuticos. Como señala Ingelmo (1997), las psicoterapias de grupo pueden facilitar los desarrollos siguientes en las personas que participan:

- Aceptación (pertenencia a un grupo y valoración por parte de los otros).
- Universalidad (descubre que no es el único que tiene problemas).
- Altruismo (descubre que puede ayudar).
- Inculcación de esperanza (sentimiento de optimismo sobre las posibilidades del grupo).
- Orientación (recepción de información útil).
- Aprendizaje vicario (beneficio de la experiencia de los otros).
- Autocomprensión (gracias al *feedback* de los otros y a las intervenciones del terapeuta).
- Aprendizaje en la interacción personal (aprende de sus intentos en el grupo).
- Autorrevelación (al explicar sus cosas se *quita un peso de encima*).
- Catarsis (alejamiento al manifestar sentimientos intensos).

3.11. El programa de psicoterapia en los centros de salud mental

Como ya se ha señalado anteriormente, el grupo de trabajo considera que los CSM han de incluir los tratamientos psicoterapéuticos de una manera estructurada y organizada, partiendo de criterios y procedimientos protocolizados de indicación y priorización de las intervenciones. Se han de tener en cuenta los siguientes aspectos generales:

- Los CSM deben facilitar la asistencia psicoterapéutica requerida en función de las necesidades de la población atendida, de la cartera de servicios y de las indicaciones terapéuticas.
- Los CSM deben estar dotados de los recursos necesarios para la realización de tratamientos psicoterapéuticos, bien con profesionales acreditados para tratar psicoterapéuticamente y que se dediquen exclusivamente a esta modalidad terapéutica, o bien con la participación de otros profesionales también acreditados pero que realicen además otras modalidades de intervención.⁶
- También hemos de considerar la existencia de pacientes que piden ser tratados de una determinada manera, y exigen una técnica concreta o una determinada frecuencia de las sesiones. Puede ser difícil, por no decir imposible, que cada CSM disponga como mínimo de las técnicas consideradas en general como las más frecuentes. A pesar de ello, sin tener en cuenta las diferencias técnicas, todos los CSM deben disponer de profesionales preparados para hacer intervenciones psicoterapéuticas individuales, de grupo y de familia.

Por otro lado, la presencia del trabajo psicoterapéutico en los CSM y la inclusión de profesionales acreditados para la psicoterapia en los equipos interprofesionales enriquece su funcionamiento y contribuye al acceso a un pensamiento y una función psicoterapéuticos de los colectivos asistenciales.

3.12. Criterios de indicación y priorización de la psicoterapia

Atendida la realidad que, como mínimo durante un primer periodo, no habrá posibilidad de aplicar técnicas de psicoterapia a todas las personas para las cuales estaría indicada, se propone seguir dos pasos: el primero la determinación de la indicación del tratamiento psicoterapéutico y posteriormente la priorización de la intervención en los pacientes que presenten situaciones de crisis vitales y psicopatológicas, tanto en niños y adolescentes como en adultos.

⁶ Hay dos posibilidades para la realización de la psicoterapia en los CSM: profesionales que se dediquen exclusivamente o un modelo más extensivo en el que todos los profesionales acreditados para hacer psicoterapia comparten ésta con otros tipos de intervenciones. La Comisión de Expertos de Psicoterapia de la Comunidad de Madrid (2002) considera necesario contratar profesionales (psiquiatras y psicólogos) de la red pública con formación acreditada en psicoterapia.

El modelo asistencial que siguen los CSM posibilita una evaluación diagnóstica estructural de carácter multiaxial, contextualizado y pluridisciplinario (véase el **anexo 5**) y cualquier indicación psicoterapéutica se debe enmarcar en un proyecto terapéutico global e individualizado. Por esta razón la indicación de tratamiento psicoterapéutico tiene que quedar incluida dentro del proyecto terapéutico individualizado (PTI).

El informe *Psicoterapia en la institución pública* (Girona, 1999) recomienda tener en cuenta los aspectos siguientes para la indicación y priorización de los tratamientos psicoterapéuticos:

- El tiempo disponible.
- Que se pueda beneficiar el número de usuarios más elevado posible.
- Las patologías más graves, de más prevalencia y que presenten un riesgo evolutivo o de cronificación.
- Complicaciones de las crisis vitales.
- Tendencia al pragmatismo y a la integración de los diferentes modelos.
- Realización de intervenciones compartidas (farmacología y sociales), coordinadas y planificadas.

Los **criterios**, de una manera amplia y general, para decidir un tratamiento psicoterapéutico son los siguientes:

1. Un primer criterio de tipo sanitario/asistencial: según los conocimientos actuales algunas personas con trastornos mentales necesitan psicoterapia y, de hecho, muchos otros se pueden beneficiar de alguna técnica concreta. Igualmente está demostrada la eficacia de algunas técnicas para trastornos específicos.
2. Criterios de contexto
 - a) Criterio epidemiológico. En la práctica implica estudiar las poblaciones de riesgo de cada territorio y elaborar la cartera de psicoterapias.
 - b) Criterio de efectividad sobre la base de la evidencia científica disponible.
 - c) Criterio preventivo. Prevención primaria y secundaria en la infancia (p. ej.: niños con trastornos del espectro autista). En adultos: prevención secundaria (p. ej.: intervenciones en crisis y episodios agudos) y prevención terciaria (p. ej.: intervenciones ante el peligro de cronificación).
 - d) Situación de crisis psicosocial.
 - e) Grado de repercusión de la patología en algunas personas que cuidan de un familiar o que trabajan en servicios públicos.
 - f) Riesgo evitable de incremento inadecuado del consumo de servicios.

3. Criterio de primera elección: que sea la técnica terapéutica principal para el tratamiento del caso.
4. Criterio nosológico: con un planteamiento muy abierto y en el que también se tenga en cuenta la situación clínica del enfermo (situaciones de crisis, episodios agudos y prevención de la cronificación). En atención infantil, también se debe hablar de momentos evolutivos sensibles, momentos de transición. Este criterio nosológico no puede ser rígido. Podemos decir de una manera indicativa, pero no limitadora, que para los próximos años los trastornos en los que la psicoterapia está más indicada son los de ansiedad, depresión, somatización, duelo patológico y adaptación de la personalidad (en riesgo de cronificación), y en los de aparición precoz (en los niños).
5. Criterio de realidad
 - a) Aunque hemos dicho que la psicoterapia es un tratamiento que está indicado en todos los trastornos mentales, se deben tener en cuenta la realidad y los medios terapéuticos de que disponemos.
 - b) Es conveniente establecer unos porcentajes de casos tratados con psicoterapia. Diatkine, refiriéndose a la atención infantil, publicó hace ya unos cuantos años que el 12% de los niños tratados requieren psicoterapia. El grupo establece como una estimación general y para este momento que el 20% de las personas atendidas (prevalencia asistida) deben ser tratadas con psicoterapia (esta situación está ligada al punto 7.3).

Tabla 5. Criterios de indicación de psicoterapia

1. Criterio de seguridad y eficacia.
2. Disponer del profesional cualificado para el tipo de psicoterapia indicado.
3. Que presente uno de los diagnósticos siguientes (CIE-10):

Adultos	Niños y adolescentes
<ol style="list-style-type: none"> 1. Esquizofrenia: F20 2. Otros trastornos mentales graves (TMS): F33, F30.x, F31.x, F31.6, F22.0, F40.01, F42.8, F60.31, F60.1 3. Personas con ansiedad: F41.0, F41.1 4. Personas con distimia: F34.1 5. Personas con depresiones menos graves o reactivas: F32.0, F32.1, F33.0, F33.1, F43.20, F43.21 6. Trastornos psicósomáticos: F45 7. Duelo patológico: Z63.4 8. Trastornos de adaptación: F43.xx 9. Trastornos del comportamiento alimentario: F50.x 10. Otros trastornos de personalidad (F60.xx) con riesgo de cronificación 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los incluidos en el grupo TMG: F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F83, F20, F30, F31, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3, F22.0, F60.31, F60.2, F91 2. Trastornos afectivos: F30.2, F31, F32.3, F33.3 3. Trastornos de ansiedad: F41.0, F41.1 4. Trastornos adaptativos: F43.xx 5. Trastornos de estrés postraumático: F43.1 6. Trastornos del comportamiento alimentario: F50.x

4. Que el usuario (o en su caso la familia)
 - a) Tenga disponibilidad material.
 - b) Manifieste tener motivo de consulta, con un malestar sentido como propio.
 - c) Muestre disposición y capacidad para darse cuenta de sus sentimientos y sus relaciones personales.
 - d) Tenga aspectos conservados de la personalidad.

6. Criterio del usuario

- a) Disponibilidad material (por lo que respecta a horarios y medios de desplazamiento y aceptación de la implicación personal que le plantea la psicoterapia).
- b) La persona (los padres, en el caso de los niños) o la familia han de tener un motivo de consulta sentido como propio y reconocer que padecen un sufrimiento o malestar.
- c) Valoración de su disposición y capacidad para darse cuenta y reflexionar acerca de los propios sentimientos y de las relaciones personales que les resulten conflictivas.⁷

7. Criterio del equipo asistencial: cuando el paciente reúne los requisitos para comenzar el proceso terapéutico, el equipo asistencial debe iniciarlo. En la designación del terapeuta se deben tener en cuenta factores técnicos, como la adecuación de la formación de éste a las necesidades de la psicoterapia recomendada para el paciente. A partir de ahí, el terapeuta tendrá que calibrar las condiciones para el correcto desarrollo del proyecto y su adecuación o no adecuación para ello.

Tomando en consideración el requisito de que las indicaciones sean claras y la necesidad de priorizar —dado que la psicoterapia es un tratamiento que no se puede aplicar de una manera general y tampoco arbitraria por parte de los terapeutas o de los equipos— planteamos la utilización, de manera experimental, de la tabla 6 y el algoritmo siguiente.

Tabla 6. Criterios de priorización

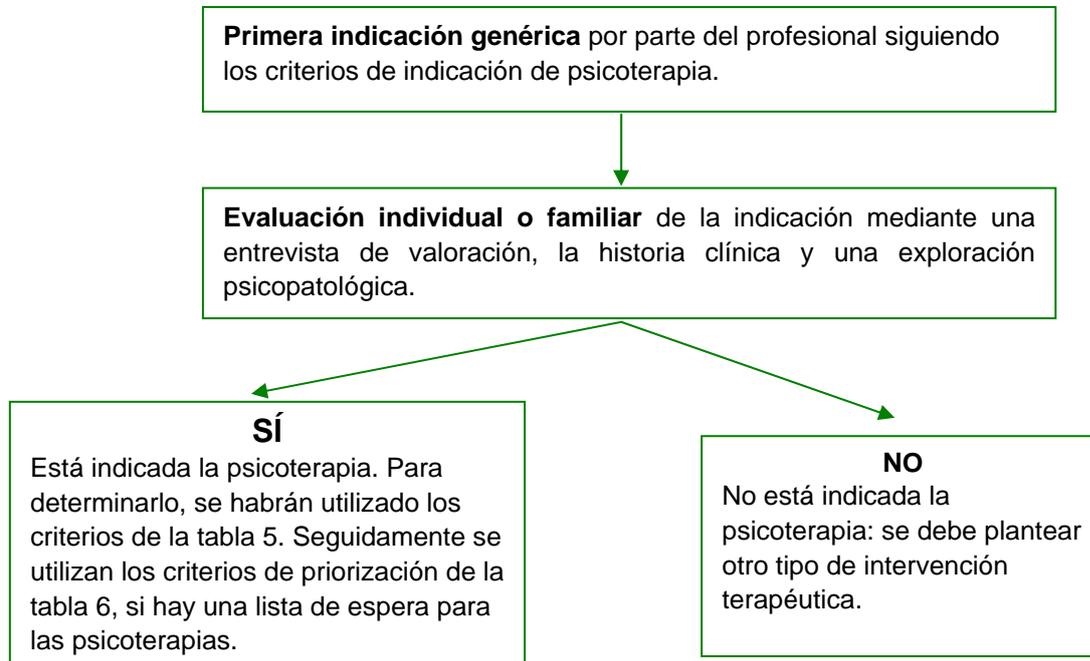
En la priorización de la lista de espera se debe seguir el orden del concepto más aplicable a cada persona y la concurrencia de diversos factores:

1. Que sea considerada la técnica terapéutica principal para el tratamiento del caso.
2. Situación clínica del paciente:

Adultos	Niños y adolescentes
a) Situaciones de crisis.	a) Situaciones de crisis.
b) Episodios agudos.	b) Episodios agudos.
c) Prevención de la cronificación.	c) Momentos evolutivos sensibles.
	d) Momentos de transición.
3. Situación de crisis psicosocial.
4. Población de riesgo del territorio.
5. Grado de repercusión de la patología en personas que cuidan familiares o que trabajan en servicios públicos.
6. Peligro de incremento del consumo de servicio.

⁷ Características psicodinámicas de los pacientes (Fundación Sant Pere Claver, 2003). Criterios de inclusión: 1) Motivación: deseo de tratarse. 2) Capacidad de observación de los conflictos emocionales. 3) Reconocimiento del conflicto como propio. 4) Flexibilidad de las defensas, no cronificación. 5) Egodistonia de los conflictos y los síntomas. 6) Funciones yoicas suficientemente conservadas.

Procedimiento de indicación y priorización



3.13. Cartera básica de servicios psicoterapéuticos

Un principio básico del PDSMyA es el principio de equidad. Los formatos, las técnicas y las orientaciones de psicoterapia son hoy muy variados, por lo que es absolutamente imposible cubrirlo todo desde la asistencia pública. Además, en este momento, no todas las técnicas tienen el mismo nivel de evidencia. Por eso se plantea una cartera de psicoterapia, fundamentada en las técnicas de evidencia más probadas, que cubra los mínimos siguientes:

- Técnicas: terapias cognitivo-conductuales, psicoterapias de orientación psicodinámica y terapias sistémicas.
- Formato:
 - Psicoterapia individual: psicoterapia de *flash*, breve y psicoterapia focal.
 - Psicoterapia de grupo.
 - Psicoterapia familiar.
 - Psicoterapia de pareja.

3.14. Recursos y objetivos que deben cumplir los CSM

En primer lugar, hay que decir que en la red de salud mental y adicciones ya se hace psicoterapia. En el estudio precedente (páginas 22-24), realizado en el año 2003, la actividad de psicoterapia declarada y depurada informáticamente, en el conjunto de las

intervenciones, era del 19,69% en adultos y del 47,07% en infantil y juvenil. Actualmente la aplicación de psicoterapia se realiza según la cantidad especificada en el mapa sanitario. La actividad mencionada se dirigía al 3% de la población atendida en adultos y al 18% en infantil y juvenil.

Con la finalidad de favorecer la accesibilidad de las técnicas psicoterapéuticas en la asistencia pública, se han realizado diversos cálculos con los recursos previstos y se ha concluido lo siguiente:

1. En adultos el incremento previsto es de 60 horas semanales (un psicólogo y 20 horas de psiquiatra) para un módulo de 100.000 habitantes (población ajustada: 81.500). Contando con una dedicación del 75% a la asistencia, se deduce de los diferentes cálculos realizados que se puede atender con psicoterapia al 6% de la población atendida (20% de las primeras), que sumado al 3% inicial representa un 9%.
2. En la atención infantil y juvenil el incremento previsto para un módulo de 100.000 habitantes (18.500 de población ajustada) es de 40 horas semanales, cosa que permite atender con psicoterapia el 16% (40% de las primeras), que sumado al 18% inicial representa un 34%.⁸

En ambos casos, en el cálculo se han previsto intervenciones de psicoterapia individual, fundamentalmente breve, psicoterapia de grupo y psicoterapia familiar.

En la estrategia de ejecución del plan director, en el apartado de la atención ambulatoria especializada se distinguen tres módulos diferenciados: apoyo de la atención primaria, psicosis incipientes y TMS, y atención general especializada. El módulo de psicoterapia está dirigido a la atención general y, por tanto, no se incluyen las psicoterapias de los TMG y de los programas de las psicosis incipientes, que ya se consideran incluidas en sus programas de intervención global. Así pues, las cifras indicadas se incrementarán con las psicoterapias específicas de estos ámbitos.

Se deben tener en cuenta las necesidades de otros centros de la red de salud mental.⁹

3.15. Acreditación

Este tema se trata de forma más extensa en el capítulo específico (**página 34**), pero por lo que respecta a los CSM se deben cumplir los requisitos siguientes:

⁸ Para estos cálculos se ha considerado una población adulta de 5.573.195 y una población infantil y juvenil de 1.346.872. Personas atendidas: 138.586 adultos y 32.599 niños y adolescentes en el año (CMBD, 2004). Número de las primeras visitas: 46.761 de adultos y 14.820 de infantil y juvenil (CMBD, 2004). Respecto al tiempo trabajado por los profesionales, aunque hay pequeñas diferencias según el lugar, se ha hecho la estimación de 1.700 horas anuales.

⁹ Con referencia a la mejora de recursos en otros centros, hay que señalar que:

- En los **centros de hospitalización** aparece claramente la necesidad de reforzar las unidades de media y larga estancia dadas las carencias actuales. En su reconversión será necesario contar con los requerimientos precisos de la psicoterapia.
- Sin duda, los **centros de día** también necesitarán un ajuste, aunque a día de hoy casi todos tienen como mínimo diferentes grupos de psicoterapia.

- Disponer de psicoterapeutas formados.
- Cubrir el 20% de la población atendida.
- Cubrir los tiempos señalados por el programa de psicoterapia en función del número de habitantes del sector asignado.
- Disponer de la cartera mínima de psicoterapias.
- Disponer de los protocolos de indicación y priorización.
- Disponer de protocolos de cada una de las psicoterapias incluidas en la cartera.

Participación de los profesionales en un programa de formación continuada protocolizado, en el que conste específicamente la supervisión individual o el análisis grupal.

3.16. Protocolos de indicación de psicoterapia y procedimientos

Todos los CSM que tengan la psicoterapia en su cartera de servicios deberán disponer de protocolos para cada tipo, que incluyan los sistemas de evaluación y decisión utilizados, y también el contexto, la duración, la frecuencia, etc. (en los **anexos 6 y 7** hay unos ejemplos). Exponemos en la tabla 7 una propuesta de protocolo básico común.

Se puede observar en dicho protocolo que dentro de las exploraciones complementarias incluimos el psicodiagnóstico. Este apartado no es exclusivo de la psicoterapia, aunque ocupe dentro de ella un momento determinado. Se debe prever la necesidad de incluir en el desarrollo de la cartera de servicios de los centros una sección específica de *exploraciones complementarias de evaluación psicológica (psicometría)* (Gronnerod, 2004). También se requiere una determinada organización y estructuración de las funciones del equipo asistencial para hacerlas en las condiciones adecuadas. La presión asistencial puede acabar ahogando las condiciones adecuadas para su realización.

Protocolo básico

Este protocolo básico se debe considerar como una orientación de procedimientos, a partir de la cual elaborar de manera específica los protocolos de cada modelo teórico clínico de psicoterapia.

<p>Evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Primera visita</i> ○ <i>Visitas complementarias (2-3)</i> 	<p>Acogida, anamnesis y exploración psicopatológica básica.</p> <p>Completar la recepción de los problemas del paciente o de la familia durante el tiempo suficiente para llegar a comprender la estructura y las diferentes necesidades de intervención.</p>
<p>Exploraciones complementarias necesarias</p>	<p>Tests, escalas, entrevistas semiestructuradas, etc.</p>

Evaluación en grupo y toma de decisiones	Evaluación diagnóstica estructural y pluridisciplinaria. Evaluación de las partes sanas del paciente. Discusión y elección de los tratamientos que se deben utilizar. En función de ello, se escoge el tipo y la variante de psicoterapia dentro de las que dispone el servicio, teniendo en cuenta todos los criterios de indicación y priorización.
Entrevista de contacto	Información al paciente, con una primera devolución basada en su discurso, con lo que nos parece que tiene que trabajar. Definir la duración total (ajustada o aproximada) del tratamiento, y también el lugar y la frecuencia y duración de las sesiones.
Sesiones que conforman el proceso terapéutico	Siguiendo las pautas de cada técnica y la duración (breve o media).
Grupo de supervisión	Seguimiento de las sesiones por parte del equipo terapéutico, preferiblemente con un profesional externo. También es posible la supervisión individual.
Seguimiento	Al principio puede ser semestral y posteriormente anual. La duración de este seguimiento dependerá de la gravedad de la patología y de su evolución.
Alta	Criterios de alta y derivación dentro del mismo centro de salud mental o hacia el centro de asistencia primaria.

3.16.1. Procedimientos

Lógicamente cada técnica tiene sus modos de hacer, por ello en la elaboración de la cartera de psicoterapias cada centro, desde su orientación y experiencia, ha de tener definidos unos procedimientos. Sin embargo, hay unos aspectos básicos que todos deben cumplir.

- **El contrato psicoterapéutico en la red pública.** Es necesario establecer un contrato verbal en el que se explique al paciente la definición de la relación psicoterapéutica, se haga una descripción explícita del método y se detallen los compromisos asumidos por las partes. En una atención que es pública, eso facilita la claridad del proceso que se va a llevar a cabo.
- Dentro de este contrato se debe informar de las características del programa de psicoterapia, de la técnica que se aplicará y se deben definir los objetivos y la duración del tratamiento, tanto por lo que respecta al número de sesiones como al tiempo que se dedicará a cada una de las sesiones. También hay que informar sobre los compromisos del profesional y de la persona tratada. Se debe tender a que esta información se proporcione por escrito y a que el paciente valore si da o no su **consentimiento informado** de manera autónoma.

- Las **pautas técnicas de la intervención** (*setting*) en la asistencia pública están muy relacionadas con las condiciones de trabajo, con el lugar del tratamiento y con la actitud del terapeuta (Sastre, Laudo, Mauri, Raventós y Tió, 1996). El terapeuta debe ser escuchado por lo que respecta al diseño para que la terapia no sufra perturbaciones y es el responsable de su mantenimiento para que en un espacio seguro y flexible tenga lugar una escucha empática, con neutralidad y sin actuación por parte del terapeuta.

La **política de altas** debe estar bien definida y se tiene que evitar la retención innecesaria de cierto tipo de patologías. En general, ha de ser un objetivo conseguir que algunas personas resuelvan sus problemas de dependencia asistencial y en ocasiones puede ayudar a conseguirlo una psicoterapia de corta duración. Una psicoterapia bien aplicada tiende a favorecer la autonomía de los pacientes.

3.17. Las intervenciones de psicoterapia y el CMBD

Según lo que hemos visto, la psicoterapia es un proceso en el que se producen una serie de intervenciones, la mayoría de las cuales —por no decir la totalidad— se tienen que valorar dentro de los capítulos dedicados en el CMBD (versión 2003) a la psicoterapia, y que ahora recordamos:

1. Psicoterapia individual (variable PI). Recoge el número de veces que el paciente ha contactado con los psiquiatras o psicólogos del centro de salud mental para recibir tratamiento individual mediante cualquiera de las técnicas psicoterapéuticas.
2. Psicoterapia grupal (variable PG). Recoge el número de veces que el paciente ha contactado con los psiquiatras, psicólogos y otros miembros del equipo del CSM para recibir tratamiento en un grupo de pacientes mediante cualquier tipo de psicoterapia o técnicas de grupo.
3. Tratamiento familiar (variable TF). Recoge el número de veces que el núcleo familiar del paciente (con o sin él) ha contactado con el CSM.

Son intervenciones de psicoterapia para el registro del CMBD (variables PI, PG, TF)

- Las entrevistas de evaluación (muchas veces más de una), a excepción de la primera visita, que sirve para registrar los nuevos casos. Estas entrevistas de evaluación son válidas, incluso en los casos en que no se considere indicado el tratamiento o en los casos que pasen a lista de espera.
- Las entrevistas de psicodiagnóstico, cuando ello es necesario para determinar la indicación o no de psicoterapia.
- La entrevista en que se formaliza el contrato terapéutico con el enfermo.
- Cada una de las sesiones acordadas.
- Las visitas de seguimiento y catamnésicas, incluso las muy alejadas en el tiempo del cuerpo del tratamiento y las visitas aisladas.

Pensando en los criterios actuales del CMBD, conviene recordar que la psicoterapia no es una actuación (Villegas, 1996) y, por tanto, no es una actividad (suma de actos), sino una

intervención, que siempre es activa por parte del terapeuta. Una intervención que busca un cambio en el paciente.

Por esta razón, para hacer la evaluación, antes que continuar con un planteamiento cuantitativo de la actividad es preferible guiarse por un indicador, que podría ser el número de personas tratadas con psicoterapia (en monoterapia o terapia combinada) dividido por el total de personas tratadas y referido a un año natural. Como un primer objetivo se podría plantear que el indicador de psicoterapias (incluidas las individuales, de grupo y las familiares) fuese el que se ha descrito en el punto 7.3 referido a la población atendida.¹⁰

3.18. Necesidades específicas y suprasectoriales de servicios psicoterapéuticos

El desarrollo de una cartera básica de servicios psicoterapéuticos por parte de los CSM debe garantizar una atención general a las necesidades de la población de cada sector sanitario. La extensión territorial de esta cartera básica no implica necesariamente la plena cobertura de todas las necesidades asistenciales de psicoterapia, dada la diversidad de trastornos mentales susceptibles de este tratamiento, las diferentes prevalencias de los trastornos y la diversidad de las técnicas que han mostrado su eficacia terapéutica.

Por otro lado, se reconoce la existencia de diferentes dispositivos de salud mental especializados que ofrecen tratamientos psicoterapéuticos desde diferentes marcos teóricos y conceptuales, y que han desarrollado modalidades y técnicas de tratamiento de carácter específico. Estos dispositivos están articulados de alguna manera con la red de salud mental y se pueden utilizar en determinadas condiciones y mediante derivaciones para atender necesidades que no se pueden cubrir desde los CSM.

El grupo de trabajo considera que el desarrollo de la cartera básica de servicios psicoterapéuticos de los CSM no agotará todas las necesidades terapéuticas ni de indicación de estas modalidades de tratamiento. Por esta razón se recomienda:

1. La plena integración en la red de salud mental de los centros especializados de psicoterapia que acrediten su capacidad y función terapéutica específica. Esta integración deberá ir acompañada de una definición de sus funciones, una identificación de las indicaciones terapéuticas y de las modalidades técnicas de tratamiento así como de los sistemas de derivación e información con los CSM.¹¹

¹⁰ También se ha de prever la utilización del registro CMBD:

- En la hospitalización: en todos los tipos de hospitalización las intervenciones psicoterapéuticas se deben registrar en el alta dentro la lista de procedimientos. Concretamente en el CIE-9-MC, 9.ª revisión, están incluidas en los ítems 94.3X y 94.4X.
- En los centros de día: todavía está pendiente de definición la aplicación del CMBD en estos recursos.

¹¹ Cualquier centro especializado (CEP) debe cumplir las características siguientes:

2. El establecimiento de programas suprasectoriales de psicoterapia para dar cobertura a diversos sectores en aquellas necesidades compartidas y no asumibles individualmente por cada uno de los CSM por razón de la prevalencia de determinados trastornos o de la técnica específica requerida.
3. El estudio de necesidades suprasectoriales no cubiertas por los apartados anteriores y la conveniencia de la creación o el reconocimiento de otros centros especializados de psicoterapia.

Se pueden considerar dentro de estas necesidades:

- El desarrollo de técnicas muy específicas o innovadoras que complementen la oferta de los CSM.
- La creación de espacios de intercambio fluidos y creativos entre los CSM, con el fin de promover vías de colaboración entre las diferentes corrientes asistenciales, ya que creemos que se deben tener muy presentes los criterios clínicos de indicación de cada tipo de psicoterapia y también las limitaciones propias de cada técnica.
- La formación continuada y el imprescindible apoyo de los profesionales del territorio (redes de formación).
- Las necesidades derivadas del campo de la investigación. Éstas precisan de la creación de una estructura que las sustente, que implique recursos y la posibilidad de prestar apoyo a los proyectos. No obstante, cada institución no sólo debe velar por la calidad asistencial de los servicios que presta, sino que también tiene que desarrollar su propia política de formación, investigación y docencia.

Se puede concluir que los equipos de salud mental y adicciones deben tener una capacidad psicoterapéutica global, pero es imposible que todos estén preparados para aplicar todo tipo de técnicas. Por esta razón es necesario que existan soluciones de tipo suprasectorial. Probablemente hay diferentes soluciones según las realidades y coyunturas de los diferentes territorios.

Dos soluciones parecen posibles:

1. La cooperación de diversos CSM, próximos o limítrofes, que reúnan en conjunto una población de cerca de 300.000 habitantes y que estén especializados en técnicas diferentes, de forma que se complementen. Según la técnica indicada, se podrían derivar las personas que se deben tratar de un sector a otro de manera consensuada.

-
- Ser un centro asistencial.
 - Estar integrado por profesionales acreditados para el ejercicio de la modalidad de psicoterapia que ofrece cada CEP.
 - Con una integración a la red de salud mental de manera suprasectorial.
 - Con una oferta clara de tratamientos en los que estén bien definidas las técnicas utilizadas y las indicaciones en cuanto al tipo de pacientes o trastornos susceptibles de ser tratados con dicha modalidad.
 - Con el compromiso de participar en la formación de los nuevos profesionales de la red, y en el impulso y la realización de trabajos de investigación sobre los métodos y las técnicas, sobre la eficiencia y la eficacia en diferentes tipos de problemáticas. Estas funciones docentes y de investigación han de estar directamente sustentadas por la asistencia, que, tal como se ha señalado, es el objetivo principal de los CEP.

2. La creación de centros específicos de psicoterapia (CEP) (**anexo 8**). Sin embargo, esto no puede en ningún caso comportar que algún CSM no proporcione la atención psicoterapéutica básica. Estos centros se deben ganar la confianza de la red demostrando unas capacidades técnicas y asistenciales en los programas de psicoterapia superiores a la media de la red así, como la capacidad de colaborar con los centros de salud mental y adicciones de referencia.

Estos centros son imprescindibles en los lugares donde haya una unidad docente MIR o PIR para garantizar la formación psicoterapéutica. También pueden cubrir otras necesidades:

- Desarrollar técnicas muy específicas y procedimientos asociados a patologías determinadas.
- Prestar apoyo a la red tanto en programas de formación continuada como en actividades de supervisión de los equipos.
- Realizar programas de investigación con la participación de diversos CSM.

Acreditación de profesionales y centros

La Asociación Española para la Integración de la Psicoterapia (SEPI) contesta así a la pregunta «¿Qué es un psicoterapeuta?»: «Es un profesional de la salud que, después de obtener la titulación universitaria, ha llevado a cabo una formación específica en el área de psicoterapia, en una institución reconocida, que desarrolla programas de formación que reúnen todas las características necesarias para que los candidatos a psicoterapeutas adquieran una formación completa que permita una competencia profesional teórico-práctica. La Federación de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) se ocupa de reconocer los programas de formación adecuados».¹²

En lo que se refiere a la práctica de la psicoterapia en las instituciones públicas, ninguno de los documentos consultados (propuesta del País Vasco; documento consensuado por los psicólogos de los CSMA de Gràcia, Granollers, L'Hospitalet y Sant Boi de Llobregat; documento de Fòrum; Fernández Liria, 2002) hacen referencia a la formación necesaria para el ejercicio de la psicoterapia.

Dado que no hay una normativa «oficial», de momento, sobre la acreditación y formación de psicoterapeutas, se deberían elaborar o adoptar algunas de las que ya ha propuesto la FEAP o de las previstas en la ampliación de la formación de médicos internos residentes (MIR) o psicólogos internos residentes (PIR), y también otras sociedades científicas no incluidas en la FEAP.

¹² La Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas es una organización no gubernamental que agrupa asociaciones científico-profesionales de psicoterapeutas. Se constituyó en septiembre de 1992 y fue ratificada por el Ministerio de Interior en abril de 1993. El número de asociaciones miembros es de 60 y tiene un total de 2.022 socios.

En el documento de 16 de abril de 1997 de la Asociación Europea de Psicoterapia, que incorporaba propuestas de la reunión del Comité Europeo de Estándares de Formación (ETSC), muestra su interés por proteger los intereses de la profesión y a la vez del público atendido, garantizando que la profesión se ejerza con un nivel apropiado de formación y práctica.¹³

Mientras no se establezcan criterios consensuados y exigibles desde instancias competentes, para los profesionales que ya trabajan en la red de servicios de salud mental, la práctica que llevan a cabo suficientemente documentada y supervisada podría ser un elemento suficiente a la hora de reconocer su capacitación. Por eso sería conveniente que los servicios pudiesen dar información sobre cuál es la formación y la orientación sobre psicoterapias que tienen sus miembros con vistas a establecer un mapa de servicios potenciales en la red.

Hasta ahora no hay definiciones de tipo normativo oficial y se debe desplegar la reciente Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. En este momento de espera proponemos unos criterios provisionales que permitan hacer operativas las intervenciones psicoterapéuticas dentro de la red de utilización pública. Hacemos la siguiente propuesta basada en los criterios de la FEAP, pero adaptada para un ejercicio en la red pública.

Propuesta provisional de acreditación en la red de salud mental

Criterios de acreditación para los profesionales

1. Formación teórica, técnica y clínica durante tres años después de los estudios universitarios, con un mínimo total de 600 horas.
2. Un mínimo de dos años de práctica profesional como psicoterapeuta, debidamente supervisada, con un mínimo de dos casos, 300 sesiones de tratamiento y 100 sesiones de supervisión.
3. Un mínimo de un año de actividades prácticas en salud mental, de las cuales seis meses como mínimo en un servicio hospitalario, que permita un contacto con las diversas manifestaciones psicopatológicas y los diferentes profesionales implicados en la red de salud mental.
4. Un mínimo de 100 horas de formación personal, individual o en grupo, dirigida a poder identificar y manejar adecuadamente su implicación personal en el proceso de la psicoterapia.

Pero para poner en marcha el reconocimiento oficial de la práctica de la psicoterapia en la red pública se debería tener en cuenta que los profesionales que actualmente la practican, en ocasiones desde el momento en que se puso en marcha, han obtenido su formación de

¹³ En el documento mencionado, las condiciones para la concesión del certificado europeo de psicoterapia son las siguientes:

- El certificado europeo de psicoterapia (ECP) se concede a los profesionales que tengan su formación completada.
- Lo concede la Asociación Europea de Psicoterapia (EAP) de conformidad con los criterios establecidos por ésta, por recomendación de las organizaciones nacionales de concesión que el EAP haya reconocido y con la aprobación de la Asociación Internacional Europea que representa cada una de las modalidades de psicoterapia.
- Normalmente, las condiciones para la concesión del ECP las determina el Comité Europeo de Estándares de Formación de la Junta Directiva del EAP.
- Los certificados se conceden inicialmente por un periodo de cinco años.
- Para la concesión del ECP hay una tasa de cobertura de gastos de administración, que se reparten entre las organizaciones paraguas nacionales y el EAP.

maneras diversas. Muchos tienen una larga y eficaz trayectoria como terapeutas y tienen derecho al reconocimiento de su capacitación. Por eso se consideran dos vías posibles:

- Que pertenezcan a una asociación reconocida por la FEAP o por alguna asociación internacional.
- Que aporten un certificado de la titularidad del centro o servicio, necesariamente concertado con el CatSalut, que especifique de manera clara la formación seguida por el profesional y su práctica de psicoterapia en los recursos públicos durante al menos seis años.

En ambos casos la acreditación de los profesionales debe estar ratificada por el IES u otra agencia de la Administración que reconozca a los profesionales como expertos en psicoterapia para la práctica en la red asistencial pública. Asimismo, se tiene que establecer un sistema de seguimiento de la formación continuada de los profesionales acreditados.

Respecto a los centros, la acreditación se podría hacer desde el CatSalut, a partir de la documentación presentada por el centro y con asesoramiento de algún grupo de expertos nombrados a tal efecto y que dependa del Consejo Asesor de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.

Criterios para la acreditación de los centros

Directamente relacionada con la presencia en los equipos de profesionales que tienen acreditada la práctica de la psicoterapia. Estos centros deberán cumplir la actividad de psicoterapias que se establezcan cada año en el contrato de compra de servicios.

Formación de posgrado, especializada y continua

El desarrollo y el interés de la psicoterapia en la atención a las personas con trastornos mentales no se corresponde todavía con la insuficiente entidad que tiene su enseñanza en los programas de estudio de grado y en la formación de los especialistas en psiquiatría y en psicología clínica, a pesar de los cambios que se están planteando para el desarrollo de estos programas.

En la formación de psicoterapia la adquisición de conocimientos teóricos es importante pero insuficiente para su ejercicio profesional. En la formación del psicoterapeuta es necesario disponer de una formación teórica adecuada mediante cursos, seminarios, etc., pero además es imprescindible, como en el desarrollo de otras materias, la práctica supervisada y con grados progresivos de responsabilidad, tal como está regulado en la formación MIR y PIR. La experiencia psicoterapéutica personal es un requisito importante para el ejercicio de la psicoterapia.

Es necesario insistir en la necesidad de que la formación en psicoterapia incluya estas dos tríadas del proceso formativo:

- Formación de pregrado, formación de posgrado y formación continuada.
- Formación teórica, formación práctica y formación personal.

En la **formación de pregrado** hace falta un programa de conocimientos teóricos y prácticos y de habilidades básicas en psicoterapia, al menos para médicos, psicólogos, diplomados en enfermería y trabajadores sociales. En la etapa de pregrado la formación debería prever todo lo que se ha dicho sobre la función y el pensamiento psicoterapéuticos, y proporcionar la formación y las herramientas necesarias para obtener una capacitación básica para la entrevista. Es por eso que la formación no solamente ha de ser teórica sino también práctica y debe garantizar que los alumnos tengan la posibilidad de entrevistar a diversos pacientes, con una supervisión posterior. La universidad debería disponer de personal docente psicoterapeuta para este programa.

En la **formación de posgrado** se incluyen algunos temas relativos a la formación en psicoterapia en los programas de formación MIR, PIR y profesionales de enfermería especialistas en salud mental, pero hoy por hoy aún es una formación insuficiente. Al acabar esta formación los psiquiatras y psicólogos clínicos deberían haber adquirido:

- ✓ Un primer nivel de conocimientos que comprenda destrezas básicas en el manejo de la relación con el paciente: objetivo que se debe completar durante el primer año de residencia.
- ✓ Un segundo nivel que comprenda las destrezas psicoterapéuticas necesarias para abordar la problemática psicológica asociada a los trastornos mentales independientemente de su diagnóstico, como son: las dificultades de relación social, el apoyo psicológico y la gestión de las situaciones de riesgo.
- ✓ Un tercer nivel que incluya las destrezas necesarias para complementar el tratamiento de trastornos específicos.

Estos niveles adecuadamente adquiridos en la formación MIR-PIR deberían ser suficientes para el ejercicio de la psicoterapia, mientras no haya otra regulación, con el seguimiento y la supervisión por parte de profesionales capacitados del servicio y externos. Asimismo los profesionales de enfermería especialistas en salud mental deberían haber conseguido los dos primeros niveles.

Una ampliación posible de los programas de formación y de los años facilitará una formación más amplia en el campo de la psicoterapia. En este sentido el desarrollo de una ACE (área de capacitación específica) sobre psicoterapia, compartida por psiquiatras y psicólogos clínicos, podría conseguir un cuarto nivel, que sería propiamente de formación en psicoterapia, y que consistiría en la adquisición de las destrezas necesarias para la práctica de la psicoterapia según un modelo preciso entre los reconocidos mayoritariamente: psicoterapia psicodinámica, interpersonal, sistémica y cognitivo-conductual.

En los estatutos de la FEAP se detallan los requisitos necesarios para la formación en psicoterapia y la acreditación como psicoterapeuta. Los definimos a continuación, con algunas pequeñas ampliaciones o matizaciones:

- ✓ Tener una titulación de rango universitario: las licenciaturas en psicología y medicina son consideradas preferentes. Se hace necesario disponer de unos criterios generales de formación en la etapa de pregrado recogidos en un programa de conocimientos básicos.
- ✓ Otros titulados de primer y segundo ciclo universitario podrán acceder a la formación en psicoterapia mediante la compleción del currículum, cursando

estudios universitarios de las disciplinas de psicología evolutiva, psicología de la personalidad, psicopatología y diagnóstico diferencial. Si estas asignaturas no constan en el currículum, se debería acreditar un número equivalente de horas a las que se imparten en las carreras de Psicología y Medicina. Se considera un periodo mínimo de experiencia y formación en salud mental en el contexto público y privado de diez años en el caso de titulados de segundo ciclo y de doce en el caso de titulados de primer ciclo.

- ✓ El ejercicio de la psicoterapia en los servicios de salud mental es una función de los profesionales, pero tan sólo se incluye su enseñanza en la formación básica y especializada de MIR y PIR; de momento y hasta la aparición de un área de capacitación específica, esta formación es insuficiente. Esto no debe constituir un obstáculo para reconocer, como hemos señalado anteriormente, los importantes efectos terapéuticos de las intervenciones de otros profesionales.
- ✓ Criterios generales de formación para todas las psicoterapias, que se correspondan con los que figuran en la **página 37** como requisitos para la acreditación de los profesionales.¹⁴

Hay asociaciones de psicoterapeutas que ya establecen programas de formación continuada que son una condición necesaria para la acreditación en un determinado marco teórico.

Se debería incluir la formación en psicoterapia en todos los programas de formación continuada que se promuevan en los servicios de salud mental. La **formación continuada** tiene especial relevancia en la práctica de la psicoterapia. Nos referimos a la formación estructural como personas y no tanto a la información, a la adquisición de conocimientos. La reflexión y el análisis de las dificultades que se encuentran en el curso del tratamiento ayudan a determinar el papel que desempeña la contratransferencia. Se pueden comprender las corrientes de simpatía o de antipatía que ligan al médico y al paciente, corrientes que eventualmente hay que intentar modificar en su dirección o en su caudal. Esta tarea de reescucha de lo que sucede en la praxis de cada psicoterapeuta se puede hacer de manera grupal, con otros compañeros de la práctica asistencial, o bien de manera individualizada con un supervisor.

Sería muy recomendable la implicación de la universidad, tanto en la formación y acreditación de psicoterapeutas como en el apoyo de los programas de investigación.

Como conclusión, podemos decir que los profesionales que ejercen la psicoterapia requieren una formación y una capacitación específica, las condiciones y reconocimiento de las cuales han establecido diferentes asociaciones profesionales de psicoterapia y la FEAP. Además de los psicólogos clínicos y los psiquiatras, que tienen plena responsabilidad clínica como facultativos de los servicios de salud mental del SNS, otros profesionales entrenados y debidamente formados pueden practicar diferentes niveles de psicoterapia integrados dentro del plan terapéutico global del paciente.

El conjunto de profesionales de la red de salud debe disponer de unos conocimientos de psicoterapia que le permitan establecer relaciones adecuadas y valorar las intervenciones

¹⁴ Unos criterios similares se expusieron en el European Forum for all Psychiatric Trainees (Utrecht 95), donde se consideró la psicoterapia como una parte integral de la psiquiatría, incluyendo en su formación los aspectos teóricos, la práctica, la supervisión y la experiencia psicoterapéutica personal.

pertinentes en cada situación asistencial: atención primaria, hospitalaria y especializada. Desde esta perspectiva y de forma ajustada a los niveles de atención sanitaria y de responsabilidad clínico-asistencial de los profesionales según su ubicación en los servicios, se pueden establecer tres niveles diferenciados:

- **Nivel 1:** Aprendizaje de las habilidades básicas de la entrevista terapéutica, del funcionamiento de la relación con el paciente y de los factores comunes en psicoterapia. Entrenamiento en técnicas específicas y limitadas de intervención terapéutica. Conocimiento de habilidades que permitan elaborar diagnósticos básicos según la clasificación diagnóstica en uso, dando prioridad a una evaluación multiaxial.
- **Nivel 2:** Conocimiento en técnicas e intervenciones específicas necesarias para abordar la problemática psicológica asociada a trastornos físicos, crónicos e invalidantes y en técnicas inespecíficas aplicables a los trastornos mentales en general, como dificultades en las relaciones sociales, manejo de situaciones de riesgo, etc.
- **Nivel 3:** Capacitación específica en psicoterapia (psicoterapeutas acreditados). Adquisición de las actitudes, los conocimientos y las habilidades necesarias para la práctica según uno de los modelos psicoterapéuticos: psicodinámico, cognitivo-conductual, sistémico y perspectivas integradoras.

Programas de investigación

En el terreno de la **investigación** y siguiendo las líneas actuales sería saludable que el conjunto de los equipos de la red se constituyesen en un grupo de investigación, con la definición de líneas claras, dentro de las cuales se incluiría la investigación sobre las psicoterapias. Para facilitararlo, todos los CSM y otros servicios asistenciales de salud mental que practiquen la psicoterapia tendrían que disponer de un sistema de información en el que constase la población atendida, el diagnóstico de cada persona, los criterios de priorización, la indicación, el número de visitas y algún indicador de funcionamiento o resultado. Según lo que se acaba de exponer y lo dicho en el capítulo 7, hay que realizar una investigación aplicada que informe sobre la eficacia, la seguridad, la efectividad y la eficiencia de las psicoterapias, pero sobre todo hay que centrar esfuerzos en superar las limitaciones metodológicas que esta investigación impone hoy. Siguiendo a Roth y Fonagy (1996), Shapiro y Shapiro (1997) y Tizón (1996, 2002), y los debates generados en el seno de este grupo de trabajo sobre atención psicoterapéutica en la red de salud mental de utilización pública, las limitaciones que se han de superar y, por tanto, los retos que la investigación en psicoterapia plantea, son muchos, por lo que es necesario tener en cuenta algunas orientaciones:

- Hay que considerar los elementos que pueden aumentar la validez interna de los estudios e intentar cumplirlos:
 - Siempre que se pueda, diseño de un estudio experimental (ensayo clínico aleatorizado como el más significativo).
 - Volumen de muestras suficiente para asegurar la potencia estadística.

- Muestras de pacientes con un diagnóstico homogéneo.
 - En estudios observacionales, grupos control escogidos cuidadosamente de manera que sean muy parecidos al grupo de estudio en todo, con la única excepción de la psicoterapia que se quiere evaluar.
 - Estandarización del procedimiento, de la psicoterapia que se estudia.
 - Aplicación de las psicoterapias por parte de terapeutas expertos en su modalidad.
 - Monitorización exhaustiva de los indicadores de progreso de los pacientes.
 - Análisis separado de los procesos y los resultados.
 - Cumplimiento escrupuloso de los protocolos de tratamiento.
 - Control de la interacción entre el paciente y el terapeuta.
 - Control de la interacción entre las variables.
- Hay que tener presente que la utilización de sistemas de clasificación diagnóstica como el DSM (o la CIE), en la medida que especifiquen determinados trastornos (de una manera aceptada y reconocida internacionalmente), permite homogeneizar mejor a los pacientes seleccionados para evaluar una terapia particular.
 - También hay que considerar los elementos que pueden aumentar la validez externa o capacidad de generalización de los estudios, dado que a menudo los pacientes que entran en un estudio de investigación no son bastante representativos de la población clínica afectada de aquel trastorno psicopatológico. Según el tipo de psicoterapia habría que incluir a pacientes con comorbilidades y también a pacientes más graves o de alto riesgo.
 - Hay que concentrar esfuerzos en hacer estudios con un seguimiento prolongado de los pacientes incluidos, a pesar de que el seguimiento a largo plazo implique la inversión de una cantidad importante de recursos y probablemente el cansancio o el desgaste de los pacientes, dado que muchos de los trastornos psicopatológicos tienden a la cronicidad y desgraciadamente muy pocos estudios han investigado la capacidad de las psicoterapias (tampoco de los psicofármacos) para influir en el curso a largo plazo de los trastornos.
 - Sería importante poner en marcha estudios de investigación para examinar cuáles son las razones del fracaso del tratamiento sobre determinados pacientes.
 - Es aconsejable dedicar tiempo y trabajo a definir de manera realista los indicadores o las variables de progreso (medidas de resultado positivo, en definitiva), ya que hay poco consenso en la literatura en relación con cómo se deben definir. Existe un cierto consenso en los conceptos de recaída, remisión y recurrencia, por ejemplo, pero hay mucha disparidad en los indicadores positivos que deberían objetivar un buen progreso del paciente. Un criterio de mejoría como la remisión absoluta de los síntomas puede ser poco apropiado puesto que es raramente realista, teniendo en cuenta la cronicidad y el carácter cíclico de muchos trastornos psicopatológicos.

- Los metanálisis deben ser rigurosos en los criterios de inclusión de los estudios y sólo se deben llevar a cabo si hay homogeneidad entre los estudios en cuanto al diseño y a las características del estudio (muestra, patología, medida del resultado, etc.). Es importante mencionar que la investigación en psicoterapia, como en pocos otros campos de las ciencias de la salud, ha producido y produce numerosos metanálisis, pero así como en otras áreas a menudo sólo se publican metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados, en psicoterapia los metanálisis combinan diseños diversos y estudios de características heterogéneas.
- Finalmente, hace falta un esfuerzo metodológico importante para ir definiendo los aspectos mencionados y proponer diseños y maneras de controlar las posibles desviaciones específicas de los estudios de investigación sobre psicoterapia.

Líneas estratégicas de futuro

Así como cualquier trabajo puede resultar incompleto, éste además está limitado por la dificultad que representa hacer factible la normalización de la psicoterapia en la red asistencial pública. Hay aspectos que será necesario abordar en el futuro, algunos de los cuales corresponden a otros ámbitos de competencias o de responsabilidades. Queremos destacar los siguientes:

1. Conexión entre los actuales CEP y el resto de la red de salud mental.
2. Cambios en la formación de pregrado y posgrado. Capacitación de los médicos de familia, pediatras y otros especialistas en técnicas psicoterapéuticas básicas.
3. Cooperación con los centros de atención primaria, introduciendo sobre todo los aspectos relativos al pensamiento psicoterapéutico.
4. Caracterización de la alta especialización en psicoterapia.

RECOMENDACIONES DEL GRUPO 2003

- Se recomienda introducir en la cartera de servicios de los diferentes dispositivos de la red de salud mental los tratamientos psicoterapéuticos. Asumido por el PDSMyA.
- Todos los servicios de la red de salud mental han de disponer de los recursos de personal suficientes para atender las necesidades de los programas de psicoterapia que se han de llevar a término. Asumido por el mapa sanitario.
- Todos los servicios de la red de salud mental han de disponer de profesionales cualificados para la práctica de la psicoterapia. Asumido por el PDSMyA.

- Por eso, los servicios y las instituciones han de disponer de los recursos para atender adecuadamente las necesidades de tratamiento con psicoterapia, estando además obligados a tener psicoterapeutas acreditados y garantizar una formación continuada. Asumido por el PDSMyA.
- El CatSalut debe fomentar la formación y capacitación en psicoterapia de los nuevos profesionales (MIR y PIR al tercer nivel y profesionales de enfermería especialistas en salud mental a los niveles 1 y 2) y la formación continuada de sus profesionales mediante programas estructurados y adaptados a las características y prioridades del sector público. Asumido por el PDSMyA.
- Todos los servicios de la red deben tener programas de formación continuada de psicoterapia y espacios de supervisión individual o grupal. Asimismo, han de promover programas de investigación sobre las psicoterapias. Asumido por el PDSMyA.
- La universidad, el Consejo Catalán de Especialidades en Ciencias de la Salud (CCECS) y el Instituto de Estudios de la Salud tienen que participar tanto en la formación como en la acreditación y la investigación.
- El CatSalut debe aplicar, con los criterios que se definen, la acreditación de los profesionales, los indicadores de calidad y los sistemas de evaluación.
- Cada vez se hace más necesario que se defina una dotación básica de profesionales en relación con la población atendida y sus características. Asumido por el mapa sanitario.
- Es necesaria la existencia de una gestión territorializada, que si ya es imprescindible ahora, ante la introducción de los CEP es un argumento más. No es tan sólo una cuestión de coordinación entre los diferentes agentes, sino la elaboración de proyectos de intervención pluridisciplinaria y conjunta. Es necesario continuar progresando en la instauración de sistemas organizados en los sectores que faciliten el trabajo en red, la cooperación y la complementariedad. Asumido por el PDSMyA.
- Redefinir el papel de la atención primaria en la atención a las personas con trastorno de salud mental. Los profesionales que inicialmente atienden el conflicto a veces no saben cómo intervenir por falta de formación específica. La función psicoterapéutica debe estar asumida en los equipos de los centros de atención primaria. Por eso es necesaria una formación y una capacitación de estos profesionales. Asumido por el PDSMyA.

Recomendaciones para la puesta en marcha de la cartera de servicios de psicoterapia normalizada en los csm

1. Elaboración de un protocolo para cada una de las psicoterapias que conformen la cartera de servicios del CSM y que dispongan de profesionales acreditados.
2. Disponer de un modelo de contrato terapéutico, tanto si es verbal y se hace a lo largo de una entrevista prevista para ello como si es escrito. Este último será obligatorio en el caso de que, por motivos de la misma técnica o de formación o investigación, se tengan que grabar las sesiones (mediante magnetófono o videocámara).
3. En la definición de la cartera se han de prever las psicoterapias que se dan en el propio servicio y las que cuentan con la colaboración de otro CSM.
4. Indicadores
 - Personas tratadas con psicoterapia. Porcentaje sobre el total. Fuente: CMBD. Número de personas tratadas con psicoterapia a lo largo del año X 100 / número total de personas tratadas durante el año.
 - Número de sesiones de psicoterapia durante el año. Fuente: CMBD.
 - Media de sesiones al año por persona tratada con psicoterapia. Fuente: CMBD. Total de sesiones de psicoterapia al año/total de personas tratadas con psicoterapia.
 - Número de psicoterapias acabadas durante el año. Fuente: Memoria del CSM.
 - Existencia de protocolos, guías de práctica clínica, que incluyan los tratamientos psicoterapéuticos.
 - Mejora experimentada. Escalas de valoración.
 - Grado de satisfacción del usuario. Encuesta al final de la psicoterapia.
 - Porcentaje de profesionales que realizan actividades psicoterapéuticas.
 - Actividades de formación continuada de psicoterapia.
5. Evaluación de resultados
 1. Con pruebas validadas referidas a la patología concreta de la persona al iniciar y al acabar el tratamiento (p. ej.: escala de Hamilton, GAHQ, EADG, PANSS, etc.).
 2. Con pruebas que valoran el estado general de la persona al comienzo y al final del tratamiento (p. ej. el perfil de resultados del tratamiento: PRT de Holcomob, Parker y Leong).
 3. Con cuestionarios de calidad de vida, como las escalas de Camberwell, Lancashire.
 4. Con pruebas que valoran la calidad del terapeuta (p. ej.: inventario sobre la alianza terapéutica de Kokotovic).

Indicador propuesto para el seguimiento y la evaluación del Plan director de salud mental y adicciones

INDICADOR PDSMyA	Grado de puesta en marcha de actividades psicoterapéuticas en los CSM.
Objetivo población infantil	Oferta de intervenciones psicoterapéuticas en el 6% de la población atendida > 18 años.
Objetivo población adulta	Oferta de intervenciones psicoterapéuticas en el 11% de la población atendida < 18 años.
Horizonte temporal	2010.
Frecuencia de la evaluación	Anual.
Justificación	El PDSMyA define como una actuación prioritaria el incremento de la oferta de intervenciones psicoterapéuticas desde la atención primaria especializada en salud mental.
Construcción del indicador	Numerador: número de pacientes atendidos con tipología de visita de tratamiento psicoterapéutico (individual, familiar, grupal). Denominador: número total de pacientes atendidos.
Fuente de información	CMBD SM.

4. Anexos

4.1. Psicoterapia para las edades infantil y juvenil

Prevención

(1) Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Juffer F. Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull* 2003;129(2):195-215.

(Evidencia tipo I. Revisión orientada a la prevención en niños pequeños. Un moderado número de sesiones con un foco bien definido en familias con o sin problemas múltiples. Se valora que las intervenciones que eran más eficaces reforzando la sensibilidad paterna eran también más eficaces en reforzar la seguridad del vínculo, lo que apoya la noción de un papel causal de la sensibilidad en la formación del vínculo.)

Trastornos de ansiedad (en general)

Psicoterapia cognitivo-conductual

(2) Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Weersing VR, Curry J. Cognitive-behavioural psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(8):930-59.

(Evidencia tipo I. En esta revisión se evalúan los efectos de la terapia cognitivo-conductual en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad y depresión. La conclusión es que es el tratamiento de elección.)

(3) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, n.º 4 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. O'Kearney RT, Anstey KJ, von Sanden C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Disponible en: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citado en: Cochrane Library CD004856.

(Evidencia tipo I. La terapia conductual o cognitivo-conductual aparece como un tratamiento prometedor para el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos obsesivo-compulsivos. Los mejores resultados se dan cuando se combinan con medicación y se compara con la medicación sola.)

(4) In-Albon T, Schneider S. Psychotherapy of childhood anxiety disorders: a meta-analysis. *Psychother Psychosom* 2007;76(1):15-24.

(Evidencia tipo I. Este metanálisis muestra evidencia sobre los beneficios del tratamiento con psicoterapia cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad en niños.)

(5) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, n.º 4 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Yamás A, Soler A, Weatherall R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Disponible en: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citado en: Cochrane Library CD004690.

(Evidencia tipo I. La terapia cognitivo-conductual se muestra como un tratamiento efectivo para niños y adolescentes con trastornos de ansiedad. No hay evidencia de diferencias entre el formato individual, grupal o de familia, por lo que puede ser recomendable.)

(6) Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, Fothergill C, Harrington R. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *Br J Clin Psychol* 2004;43(4):421-36.

(Evidencia tipo I. Se investiga la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en niños de 6 a 16 años diagnosticados de fobia social, trastorno superansioso, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno por evitación. A pesar de la heterogeneidad, la conclusión es que la terapia cognitivo-conductual se puede utilizar para al tratamiento de la ansiedad en niños de más de 6 años, pero es efectiva a corto plazo.)

(7) Rodebaugh TL, Holaway RM, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. *Clin Psychol Rev* 2004;24(7):883-908.

(Evidencia tipo I. Parece demostrada la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el trastorno de ansiedad social en niños y adolescentes.)

(8) Van der Toorn SL, Ferdinand RF. Angststoornissen bij kinderen: welke psychosociale behandeling is bewezen effectief [Anxiety disorders in children: which type of psychosocial treatment has proved effective]. *Tijdschr Psychiatr* 2004;46(3):167-77.

(Evidencia tipo I. En esta revisión se incluyen estudios en niños con angustia de separación, fobia social, fobia simple y ansiedad generalizada. Se aplican diferentes tipos de terapia cognitivo-conductual, de grupo, individual, con inclusión o exclusión de los padres. La conclusión es que el tratamiento de los trastornos de ansiedad en los niños debería comenzar con un programa de intervención cognitivo-conductual.)

(9) Méndez FJ, Alcázar AIR, Orgiles M. Una revisión cuantitativa sobre los tratamientos psicológicos de la fobia a la oscuridad aplicados en un entorno natural [A quantitative review of psychological treatments for fear of the dark applied in a natural context]. *Anal Modif Conducta* 2003;29(125):395-422.

(Evidencia tipo I. Metanálisis sobre la eficacia del tratamiento psicológico para la fobia a la oscuridad en niños, aplicado en un entorno natural. La eficacia fue muy elevada. Los programas multicomponentes obtuvieron los mejores resultados y destacaron las escenificaciones emotivas como el procedimiento más eficaz. Los resultados fueron mejores cuando el tratamiento se aplicaba en el hogar de los niños y cuando los padres participaban de manera activa en la terapia.)

(10) Chambles D, Hollon S. Defining empirically supported treatments. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:5-17.

(11) Kendall PC. Treating anxiety disorders in children: Results of a randomised clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:100-10.

(**Evidencia tipo II.** TAG, trastorno ansioso de separación y fobia social: «Probablemente eficaz». Comparando con lista de espera: mejoras significativas [aproximadamente 2/3] en la supresión diagnóstica y en la reducción de síntomas según padres y pacientes. Mejoras adicionales al incluir a la familia, especialmente en pequeños, chicas e hijos de padres ansiosos.)

(12) Kendall PC, Choudhury M, Hudson J, Weeb A. The C.A.T: project therapist manual. Ardmore PA: Worbook; 2002.

(13) Kendall PC, Choudhury M, Hudson J, Weeb A. The C.A.T. project workbook for the cognitive-behavioral treatment of anxious adolescents. Ardmore PA: Worbook; 2002.

(14) Hudson JL, Kendall PC, Coles M, Robin J, Web A. The other side of the coin: using intervention research in child anxiety disorders to inform developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 2002;14:819-49.

(15) Kendall et al. Child-focused treatment of anxiety. En: Kazdin AE, Weisz JR (eds.). *Evidence based psychoterapies for children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press; 2003. p. 81-100.

(**Evidencia tipo II.** *Modelo:* Coping Cat. *Características:* Manual del terapeuta y cuaderno de tareas para el paciente. Relación directa niño-terapeuta. Duración: 16-18 sesiones [dos con padres]. Dos fases: 1.ª preparación, 2.ª exposición. El terapeuta funciona como un modelo. *Resultados:* Remiten: 50-72%. Lista de espera: 5-7%. Remisiones se mantienen o aumentan en controles de 1 y 6 años.)

(16) Barret PM, Short AL. Parental involvement in the treatment of anxious children. En: Kazdin AE, Weisz JR (eds.). *Evidence based psychoterapies for children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press; 2003. p. 101-19.

(**Evidencia tipo II.** *Modelo:* FRIENDS Program. *Características:* Intervención en padres. Duración: 10 sesiones terapéuticas y dos de seguimiento con los pacientes; cuatro sesiones con padres. *Resultados:* Remiten: 88%; con TCC individual: 61%; lista de espera: < 30%. A los 5-7 años: individual y familiar: 87% y 86%. Se puede llevar a cabo en grupo. También se ha utilizado en prevención de trastornos de ansiedad en las escuelas.)

(17) Barret PM, Rapee RM, Dadds MM, Ryan SM. Family enchancement of cognitive style in anxiooux and aggresive children. *J Abnorm Child Psychol* 1996;24:187-203.

(**Evidencia tipo II.** *Características:* Programa para niños de 7-14 años con ansiedad generalizada o fobia social. Combinan terapia cognitivo-conductual individual con intervención sobre los padres; cómo actuar con el niño y cómo controlar sus propias emociones. *Resultados:* Al finalizar el tratamiento continuaban con criterios de trastorno de ansiedad el 74% de la lista de espera, el 43% con terapia cognitivo-conductual y el 16% de los tratados con terapia cognitivo-conductual más intervención familiar.)

Psicoterapia psicodinámica

(18) Target M, Fonagy P. The efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:361-71.

(**Evidencia tipo II.** El estudio examina la efectividad del tratamiento psicoanalítico en niños y adolescentes con diagnósticos de ansiedad o depresión. Tratados como mínimo durante seis meses. El 72% de estos casos mostraban mejorías clínicas significativas. Los trastornos fóbicos remitieron más fácilmente que los que presentaban un trastorno depresivo. Los niños con edades por debajo de los 11 años tenían mejorías más significativas que los de edades superiores. Cuanto más largos eran los tratamientos, más iban asociados con buenos resultados. Un tratamiento intensivo demostró ser significativamente más eficaz para niños que presentaban trastornos más graves.)

(19) Fahrig H, Kronmüller KH, Hartmann M, Rudolf G. Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Die Heidelberger Studie zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychoanal 1996;4:375-95.

(**Evidencia tipo II.** El trastorno emocional en la infancia es el diagnóstico más frecuente [24,8%]. Cuando se le añade el diagnóstico de trastorno neurótico [12%] se incrementa a un tercio de los casos diagnosticados. El estudio indica una gran reducción de síntomas [91,7%.])

(20) Winkelmann K, Geiser-Elze A, Hartmann M, Horn H, Schenkenbach C, Victor AD et al. Heidelberger Studie zur analytischen angezeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen 2003;1-3. [Informe provisional.]

(**Evidencia tipo II.** Indica una proporción de diagnósticos F40, F42 y F93 del 33,8%. Demuestra que con terapia breve [*short-term therapy*] de 25 sesiones, un 23,9% de los niños mostraron una mejoría en la puntuación total del BSS-K, pero a causa de la comorbilidad y la gravedad del problema, los otros niños necesitaron una psicoterapia a largo plazo.)

(21) Smyrniotis KS, Kirkby RJ. Long-term comparison of brief versus unlimited psychodynamic treatments with children and their parents. J Consult Clin Psychol 1993;61:1020-7.

(**Evidencia tipo IV.** Está dedicado exclusivamente al diagnóstico de los trastornos emocionales en la infancia. Hace una comparación entre tres grupos de niños tratados con psicoterapia breve, psicoterapia a largo plazo y tratamiento mínimo. Según los resultados después de cuatro años de haber finalizado la terapia, no había casi diferencia entre los niños tratados con psicoterapia breve y los tratados con psicoterapia de más duración. Se hace énfasis en el factor de desarrollo a favor del buen aprovechamiento.)

(22) Tizón JL. La psicoterapia breve padres-hijo: ¿una técnica diferenciada? Rev Psicopatol Salud Ment Niño Adolesc 2003;1:43-70.

(**Evidencia tipo IV** con seguimiento no sistemático de casos de primera infancia tratados en psicoterapia psicodinámica padres-hijos.)

Fobia social en la infancia

Psicoterapia cognitivo-conductual

(23) Beidel CD, Turner SM, Morris TL. Behavioral treatment of childhood social phobia. J Consult Clin Psychol 2000;68:1072-80.



(**Evidencia tipo II.** *Modelo:* EST-C. *Características:* Programa de 12 semanas para niños de 8-12 años: psicoeducación de los padres, habilidades sociales, generalización con coetáneos y exposiciones en vivo de 60 minutos semanales. *Resultados:* Reducción significativa de diagnósticos seis meses después: 67% frente al 5% de los controles [que seguían el mismo número de sesiones con actividades para mejorar el rendimiento en los exámenes].)

Crisis de angustia (pánico)

Psicoterapia cognitivo-conductual (psicofisiológica)

(24) Hoffman EC, Mattis SG. A development adaptation of panic control treatment for panic disorder in adolescence. *Cogn Behav Pract* 2000;7:235-61.

(**Evidencia tipo II.** *Modelo:* Panic Control Treatment for Adolescents [PCT-A]. *Características:* Aplicación a adolescentes de entre 14 y 17 años de un programa previamente verificado en adultos. *Objetivos:* corregir las distorsiones interpretativas de las crisis, controlar la reacción de hiperventilación y suprimir las reacciones condicionadas a las sensaciones físicas. *Resultados:* En comparación con los controles: mejorías significativas en todas las variables estudiadas. Al cabo de tres meses se mantienen las mejorías; está en curso un control cada doce meses.)

Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia

Psicoterapia cognitivo-conductual

(25) Barret PM, Healy LJ, March JS. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:46-62.

(26) Barret PM, Healy LJ, March JS. Behavioural avoidance task for childhood obsessive-compulsive disorder: A home based observation. *Am J Psychother*. En prensa: 2007.

(**Evidencia tipo II.** *Modelo:* FOCUS. *Características:* Programa de 14 sesiones semanales con niño, padres y hermanos. Las sesiones pueden ser individuales o en grupo. Componentes: 1. psicoeducación, control de la ansiedad y terapia cognitiva; 2. exposición y prevención de respuesta; 3. mantenimiento de avances, incluyendo potenciación de resistencia y prevención de recurrencias. *Resultados:* Mejorías significativas en semanas 6, 11, postratamiento y seis meses después en TOC [trastorno obsesivo-compulsivo], depresión y ansiedad. Los resultados no son diferentes del tratamiento individual durante 4-6 semanas.)

(27) March J, Frances A, Carpenter D, Kahn D. Expert consensus guidelines: treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol* 1997;58:1.

(**Evidencia tipo V.** The OCD Expert Consensus Guidelines. *Conclusiones:* recomiendan como tratamiento de elección la terapia cognitivo-conductual [exposición y prevención de respuesta] para todos los niños prepúberes que presenten un TOC primario y para los adolescentes con TOC leve o moderado [en los graves recomiendan añadir medicación

antiobsesiva]. También recomiendan la intervención familiar si hay una disfunción familiar evidente o el TOC interfiere en la relación familiar.)

Depresión y distimia

Psicoterapias en general y comparaciones

(28) Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2006;132(1):132-49.

(**Evidencia tipo I.** La terapia cognitivo-conductual no es mejor que las aproximaciones no cognitivas. Los efectos de ambas tienen lugar a nivel general. Estos tratamientos producen efectos significativos en el tratamiento de jóvenes con depresión, pero son modestos en fuerza, amplitud y duración.)

(29) Weeersing VR, Brent DA. Cognitive-behaviour therapy for adolescents depression. En: Kazdin AE, Weisz JR (eds.). *Evidence based psychoterapies for children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press; 2003. p. 135-47.

(**Evidencia tipo II.** Adolescentes de 13 a 18 años. *Características:* Duración: 12-16 sesiones individuales con 1-4 sesiones de seguimiento. *Resultados:* Remiten: TCC: 83%; terapia de apoyo no directiva: 58%. Remisión completa de síntomas: TCC: 60%; terapia no directiva: 39%; terapia familiar sistémico-conductual: 38%.)

(30) Seligman LD, Ollendick TH. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: an integrative review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1998;1:125-44.

(**Evidencia tipo II.** Una comparación del efecto clínico y estadístico concluye que la terapia interpersonal es superior a la terapia cognitivo-conductual y ésta es superior a la terapia familiar sistémica.)

Psicoterapia cognitivo-conductual

Edades: 13-18 años

(31) Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Wersing R y Curry J. Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journ Amer Ac Child & Adol Psych* 2004;43(8):930-59.

(**Evidencia tipo I.** Revisión de ensayos clínicos controlados. La conclusión es que la terapia cognitivo-conductual es actualmente el tratamiento de elección para los trastornos de ansiedad y la depresión en niños).

(32) Lewinsohn PM, Clarke GN, Rohde P, Hops H, Seely J. A course in coping: a cognitive-behavioural approach to the treatment of adolescent depression. En: Hibbs ED, Jensen PS (eds.). *Psychosocial treatment for child and adolescent disorders: empirically based strategies for clinical practice*. Washington D. C.: American Psychological Association; 1996. p. 109-35.

(33) Clarke N, De Barr LI, Lewinsohn PM. Cognitive-behavioural group treatment for adolescent depression. En: Kazdin AE, Weisz JR (eds.). *Evidence based psychoterapies for children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press; 2003. p. 120-34.

(**Evidencia tipo II. Modelo:** CWDA. **Características:** En grupos mixtos de 6-10 pacientes, con uno o dos terapeutas. Duración: 16 sesiones de dos horas, dos veces por semana. **Resultados:** Remiten: 46%; controles: 5%. Al cabo de dos años: 67% frente al 48%. La intervención o no con padres no modifica los resultados. Depresivos más trastorno de conducta [delincuentes]: Remiten: 26%; controles: 14%. Pero al cabo de 12 meses no se observen diferencias.)

(34) Weisz JR, Southam-Gerow MA, Gordis EB, Connor-Smith J. Primary and secondary control enhancement training for youth depression. En: Kazdin AE, Weisz JR (eds.). Evidence based psychoterapies for children and adolescents. Nueva York: Guilford Press; 2003. p. 165-83.

(**Evidencia tipo II. Modelo:** PASCET. **Características:** Edades: 8-15 años. Duración: 15 sesiones individuales con los pacientes [10 sesiones programadas, canalizadas y cinco adaptadas a las necesidades individuales]. Intervenciones con los padres y la familia. Contactos con la escuela. **Resultados:** Mejorías sintomáticas significativas: TCC: 50-69%; controles: 16-31%.)

(35) Reed MK. Social skills training to reduce depresión in adolescents. Adolescent 1994;29:293-302.

(**Evidencia tipo II. Características:** [n = 18] 50% chicas. Edades: 14-19 años. Grupos: Entrenamiento en habilidades sociales frente a grupo de atención placebo. Duración: 6 semanas. **Resultados:** A las ocho semanas [83% chicos y 20% chicas obtuvieron mejoría clínica frente a ningún adolescente del grupo placebo, comparadas puntuaciones previas y posteriores].)

Psicoterapia interpersonal

(36) Mufson L, Pollack K. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. En: Kazdin AE, Weisz JR (eds.). Evidence based psychoterapies for children and adolescents. Nueva York: Guilford Press; 2003. p. 148-64.

(37) Mufson I, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Arch Gen Psychiatry 1999;56:573-9.

(**Evidencia tipo II. Modelo:** IPT-A de Mufson. **Edades:** adolescentes. **Características:** Se dispone de manual. Duración: 12 sesiones semanales de 45 minutos en tres fases. Áreas de intervención: duelos, disputas interpersonales, transiciones de papeles [roles], déficits interpersonales, familias monoparentales. **Resultados:** Se observan más remisiones y más mejorías significativas en habilidades y funcionamiento sociales que en los controles. No se han verificado mejorías en el funcionamiento familiar.)

Psicoterapia psicodinámica. En este apartado (trastornos afectivos y trastornos por estrés) se clasifican los estudios de las terapias padres/bebés. Como trastornos de la regulación, no se encuentran de manera uniforme recogidos por la CIE-10.

(38) Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. Br J Psychiatry 2003;182:420-7.

(**Evidencia tipo II.** [n = 193] Es un estudio comparativo que investiga la eficacia de intervenciones no directivas, cognitivo-conductuales y psicodinámicas en una muestra de

madres con depresión postparto, en relación con alteraciones de las primitivas relaciones entre madre y recién nacido.)

(39) Horn H, Geiser-Elze A, Reck C, Hartmann M, Stefini A, Victor D et al. Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeit-psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2005;54:578-97.

(Evidencia tipo II. La psicoterapia psicodinámica breve —25 sesiones— es un tratamiento efectivo para niños y adolescentes con depresión.)

(40) Lush D, Boston M, Grainger E. Evaluation of psychoanalytic psychotherapy with children: therapists' assessments and predictions. *Psychoanal Psychother* 1991;5:191-234.

(Evidencia tipo II. Confirma la eficacia del tratamiento psicoanalítico en niños adoptados con privación emocional grave.)

(41) Robert-Tissot C, Cramer B, Stern D, Rusconi Serpa S, Bachmann JP, Palacio-Espasa F et al. Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: report on 75 cases. *Infant Ment Health J* 1996;17:97-114.

(Evidencia tipo III. [n = 75] Parejas madre/recién nacido, trabaja con las madres en presencia de los niños y el foco psicoanalítico está puesto en el pasado de estas parejas y las proyecciones sobre el hijo. Otra forma de tratamiento se enfoca en la dinámica de la interacción. Se determina que, considerando los cambios en los síntomas, los dos procedimientos consiguen resultados equivalentes.)

(42) Fonagy P, Target M. Kinderpsychotherapie und Kinderanalyse in der Entwicklungsperspektive: Implikationen für die therapeutische Arbeit. *Kinderanalyse* 1995;3:150-81.

(Evidencia tipo III. En su estudio retrospectivo [n= 763], Fonagy y Target informan de mejorías en un subgrupo de 135 niños que padecían trastornos afectivos.)

(43) Cohen NJ, Muir E, Parker CJ, Brown M, Lojkasek M, Muir R et al. Watch, wait and wonder: testing the effectiveness of an new approach to mother-infant-psychotherapy. *Infant Ment Health J* 1999;20: 429-51.

(Evidencia tipo IV. [n = 67] Compara la terapia psicoanalítica habitual con una aproximación psicodinámica específica focalizada especialmente en los afectos que experimenta la madre. Las dos aproximaciones dieron buenos resultados en la reducción de síntomas a largo plazo, ya que disminuía el estrés materno y se reducía la conducta intrusiva por parte de la madre.)

Suicidio

(44) Macgowan MJ. Psychosocial treatment of youth suicide: a systematic review of the research. *Res Soc Work Pract* 2004;14(3):147-62.

(Evidencia tipo I. Esta revisión estudia las intervenciones psicosociales en general en adolescentes con intentos de suicidio. Se comprueba que estas intervenciones son efectivas ya que reducen los intentos de suicidio y la ideación suicida.)

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (tdah)

Comparación de eficacia terapéutica entre diferentes tratamientos

(45) MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Arch Gen Psychiatry 1999;56:1073-86.

(Evidencia tipo II. **Modelo MTA.** Características: Duración: 14 meses. Estructura: 27 sesiones de grupo y ocho individuales de entrenamiento de padres; programa intensivo en campamentos de verano de ocho semanas; intervención intensiva en la escuela; consultas regulares con los profesores y ayuda por parte del profesional durante 12 semanas. **Estudio MTA.** Características: 579 niños con TDAH de 7-9 años. Comparación de la eficacia terapéutica de diferentes tratamientos durante 14 meses: 1. metilfenidato, 2. terapia conductual intensiva [niño, familia y escuela], 3. fármaco más terapia conductual intensiva, y 4. tratamiento comunitario convencional. **Resultados:** Los cuatro grupos mejoran. El fármaco es superior a la terapia conductual intensiva en la reducción de los síntomas centrales específicos del TDAH, pero no en el resto de problemas comórbidos, disfuncionales y desadaptativos. La terapia conductual mejora los síntomas de ansiedad y depresivos, y las relaciones entre padres e hijos, las habilidades sociales y el rendimiento académico. La mejoría más importante de los síntomas TDAH se produce con el tratamiento combinado [fármaco y terapia conductual]. El tratamiento combinado permite dosis inferiores de fármaco. Un subgrupo de TDAH sólo logra una mejoría significativa con terapia conductual intensiva.)

Psicoterapia cognitivo-conductual

(46) Riccio CA, French CL. The status of empirical support for treatments of attention deficits. Clin Neuropsychol 2004;18(4):528-58.

(Evidencia tipo I. Se evalúan diferentes tipos de intervención cognitivo-conductuales. Los autores concluyen que el grado de evidencia es insuficiente para elaborar conclusiones sobre la eficacia de los programas evaluados.)

Psicoterapia familiar

(47) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, n.º 2 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Bjornstad G, Montgomery P. Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Disponible en: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citado en: Cochrane Library CD005042.

(Evidencia tipo I. Esta revisión incluye las siguientes terapias familiares: conductual, cognitivo-conductual y funcional. Solamente se logran resultados en la terapia familiar conductual.)

Trastorno oposicionista / problemas de conducta

Psicoterapia cognitivo-conductual (entrenamiento en comunicación y habilidades parentales)

(48) Brinkmeyer MY, Eyberg SM. Parent-child interaction therapy for oppositional children. En: Kazdin AE, Weisz JR (eds.). Evidence based psychoterapies for children and adolescents. Nueva York: Guilford Press; 2003. p. 204-23.

(Evidencia tipo II. *Modelo*: PCIT. Formación en habilidades parentales. *Características*: Para niños de 2-6 años. Duración media: 13 sesiones. Trabajo con los padres, con observaciones directas del niño y terapeutas actuando de modelos. *Resultados*: Publicados 14 estudios controlados y abiertos en los que se demuestra eficacia significativa.)

(49) Webster-Stratton C, Reid MJ. The incredible Years parents, teachers and children training series. En: Kazdin AE, Weisz JR (eds.). Evidence based psychoterapies for children and adolescents. Nueva York: Guilford Press; 2003. p. 224-40.

(Evidencia tipo III. *Modelo*: Incredible Years. *Características*: Para niños de 2-8 años. Intervenciones en los niños, los padres y las escuelas. Programa básico: 12-14 sesiones de dos horas semanales. Si se añade el programa complementario, 10 sesiones más. *Resultados*: Mejorías significativas en los tres subprogramas: padres, escuelas y niños.)

Psicoterapia psicodinámica

(50) Muratori F, Picchi L, Casella C, Tancredi R, Milone A, Patarnello MG. Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychother Psychosom* 2002;71:28-38.

(Evidencia tipo III. Demuestra la eficacia de la psicoterapia psicodinámica breve exclusivamente en trastornos emocionales con un grupo control experimental. Registra mejorías significativas, principalmente en problemas de conducta y en trastornos externalizados.)

Agresividad

Psicoterapia cognitivo-conductual

Edades: 7-12 años

(51) Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behav* 2004;9(3):247-69.

(Evidencia tipo I. Revisión de estudios con niños y adolescentes de 6 a 18 años. La terapia cognitivo-conductual es un tratamiento efectivo para los problemas de agresividad en los jóvenes. Estos efectos son consecuentes con los efectos de la psicoterapia en los niños en general.)

(52) Walker DF, McGovern SK, Poey EL, Otis KE. Treatment effectiveness for male adolescent sexual offenders: a meta-analysis and review. *J Child Esx Abus* 2004;13(3-4):281-93.

(**Evidencia tipo I.** Revisión de estudios que incluyen terapia multisistémica, cognitivo-conductual, psicoeducativa, residencial y sensibilización indirecta. Los resultados en el tratamiento de adolescentes masculinos agresores sexuales son estimulantes.)

(**53**) Lochman JE, Barry TD, Pardini DA. Anger control training for aggressive youths. En: Kazdin AE, Weisz JR (eds.). Evidence based psychoterapies for children and adolescents. Nueva York: Guilford Press; 2003. p. 263-81.

(**Evidencia tipo II.** *Modelo:* Anger Coping Program [psicoterapia de grupo social cognitiva]. *Características:* Grupos de cinco a siete chicos o chicas. Cada grupo tiene dos terapeutas. 18 sesiones semanales de 60-90 minutos. Hay un programa complementario de 33 sesiones para los niños y 16 para los padres durante 15 meses. *Resultados:* Tiene un mínimo de siete estudios de verificación de resultados. Los estudios controlados han encontrado reducciones significativas de conducta agresiva en casa y en la escuela e incrementos de autoestima y percepción de competencia social.)

Trastorno disocial

Psicoterapia cognitivo-conductual

(**54**) Kazdin AE. Proble-solving skills training and parent management training for conduct disorder. En: Kazdin AE, Weisz JR (eds.). Evidence based psychoterapies for children and adolescents. Nueva York: Guilford Press; 2003. p. 241-62.

(**Evidencia tipo II.** Intervención en padres y pacientes [niños y adolescentes]. Habilidad para la solución de problemas y la formación de padres. *Modelo:* Yale Child Conduct Clinic. *Características:* Tiene dos componentes: 1. 10-20 sesiones semanales de 30-50 minutos dedicadas a entrenamiento de los menores en habilidades para la solución de problemas; 2. 12-16 sesiones semanales de 45-60 minutos dedicadas a formación de los padres en el trato del menor. *Resultados:* Hay 10 estudios de verificación de resultados: reducciones significativas de conducta antisocial e incremento de conducta prosocial. Los controles no mejoran o se deterioran. Buenos resultados ambulatorios y en hospitalización. Los beneficios no se deben al paso del tiempo, ni a la relación con el terapeuta ni a otros factores asociados a la participación en el tratamiento.)

(**55**) Chamberlain P, Smith DK. Antisocial behaviour in children and adolescents. En: Kazdin AE, Weisz JR (eds.). Evidence base d psychoterapies for children and adolescents. Nueva York: Guilford Press; 2003. p. 282-300.

(**Evidencia tipo II.** Intervención social cognitiva. *Modelo:* Programa MTFC [Oregón]. *Características:* Para menores de 12-17 años implicados en delincuencia juvenil grave y en instituciones especiales. Equipo terapéutico: padres «adoptivos», supervisor del programa, terapeuta de familia, terapeuta individual, terapeuta conductual y psiquiatra consultor. El 85% de los menores regresa con su familia. *Resultados:* Hay siete trabajos de verificación de resultados. Reducción significativa de delitos, detenciones y denuncias en relación con los controles.)

Terapia multisistémica

(56) Henggeler SW, Borduin CM. Multisystemic Therapy Adherence Scalas. Instrumento no publicado. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences. Medical University of South Carolina; 1992.

(57) Henggeler SW, Schoenwald SK. The MST supervisory manual: Promoting quality assurance at the clinical level. Charleston, SC: MST Services; 1998.

(58) Henggeler SW, Schoenwald SK, Borduin CM, Rowlan MD, Cunningham PB. Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents. Nueva York: Guilford Press; 1998.

(59) Henggeler SW, Rowland MR, Randall J, Ward D, Pickrel SG, Cunningham PB, Miller SL, Edwards JE, Zealberg J, Hand L, Santos AB. Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalisation of youth in psychiatric crisis: Clinical outcomes. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999;38:1331-9.

Veure Barret PM, Ollendick TH. Interventions that work with children and adolescents. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.; 2004. p. 410-1.

Veure también Kazdin AE, Weisz JR (eds.): Evidence based psicoterapies for children and adolescents. Nueva York: Guilford Press; 2003. p. 301-22.

(Evidencia tipo II. Modelo: Multisystemic Therapy [MST]. *Características:* Para adolescentes con trastornos de conducta o actividad delictiva. El centro de intervención es la familia. *Procedimientos:* terapia de familia, consultas escolares, estrategias de intervención en grupos coetáneos, terapia de pareja [padres], terapia individual. *Resultados:* Mejorías significativas en los problemas de conducta, menos agresiones a compañeros, más reducciones del consumo de drogas, más asistencia a la escuela y menos riesgo de detenciones si se comparan con casos atendidos usualmente en centros de salud mental. Mejorías significativas en las relaciones familiares. Las mejorías al cabo de 2-3 años son significativamente superiores a las de los grupos control.)

Psicoterapia psicodinámica

(60) Szapocznik J, Rio A, Murray E, Cohen R, Scopetta M, Rivas-Vázquez A et al. Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. J Consult Clin Psychol 1989;57:571-8.

(Evidencia tipo III. Comparando un grupo de juego no terapéutico con una psicoterapia de grupo psicodinámica de una duración de 18 meses, el estudio [n = 69 de los cuales 35 tenían trastornos de conducta] muestra una mejoría significativa en los que reciben el tratamiento psicodinámico.)

(61) Woods J. The self-report of Andi. Clin Chile Psicol Psychiatry 2006;11(2):283-92.

(Evidencia tipo IV. En el tratamiento residencial de adolescentes con trastorno de conducta antisocial los conceptos psicodinámicos aportan una contribución significativa en el proceso terapéutico de cambio.)

Trastornos disruptivos

Psicoterapia cognitivo-conductual

(62) González JE, Nelson JR, Gutkin TB, Saunders A, Galloway A, Shwery CS. Rational emotive therapy with children and adolescents: a meta-analysis. *J Emotional Behav Disord* 2004;12(4):222-35.

(Evidencia tipo I. Este metanálisis estudia la efectividad de la terapia conductual racional emotiva en niños con trastornos emocionales en que se valora la ansiedad, la conducta disruptiva, la irracionalidad y el autoconcepto. La conclusión señala que los efectos positivos más duraderos se producen en las conductas disruptivas y que los niños se benefician más que los adolescentes.)

Psicoterapia psicodinámica

(63) Fonagy P, Target M. The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *J Am Acad Child Psychiatry* 1994;33:45-55.

(Evidencia tipo II. Estudio realizado en 135 niños tratados con psicoterapia psicodinámica a lo largo de un año. Se obtuvo una mejoría significativa en un 69% de los casos. Se vio que cuanto más jóvenes eran los niños, más mejorías significativas presentaban con el tratamiento. Un tratamiento intensivo que obtenía buenos resultados con los niños de menos de 12 años no daba los mismos buenos resultados con los adolescentes. El seguimiento de los casos tratados en la infancia permitió observar que estos niños, al llegar a edades superiores, presentaban una capacidad para hacer frente a situaciones adversas en la vida más elevada que sus hermanos no tratados.)

Anorexia nerviosa

(64) National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester (Reino Unido): British Psychological Society; 2004.

Eficacia reconocida: programa de rehabilitación alimenticia. Intervención sobre la familia en pacientes menores de edad. Posibles psicoterapias: cognitivo-conductual, cognitivo-analítica, psicodinámica focal, interpersonal y familiar.

Psicoterapia psicodinámica

(65) Crisp AH, Norton K, Gowers S, Halek C, Bowyer C, Yedham D et al. A Controlled Study of the Effect of Therapies Aimed at Adolescent and Family Psychopathology in Anorexia Nervosa. *Br J Psychiatry* 1991;159:325-33.

(66) Gowers D, Norton K, Halek C, Crisp AH. Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1994;15:165-177.

(67) Hall A, Crisp AH. Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: outcome at one year. *Br J Psychiatry* 1987;151:185-91.

(**Evidencia tipo II.** Estos tres estudios RCT confirman la eficacia de la psicoterapia psicodinámica breve en trastornos de la conducta alimenticia. Se producen mejorías en el peso, la recuperación de la menstruación, la identidad psicosexual y la adaptación social.)

Psicoterapia familiar

(68) Le Grange D. The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry* 2005;4(3):142-6.

(**Evidencia tipo I.** La FBT [*family-based treatment*] se ha ido estableciendo a lo largo de los últimos 25 años como una aproximación terapéutica importante para los adolescentes con anorexia nerviosa.)

Bulimia nerviosa y trastorno por atracón

(69) National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester (Reino Unido): British Psychological Society; 2004.

Eficacia reconocida: 1. Tratamiento cognitivo-conductual: 16-20 sesiones durante 4-5 meses. 2. Psicoterapia interpersonal: primeros efectos a medio/largo plazo.

(70) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, n.º 3 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd, 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Hay PJ, Bacaltchuk J, Stefano S. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. Disponible en: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citado en: Cochrane Library CD000562.

(**Evidencia tipo I.** Manual específico para el tratamiento de la bulimia nerviosa. Hay un elevado grado de evidencia sobre los beneficios de la terapia cognitivo-conductual aplicada a la bulimia nerviosa y los síndromes similares.)

(71) Lock J. Adjusting cognitive behaviour therapy for adolescents with bulimia nervosa. Results of case series. *Am J Psychother* 2005;59:267-81.

(**Evidencia tipo II.** Con la utilización de un protocolo de adultos, adaptado a adolescentes con la implicación de los padres, los resultados en una serie de adolescentes con bulimia nerviosa fueron similares a los esperados en una población adulta.)

Otros trastornos de la conducta asociados con trastornos fisiológicos y factores físicos

Psicoterapia cognitivo-conductual

(72) Mellon MW, McGrath ML. Empirically supported treatments in pediatric psychology: nocturnal enuresis. *Journal of Pediatric Psychology* 2000;25:193-214.

(**Evidencia tipo I.** *Características:* Revisión de 70 estudios, bien controlados metodológicamente, desde 1970 hasta 2000. *Resultados:* Los tratamientos conductuales del método de alarma y el entrenamiento con cama seca poseen una eficacia probada, con una tasa media de curación del 77,9% y del 75,3%, respectivamente.)

(73) Dobson P. Enuresis treatment in the UK. *Scan Jour Urol Nephro* 1999; 202:61-5.

(74) Glazener CMA, Evans JHC. Desmopressin for nocturnal enuresis in children (Cochrane Review). The Cochrane Library, 4. Oxford: Update Software Ltd; 2001. p 1-26. En: Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I (eds.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Madrid: Pirámide, 2003;3:51-69.

(Evidencia tipo I. Ambas revisiones, de muy amplio alcance, demuestran que la alarma al detectar la orina ha sido el tratamiento más eficaz para corregir la enuresis nocturna, y que incluir técnicas de sobreaprendizaje ha sido significativamente mejor que no hacerlo. Del mismo modo, el entrenamiento con la alarma en cama seca resultó ligeramente superior al método convencional de alarma.)

(75) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;2 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 11 de junio de 2008]. Brazzelli M, Griffiths P. Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for defecation disorders in children. Disponible en: <http://www.update-software.com/>. Citado en: Cochrane Library CD002240.

(Evidencia tipo I. Características: n total = 843 niños con encopresis primaria o secundaria, con o sin estreñimiento. Se localizaron 16 estudios aleatorizados. Seleccionaron ocho estudios de los 16 y compararon el tratamiento médico-conductual habitual [laxantes, dieta, entrenamiento en el uso del baño] con el mismo procedimiento más el *biofeedback*. Resultados: Añadir *biofeedback* al tratamiento médico-conductual habitual no mejoraba los resultados.)

(76) McGrath ML, Mellon MW, Murphy L. Empirically supported treatments in pediatric psychology: constipation and encopresis. *Journ Ped Psych*. 2000; 25:225-34 en Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I (eds.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Madrid: Pirámide, 2003;3:169-77.

(Evidencia tipo I. Revisión de 42 estudios que comparan cuatro categorías generales de procedimientos terapéuticos: intervenciones médicas, intervenciones basadas en *biofeedback*, psicoterapia e intervenciones conductuales. No se ha encontrado ningún tratamiento que cumpla los requerimientos de los tratamientos bien establecidos. No obstante, cuatro intervenciones fueron clasificadas como tratamientos probablemente eficaces: 1. tratamiento médico + refuerzo positivo + *biofeedback* [73%]; 2. tratamiento médico + refuerzo positivo [51%]; 3. tratamiento conductual + tratamiento médico [78%] y 4. tratamiento médico + *biofeedback* centrado en la contracción paradójica.)

Psicoterapia psicodinámica

(77) Moran GS, Fonagy P, Kurtz AM, Brook C. A controlled study of the psychoanalytic treatment of brittle diabetes. *J Am Acad Child Adolasc Psychiatry* 1991;30:241-57.

(Evidencia tipo II. La diabetes mellitus pertenece a esta área de aplicación, aunque la diabetes no se encuentra mencionada en el apartado F de la CIE-10.)

(78) Zimprich H. Behandlungskonzepte und -resultate bei psychosomatischen Erkrankungen im Kindesalter. En: Zimprich, H. (ed.). *Kind und Umwelt, Psychohygienische und psychosomatische Aspekte*. Viena/Nueva York: Springer; 1980.

(**Evidencia tipo II.** Estudia la eficacia de la psicoterapia en un amplio grupo de niños bajo tratamiento [n= 170] que padecían un amplio espectro de trastornos psicosomáticos: enuresis, encopresis, asma, neurodermatitis, etc. Los pacientes del grupo control [n = 100] recibían tratamiento farmacológico. Este estudio demuestra particularmente la eficacia de la terapia psicodinámica en niños. El tratamiento consistía en psicoterapia individual y de pareja o familia.)

Esquizofrenia

Psicoterapias en general

(**79**) Penades R, Boget T, Catalán R, Gastó C, Salamero M. La rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual de la cuestión. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc* 2002;29(6):380-4.

(**80**) Penades R, Catalán R, Salamero M, Boget T, Puig O, Guarch J, Gastó C. Cognitive Remediation Therapy for outpatients with chronic schizophrenia: a controlled and randomized trial. *Schizophr Res* 2006;87(1-3):323-31.

(**Evidencia tipo II.** Rehabilitación neuropsicológica: ejercicios de percepción social e interacción social adecuadas. Ejercicios de atención, memoria, resolución de problemas. *Resultados:* Mejorías significativas en pruebas cognitivas y en conductas afines y sociales, aunque no en todas.)

(**81**) Hogarty GE, Kornblith SF, Greenwald D et al. Personal Therapy: a disorder relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21:379-93.

(**Evidencia tipo II.** Terapia de apoyo orientada a la realidad [introspección]. *Características:* Adolescentes. Tres sesiones por semana. *Resultados:* Después de dos años de seguimiento, en comparación con la terapia psicodinámica, presentaba un menor periodo de ingreso y un mejor funcionamiento.)

(**82**) Cangas Díez AJ, Gil Roales-Nieto J, Peralta V. Esquizofrenia, nuevas perspectivas en la investigación. Bogotá: PSICOMO; 2006.

(**Evidencia tipo I.** Psicoeducación familiar [complementaria al fármaco]. *Resultados* [seis estudios comparativos]: menos recaídas, especialmente trabajando en grupos multifamiliares. Psicoeducación de familia y paciente. Larga duración. Se recomiendan tratamientos intensivos en ingreso, hospital de día y ambulatorio.)

Trastornos autísticos

Psicoterapia cognitivo-conductual

(**83**) Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol* 2006;43:425-38.

(**Evidencia tipo I.** El grupo de estudio señala que los programas conductuales y las técnicas basadas en la teoría del aprendizaje son elementos fundamentales para el apoyo a las

personas con autismo, tanto para fomentar el desarrollo como para afrontar los problemas del comportamiento. Asimismo, ayuda a la aplicación personalizada de técnicas adaptadas de terapia cognitivo-conductual y presta apoyo emocional a personas con trastornos de Asperger o autismo con un nivel de funcionamiento elevado.)

(84) White AH. Cognitive behavioural therapy in children with autistic spectrum disorder. Londres: Bazian Ltd (ed.), Wessex Institute for Health Research and Development, University of Southampton; 2004. p. 12.

(Evidencia tipo I. En esta revisión se encuentra evidencia sobre la factibilidad de la terapia cognitivo-conductual como opción de tratamiento con buenos resultados en niños con trastornos del espectro autista.)

(85) Sansosti FJ, Powell-Smith KA, Kincaid D. A research synthesis of social story interventions for children with autism spectrum disorders. Focus Autism Other Dev Disabl 2004;19(4):194-204.

(Evidencia tipo I. En esta revisión se comprueba la efectividad del modelo de historias sociales en la educación de niños con espectro autista.)

Psicoterapia conductual

(86) Doughty C. What is the evidence for the effectiveness of behavioural and skill-based early intervention in young children with autism spectrum disorder (ASD)? New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2004.

(Evidencia tipo I. Hay evidencia preliminar sobre la efectividad de la terapia conductual y las técnicas de intervención precoz en los niños con trastorno del espectro autista. El tratamiento conductual intensivo tiene efectos positivos en la medida del cociente intelectual, lenguaje expresivo, comprensión y comunicación. La intervención precoz que se sirve de una aproximación al desarrollo social puede ser un modelo efectivo de tratamiento.)

(87) Campbell JM. Efficacy of behavioral interventions for reducing problem behavior in persons with autism: a quantitative synthesis of single-subject research. Res Dev Disabil 2003;24(2):120-138.

(Evidencia tipo I. En esta revisión se comprueba que las intervenciones conductuales producen mejorías en personas con autismo, sobre todo en los tratamientos basados en el análisis funcional experimental.)

Psicoterapia psicodinámica

(88) Álvarez A. Zum Leben wiederfinden. Psychoanalytische Psychotherapie mit autistischen, Borderline-, vernachlässigten und mißbrauchten Kindern. Fráncfort: Brandes & Apsel; 2001.

(89) Ogden T. The Primitive Edge of Experience. Nueva Jersey: Jason Aronson Inc; 1989.

(90) Tustin F. Autism and childhood psychosis. Londres: Hogarth Press; 1972.

(91) Tustin F. Autistic Barriers in Neurotic Patients. Londres: Routledge; 1986.

(Evidencia tipo V. Estos cuatro artículos contienen numerosos casos únicos de autismo tratados psicodinámicamente. Es necesaria una mejor elaboración de los trabajos y mayor

número de casos para constituir un grupo suficiente con el que llevar a cabo una investigación.)

Trastornos de la personalidad

(92) Guile JM, Greenfield B, Breton JJ, Cohen D, Labelle R. Is psychotherapy effective for borderline adolescents? *Clin Neuropsychiatry* 2005;2(5):277-82.

(Evidencia tipo I. Análisis que incluye estudios con tratamientos cognitivo-conductual, dialéctico-conductual y psicodinámica. No se encuentran diferencias significativas en relación con los síntomas psiquiátricos, intentos de suicidio y reingresos. Pero son necesarios más estudios para aclarar la comprensión de los efectos.)

Maltrato infantil

(93) Skowron E, Reinemann DH. Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: a meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2005;42(1):52-71.

(Evidencia tipo I. Se evalúa la efectividad del tratamiento [no conductista, conductista y la combinación], en todas las formas de maltrato infantil. Los resultados sugieren que el tratamiento es efectivo, pero que requiere más investigación.)

(94) Ramchandani P, Jones DP. Treating psychological symptoms in sexually abused children: from research findings to service provision. *Br J Psychiatry* 2003;183:484-90.

(Evidencia tipo I. Metanálisis de estudios controlados y aleatorizados en niños que han recibido abusos sexuales, a los cuales se ha aplicado terapia de tipo cognitivo-conductual individual y de grupo, exposición al estrés, programas específicos de abuso, terapia familiar y psicoterapia de grupo. Se comprueba que el tratamiento es eficaz y que mejoran los síntomas psicológicos del niño, y que constituye una prioridad proporcionar seguridad inmediata a los niños que tienen una experiencia de abuso sexual.)

(95) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, n.º 4 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Macdonald GM, Higgins JP, Ramchandani P. Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. Disponible en: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citado en: Cochrane Library CD001930.

(Evidencia tipo I. La revisión confirma el potencial de la terapia cognitivo-conductual como un medio para dirigir las consecuencias adversas del abuso sexual infantil.)

(96) [Lieberman AF](#), [Ghosh Ippen C](#), [van Horn P](#). Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(8):913-8.

(Evidencia tipo II. Un año de tratamiento con psicoterapia padres-hijos a niños de 3 a 5 años traumatizados y con seis meses de seguimiento. Este estudio aporta una evidencia adicional sobre la eficacia y durabilidad del tratamiento en esta población, pero no es significativo en los síntomas de las madres.)

Discapacidad intelectual

(97) McAdam DB, Sherman YA, Sheldon JB, Napolitano DA. Behavioral interventions to reduce the pica of persons with developmental disabilities. *Behav Modif* 2004;28(1):45-72. (Evidencia tipo I. En niños con trastornos del desarrollo y que presenten pica se aplican modelos de intervenciones conductuales: refuerzo diferencial de otras conductas, de atención o contingente y sobrecorrección. Hay evidencia sobre su efectividad y aceptabilidad.)

Adicciones

Comparación de tratamientos

(98) Waldron HB, Kaminer Y. On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction* 2004;99:93-105.

(99) Waldron HB, Kern-Jones S. Treatment of substance abuse disorders in children and adolescents. En: Barret P, Ollendick TH (eds.). *Interventions that work with children and adolescents*. Chichester: John Wiley & Sons; 2004. p. 329-42. (Evidencia tipo I. Los procedimientos cognitivo-conductuales han demostrado eficacia, con mejorías significativas en una tercera parte de los casos. La mayoría se han realizado para adicciones al cannabis. Los tratamientos pueden ser efectivos tanto individualmente como en grupo. Hay estudios que alertan de la posible yatrogenia de los grupos de adolescentes. La terapia de familia parece más eficaz que la terapia cognitivo-conductual individual.)

(100) Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J, Liddle H, Titus JC, Kaminer Y, Webb C, Hamilton N, Funk R. The cannabis youth treatment (CYT) study: main findings from two randomized trials. *Journ Subs Abus Treat*. 2004:197-213. En: Barret P, Ollendick T (eds.). *Handbook of interventions that work with children and adolescents*. Chichester: John Wiley & Sons; 2005. p. 333-4.

(Evidencia tipo I. «**Cannaby Youth Treatment Study**». *Características*: Estudio de 600 adolescentes con abuso o dependencia de cannabis. Se comparan cinco intervenciones: potenciación motivacional individual, terapia cognitivo-conductual en grupo, psicoeducación familiar, refuerzo comunitario adolescente individual y terapia familiar multidimensional. *Resultados*: Las cinco intervenciones consiguen reducciones significativas del consumo de cannabis y de sus consecuencias negativas al cabo de tres meses del tratamiento. Las mejorías se mantienen al cabo de 12 meses. También hay mejorías en problemas de conducta, familiares y escolares, violencia y actividades ilegales. Los resultados generales se decantan a favor de la terapia cognitivo-conductual y la intervención familiar conjunta.)

Entrevista motivacional breve

(101) Grenard JL, Amás SL, Pentz MA, Sussman S. Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems. *Int J Adolesc Med Health* 2006;18(1):53-67.

(Evidencia tipo I. Revisión de estudios sobre la entrevista motivacional breve en adolescentes y adultos jóvenes con problemas relacionados con las drogas. Se demuestra que puede ser efectivo en estas poblaciones, pero que no están bien identificados los componentes necesarios para el éxito.)

Terapia familiar

(102) Ozechowski TJ, Liddle HA. Family-based therapy for adolescents drug abuse: Knows and unknowns. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2000;3:269-98.

(Evidencia tipo I. Se revisan 12 estudios clínicos, interviniendo todos ellos en terapia de familia. En todos se dan mejorías significativas. En siete estudios se deduce que la terapia de familia es más eficaz en la reducción del consumo de cannabis que la terapia cognitivo-conductual individual, las intervenciones en grupo o la psicoeducación familiar. En seis de los siete estudios los beneficios obtenidos se mantienen de 6 a 12 meses después.)

4.2. Psicoterapia para los adultos

Prevención

(103) Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(2):119-25.

(Evidencia tipo I. Esta revisión incluye estudios sobre sesiones de grupo, interrogatorio, *counselling*, terapia cognitivo-conductual, entrenamiento parental, reducción de conflictos, afrontamiento y terapia interpersonal. En los estudios se incluyen personas con síntomas depresivos, adolescentes con depresión subclínica, estudiantes de universidad con una alta puntuación en el «Attributional Style Questionnaire», mujeres con riesgo de depresión posparto, hijos de padres divorciados, pacientes de atención primaria, pacientes sin trastorno depresivo mayor y pacientes que han tenido experiencias traumáticas, accidentes de tránsito y crímenes violentos. A pesar de la gran heterogeneidad clínica de la revisión, la prevención de nuevos casos de trastornos mentales parece posible.)

Trastornos mentales sin especificar

Psicoterapia psicodinámica

(104) Cameron CL. Brief psychotherapy: a brief review. *Am J Psychother* 2006;60:147-52.

(Evidencia tipo I. Recoge una gran cantidad de estudios y metanálisis, muchos aleatorizados, sobre las intervenciones breves —de 12 a 25 sesiones— que muestran un grado elevado de eficacia y evidencia.)

(105) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, n.º 4 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kiesly S. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Disponible en: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citado en: Cochrane Library CD004687.

(Evidencia tipo I. Metanálisis de 23 estudios en 1.431 pacientes con trastornos mentales. Los autores deducen que la psicoterapia psicodinámica de corta duración promete beneficios de modestos a moderados en una variedad de pacientes. Estos resultados se deben interpretar con cuidado.)

(106) Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 2004;61:1208-16.

(Evidencia tipo I. Metanálisis muy riguroso en la aplicación de los criterios de inclusión. La psicoterapia psicodinámica breve es un tratamiento efectivo en los trastornos psiquiátricos.)

(107) Crits-Christoph. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. Am J Psychiatry 1992;149:151-8.

(Evidencia tipo I. Los resultados de la psicoterapia dinámica breve —12 sesiones— son similares a otras psicoterapias y medicación.)

Psicoterapia familiar

(108) Asen E. Outcome research in family therapy. Adv Psychiatr Treat 2002;8:230-8.

(Estudio que **recoge todo tipo de evidencia** en los diferentes enfoques de la psicoterapia familiar y en diferentes patologías.)

Psicoterapia psicodrama

(109) Wieser M. Studies on Treatment Effects of Psychodrama Therapy. En: Maciel M, Burmeister J, Baim C (eds.). Advanced Theories and Practice in Psicodrama. Londres: Brunner/Routledge. En prensa.

(Evidencia tipo I. Se revisan 75 estudios controlados y aleatorizados y metanálisis, en todas las edades, con diferentes trastornos mentales, con diferentes *settings* y duración. También estudios comparativos. *Resultados*: El psicodrama tiene, estadísticamente, efectos significativos en la mayoría de las personas tratadas. El artículo también recoge que el psicodrama ha sido acreditado por el Gobierno y los sistemas de seguridad social en Austria [Ottomeyer y Wieser, 1996], en Hungría [Pinter, 2001] y por la Asociación Europea de Psicoterapia [Wieser, Fontaine, Tavon y Teszary, 2004].)

(110) Kipper DA, Ritchie TD. The effectiveness of psychodramatic techniques: a meta-analysis. Group Dyn 2003;7:13-25.

(Evidencia tipo I. Las técnicas psicodramáticas tienen relevancia en la práctica clínica y, por tanto, pueden ser adoptadas e incorporadas en formas variadas de psicoterapia de grupo. La inversión de papeles, duplicación y juegos de rol, de forma individual o conjunta, pueden añadirse a muchas formas de psicoterapia de grupo.)

Terapias psicoeducativas

(111) Griffiths RD, Fernández RS, Mostacchi MS, Evans V. Comparisons of educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication. *JBH Reports* 2004;2(1):1-44.

(Evidencia tipo I. Esta revisión demuestra que hay evidencia sobre la posibilidad de utilizar las intervenciones educativas estructuradas y aplicadas en intervalos frecuentes como una parte del programa de tratamiento de personas con enfermedad mental.)

Trastorno depresivo mayor

Psicoterapias en general y comparaciones

(112) Cuijpers P, Dekker J. Psychological treatment of depression; a systematic review of meta-analyses. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149(34):1892-7.

(Evidencia tipo I. Revisión de metanálisis. No hay evidencia convincente de que la terapia cognitivo-conductual sea más efectiva que otros tratamientos psicológicos. Las intervenciones breves psicológicas tienen más efectos. Los tratamientos psicológicos también son efectivos en niños y adolescentes. El tratamiento basado únicamente en antidepresivos es menos efectivo que la terapia combinada con antidepresivos e intervenciones psicológicas. Hay un gran cuerpo empírico sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos en pacientes con trastornos depresivos.)

(113) McPherson S, Cairns P, Carlyle J, Shapiro DA, Richardson P, Taylor D. The effectiveness of psychological treatments for treatment-resistant depression: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111(5):331-340.

(Evidencia tipo I. Incluye un conjunto de psicoterapias cara a cara, con una duración del tratamiento de 15 a 39 sesiones. Se deduce que la efectividad del tratamiento en personas con depresión resistente al tratamiento es problemática y se necesitan más estudios. Estos estudios deberían considerar medidas de función, discapacidad y calidad de vida.)

(114) Friedman MA, Tweiler-Bedell JB, Leventhal HE, Horne R, Keitner GI, Miller IW. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for the treatment of mayor depressive disorder. *Clin Psychol Sci Prac* 2004;11(1):47-68.

(Evidencia tipo I. Se incluyen estudios de una variedad de psicoterapias: cognitiva, interpersonal, autocontrol, cognitivo-conductual, resolución de problemas, de apoyo psicodinámico breve y técnicas de entrenamiento social. Generalmente 50 minutos o más, una vez a la semana. La combinación de tratamientos aporta un pequeño beneficio en la reducción global de los síntomas y un beneficio moderado en la recuperación si se compara con el tratamiento sencillo.)

(115) Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(7):714-9.

(Evidencia tipo I. En esta revisión sistemática se demuestra que el tratamiento psicológico combinado con fármacos antidepresivos se asocia con una mejoría superior a la que se

consigue sólo con la medicación. En tratamientos largos la adición de psicoterapia ayuda a los pacientes a continuar el tratamiento.)

(116) Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 2001;21:401-19.

(Evidencia tipo I. No hay diferencias significativas entre las psicoterapias breves psicodinámicas, las cognitivo-conductuales y las conductuales, sobre los efectos en los síntomas depresivos, la sintomatología psiquiátrica general y el funcionamiento social.)

(117) Persons JB, Thase ME, Crits-Christoph P. The role of psychotherapy in the treatment of depression: review of two practice guidelines. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:283-90.

(Evidencia tipo I. Se examinan las guías de la American Psychiatric Association y la Depression Guideline Panel of the Agency for Health Care Policy and Research. Se constata la validez de las psicoterapias cognitiva, conductual, psicodinámica breve y de grupo en el tratamiento de muchas personas con depresión grave. Tiene más valor la combinación de psicoterapia y farmacoterapia.)

(118) Hakkart-van Roijen L, van Straten A, Al M, Rutten F, Donker M. Cost-utility of brief psychological treatment for depression and anxiety. *Br J Psychiatry* 2006;188:323-9.

(Evidencia tipo II. La relación coste-beneficio en este estudio controlado y aleatorizado no es diferente en los tres grupos de tratamiento: psicoterapia breve, terapia cognitivo-conductual y tratamiento habitual.)

(119) De Johnge F, Kool S, van Alast G, Dekker J, Peen J. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Disord* 2001;64:217-29.

(120) De Jonghe F, Dekker J, Kool S, van Aalst G, Peen J, Gijsbers-van Wijk C. Psychotherapie en/of antidepressiva bij depressie: een gerandomiseerd onderzoek. *Tijdschr Psychiatr* 2002;44:237-48.

(121) De Johnge F, Hendrickes M, van Alast G, Kool S, Peen V, Van R, van den Eijden E et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *Br J Psychiatry* 2004;185:37-45.

(Evidencia tipo II. La terapia combinada [psicoterapia y farmacoterapia] es preferible a la farmacoterapia en el tratamiento ambulatorio de la depresión mayor.)

(122) Thompson LW, Gallagher D, Breckenridge JS. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:385-90.

(123) Gallagher-Thompson DE, Steffen AM. Comparative effects of cognitive-behavioral and briefpsychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:543-9.

(124) Shapiro DA, Barkham M, Rees A, Hardy GE, Reynolds S, Startup M. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:522-34.

(125) Shapiro DA, Rees A, Barkham M, Hardy GE. Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:378-87.

(Evidencia tipo II. Todos estos trabajos aleatorizados y controlados [*randomized and controlled study*, RCT] demuestran que no hay diferencias significativas entre la psicoterapia psicodinámica y la cognitivo-conductual y que ambas son eficaces en el tratamiento de la depresión.)

Psicoterapia cognitivo-conductual

(126) Hensley PL, Nadiga D, Uhlenhuth EH. Long-term effectiveness of cognitive therapy in mayor depressive disorder. *Depress Anxiety* 2004;20(1):1-7.

(Evidencia tipo I. La evidencia apoya el efecto a largo plazo de la terapia cognitiva frente a la utilización única de antidepresivos tricíclicos.)

(127) Yane-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. Predictors of efficacy in depression prevention programmes: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2003;183(5):384-97.

(Evidencia tipo I. Según el resultado de este metanálisis, los programas de prevención conducidos por personal de salud, del tipo de conducta, cognición, competencia, educación o apoyo social pueden reducir los síntomas depresivos hasta un 10%.)

(128) Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998;49:59-72.

(129) Gaffan EA, Tsaoussis I, Kemp-Wheeler SM. Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:966-80.

(130) DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD. Medication versus cognitive behaviour therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 1999;49:774-81.

(Evidencia tipo I. Los resultados del tratamiento con psicoterapia cognitivo-conductual son muy superiores a los observados con farmacoterapia.)

(131) Yarret RB, Rush AJ. Short-term psychotherapy of depressive disorders: current status and future directions. *Psychiatry* 1994;57:115-32.

(Evidencia tipo II. Los resultados de la psicoterapia cognitivo-conductual son similares o superiores a otros tipos de psicoterapia.)

Psicoterapia psicodinámica

(132) Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E, Venturini A, Rosset N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of mayor depression. *Psychiatr Serv* 2002;53:585-90.

(Evidencia tipo II. La psicoterapia psicodinámica combinada con psicofármacos fue más eficaz que el tratamiento farmacológico exclusivo.)

(133) Burnard Y, Andreoli A, Venturini A, Rosset N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of mayor depression. *Psychiatr Serv* 2002;53:585-90.

(Evidencia tipo II. El análisis de efectividad concluye que el tratamiento combinado es mucho más efectivo que exclusivamente la clomipramina y que se produce una reducción de la hospitalización. La psicoterapia psicodinámica es un estándar en la terapia antidepresiva y hay una buena relación coste-efectividad en el tratamiento de pacientes con depresión mayor.)

(134) Gallagher-Thompson DE, Hanley-Peterson P, Thompson LW. Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:371-4.

(135) Barkham M, Rees A, Shapiro DA, Stilas WB, Agnew RM, Halstead J et al. Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: Replication of the second Sheffield psychotherapy Project. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:1079-85.

(Evidencia tipo II. Todos estos trabajos aleatorizados y controlados [*randomized and controlled study*, RCT] demuestran la eficacia de la psicoterapia psicodinámica en la depresión.)

(136) Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum; 1988.

(Evidencia tipo II. Estudia las diferencias pretratamiento/postratamiento en el sentido de Cohen [1988]. Demuestra que la psicoterapia psicodinámica es altamente efectiva para reducir la depresión [0,90-2,80] y los síntomas psiquiátricos generales [0,79-2,65].)

Psicoterapia interpersonal

(137) Feijó MM de, Jesús MJ de, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255(2):75-82.

(Evidencia tipo I. La eficacia de la psicoterapia interpersonal fue superior al placebo y similar a la medicación. También fue más eficaz que la terapia cognitivo-conductual. Los autores dicen que aspectos como el coste, la experiencia y el entrenamiento del equipo, y la preferencia del equipo y del paciente han de ser considerados cuando se tenga que elegir entre psicoterapia interpersonal y medicación.)

(138) Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Scott CP, Rodríguez E, Imber SD et al. Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:913-9.

(Evidencia tipo II. Se demuestra su eficacia en personas con depresión en atención primaria.)

Psicoterapia de pareja

(139) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, n.º 3 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Barbato A, D'Avanzo B. Terapia de pareja para la depresión. Disponible en: <http://www.update-software.com/>. Citado en: Cochrane Plus [revisión Cochrane traducida].

(**Evidencia tipo I.** La dificultad matrimonial fue significativamente menor y su persistencia significativamente menos frecuente en el grupo de terapia marital que en el de tratamiento individual. Este efecto se vio reforzado cuando las parejas con dificultades se consideraron por separado. Puede ser favorable la elección de esta terapia cuando las dificultades matrimoniales se perciben como un problema importante.)

(140) Leff J, Vearnals S, Brewin CR, Wolff G, Alexander B, Asen E et al. The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry* 2000;177:95-100.

(**Evidencia tipo II.** Se compara la terapia de pareja con el tratamiento antidepresivo. La psicoterapia de pareja tiene una ventaja significativa según el inventario de depresión de Beck. Respecto al coste de los servicios, no hay una diferencia apreciable entre los tratamientos.)

(141) Hahlweg K, Markman HJ. Effectiveness of behavioural marital therapy: empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(3): 440-7.

(142) Jacobson NS, Martin B. Behavioral marriage therapy: current status. *Psychol Bull* 1976;83:540-56.

(**Evidencia tipo II.** Estas dos revisiones muestran que es eficaz para reducir síntomas y prevenir recaídas.)

Psicoterapia familiar

(143) Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA, Cardemil EV, Beevers CG. Treatment matching in the posthospital care of depressor patients. *Am J Psychiatry* 2005;162:2131-8.

(**Evidencia tipo II.** Los pacientes con terapia familiar experimentan una mejoría significativa de los síntomas depresivos y la ideación suicida en relación con los que no siguen esta terapia.)

Psicodrama

(144) Costa EM, Antonio R, Soares MB, Moreno RA. Psychodramatic psychotherapy combined with pharmacotherapy in mayor depressive disorder: an open naturalistic study. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28:40-3.

(**Evidencia tipo III.** Los resultados sugieren que el psicodrama individual y de grupo, asociado con tratamiento farmacológico, comporta beneficios clínicos en el tratamiento del trastorno depresivo. Los pacientes que participaron presentaron una mejoría significativa en la escala de depresión de Hamilton y en la escala de autoevaluación de adecuación social, comparados con los pacientes del grupo control.)

Terapias en las personas mayores

(145) Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2006;163(9):1493-501.

(Evidencia tipo I. No existen grandes diferencias en los resultados en personas mayores tratadas con psicoterapia o farmacoterapia. El tratamiento de elección se debe basar en otros criterios, como son las contraindicaciones, la accesibilidad al tratamiento o las preferencias del paciente.)

(146) Cole MG, Dendukuri N. The feasibility and effectiveness of brief interventions to prevent depression in older subjects: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19(11):1019-25.

(Evidencia tipo I. Algunos tipos de intervenciones breves tienen potencial para prevenir la depresión en personas mayores.)

(147) Hsieh HF, Wang JJ. Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2003;40(4):335-45.

(Evidencia tipo I. Los autores apuntan que la terapia de reminiscencia se puede considerar una intervención viable, valiosa y utilizable para reducir potencialmente la depresión en personas mayores.)

(148) Schulberg HC, Post EP, Raue PJ, Have TT, Miller M, Bruce ML. Treating late-life depression with interpersonal psychotherapy in the primary care sector. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(2):106-14.

(Evidencia tipo II. La psicoterapia interpersonal es un tratamiento efectivo en las personas mayores con depresión tratadas en atención primaria.)

(149) Wei W, Sconamoorhi V, Olsson M, Walkup JT, Crystal S. Use of Psychotherapy for depression in older adults. *Am J Psychiatry* 2005;162:711-7.

(Evidencia tipo II. Reconocida eficacia de la psicoterapia [4-9 meses] en personas mayores depresivas de 65 años y más.)

(150) Lenze EJ, Dew MA, Mazumdar S, Begley AE, Cornes C, Miller MD et al. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy as Maintenance Treatment for Late-Life Depression: Effects on Social Adjustment. *Am J Psychiatry* 2002;159:466-8.

(Evidencia tipo II. Los pacientes de 60 años y más que reciben tratamiento con antidepresivos y psicoterapia tienen un ajuste social mejor que los que reciben monoterapia.)

(151) Miller MD, Reynolds CF III. Expanding the usefulness of interpersonal psychotherapy (IPT) for depressed elders with co-morbid cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(2):101-5.

(Evidencia tipo IV. La utilidad de la psicoterapia interpersonal está documentada como un tratamiento de mantenimiento de la depresión, como monoterapia o en combinación con medicación antidepresiva.)

Trastorno depresivo de leve a moderado

Psicoterapia psicodinámica breve

(152) López Rodríguez J, López Butrón MA, Vargas Térrez BE, Villamil Salcedo V. Estudio doble ciego con antidepresivo, psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión leve a moderada. *Salud Ment* 2004;27(5):53-61.

(Evidencia tipo II. El modelo de psicoterapia breve de Bellak consigue el mismo resultado que la farmacoterapia, un resultado menor que la terapia combinada y mejor que el placebo. La psicoterapia obtiene mejor resultado en la modificación de la conducta en el trastorno depresivo. El uso de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión es importante porque hay pacientes que no aceptan un fármaco antidepresivo.)

Orientación (*counselling*)

(153) Chilvers C, Dewey M, Fielding K, Gretton V, Miller P, Palmer B et al. Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. *BMJ* 2001;322:772-7.

(Evidencia tipo II. Los datos del estudio aleatorizado y controlado muestran que al cabo de doce meses el *counselling* genérico y los antidepresivos son igualmente efectivos en pacientes con depresión leve o moderada. Ante la posibilidad de elección, muchos pacientes optan por el *counselling*. Los pacientes que escogen el *counselling* obtienen un beneficio más alto.)

Trastorno bipolar

Psicoterapia en general

(154) Rizvi S, Zaretsky AE. Psychotherapy through the phases of bipolar disorder: Evidence for general efficacy and differential effects. *J Clin Psychol* 2007;63(5):491-506.

(Evidencia tipo I. La psicoterapia es un recurso efectivo añadido al tratamiento del trastorno bipolar y se debe proporcionar atención a la psicoeducación, a la terapia de enfoque familiar, a la terapia interpersonal y de ritmo social y a la terapia cognitivo-conductual. Los resultados pueden ser diferentes según cuándo y en qué condiciones es administrada.)

(155) Miklowitz DJ. An update on the role of psychotherapy in the management of bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2006;8(6):498-503.

(Evidencia tipo I. Estudios aleatorizados con cinco años de seguimiento indican los beneficios positivos de la terapia cognitivo-conductual, interpersonal, familiar y de grupo psicoeducativo, acompañando la medicación. Ayuda a la estabilización de las recurrencias, a la estabilidad de los síntomas y al cumplimiento de la medicación.)

(156) Scott J, Gutiérrez MJ. The current status of psychological treatments in bipolar disorders: a systematic review of relapse prevention. *Bipolar Disord* 2004;6(6):498-503.

(**Evidencia tipo I.** Añadir tratamientos psicológicos en el caso de personas con trastornos bipolares es aceptable, factible y reduce el riesgo de recaídas. Existen relativamente pocas diferencias entre los diferentes tipos de terapias.)

(157) Vieta E, Colom F. Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;(422):34-8.

(**Evidencia tipo I.** En las aproximaciones psicológicas, y particularmente en el caso de las terapias psicoeducativas y cognitivo-conductuales, hay evidencia de que son terapias profilácticas para pacientes bipolares que reciben farmacoterapia. Se deben usar junto con la medicación para que sea posible prevenir los trastornos bipolares.)

Psicoterapia interpersonal y de ritmo social

(158) Eheliens CL, Frank E, Kupfer DJ. Social Zeitgebers and biological rhythms: a unified approach to understanding the etiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:948-52.

(**Evidencia tipo III.** Esta psicoterapia formalizada se basa en la terapia interpersonal clásica e incorpora un programa conductual de automonitorización. Ayuda a las personas con trastorno bipolar a iniciar y mantener estilos de vida caracterizados por ciclos de sueño y alimentación regulares con un buen funcionamiento social. El objetivo es regular las alteraciones circadianas que pueden provocar una recaída.)

Terapia psicoeducativa

(159) Martínez-Arán A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J et al. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161(2):262-70.

(160) Colom F, Vieta E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Barcelona: Ars medica; 2004.

(**Evidencia tipo II.** Programa de 21 sesiones que demuestra ser eficaz como complemento a la medicación.)

Trastornos esquizofrénicos

Psicoterapia cognitivo-conductual

(161) Lawrence R, Bradshaw T, Mairs H. Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: a systematic review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13(6):673-81.

(**Evidencia tipo I.** La psicoterapia cognitivo-conductual de grupo psicoeducativa reduce los síntomas positivos y negativos.)

(162) Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2005;77(1):1-9.

(Evidencia tipo I. En este metanálisis se investiga la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con espectro esquizofrénico con síntomas positivos residuales que han sido tratados con fármacos antipsicóticos. Este tratamiento es una aproximación prometedora que tiene efecto a largo plazo.)

(163) Penn DL, Waltheter EJ, Porkins DO, Mueser KT, Lieberman YA. Psychosocial Treatment for First-Episode Psychosis: A Research Update. *Am J Psychiatry* 2005;162:2220-32.

(Evidencia tipo I. En este metanálisis se valora que las intervenciones psicosociales precoces pueden ser beneficiosas en muchos aspectos en el primer episodio de psicosis.)

(164) Munro SL, Baker YA, Planyle J. Cognitive behaviour therapy within acute mental health care: a critical appraisal. *Int J Ment Health Nurs* 2005;14(2):96-102.

(Se critica la investigación sobre la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en los estados psicóticos agudos.)

(165) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, n.º 1 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Crawford-Walker CJ, King A, Chan S. Distraction techniques for schizophrenia. Disponible en: <http://www.update-software.com/>. Citado en: Cochrane Library CD004717.

(Evidencia tipo I. La técnica de distracción es una estrategia utilizada en técnicas cognitivo-conductuales. En este metanálisis se observa que los pocos estudios pioneros son pequeños, cortos y con poca información, pero son más aceptables que otros tratamientos más intrusivos.)

(166) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, n.º 3 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C. Terapia cognitivo conductual para la esquizofrenia. Disponible en: <http://www.update-software.com/>. Citado en: Cochrane Plus [revisión Cochrane traducida].

(Evidencia tipo I. La terapia cognitivo-conductual [TCC] se compara con las curas estándar, la medicación específica, otras terapias y la no intervención. Es una terapia de conversación que se considera valiosa para el tratamiento de las personas con esquizofrenia. Esta revisión sugiere que la terapia cognitiva puede ser de utilidad, como mínimo a corto plazo. Es necesario hacer evaluaciones adicionales de la terapia cognitivo-conductual en diversos ámbitos clínicos y la inclusión de la comparación de los efectos por parte de los terapeutas expertos y los menos experimentados.)

(167) Tarrrier N, Wykes T. Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Behav Res Ther* 2004;42(12):1377-401.

(Evidencia tipo I. Existe un alto grado de evidencia sobre la eficacia y efectividad de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la esquizofrenia.)

(168) Krabbendam L, Aleman A. Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology* 2003;169(3-4):376-82.

(**Evidencia tipo I.** En este metanálisis se valora el potencial que tienen las técnicas cognitivas en la realización de tareas incluidas en los procedimientos de entrenamiento.)

(169) Twamley EW, Jeste DV, Bellack AS. A review of cognitive training in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2003;29(2):359-82.

(**Evidencia tipo I.** Se examina la efectividad diferencial de diferentes intervenciones de entrenamiento cognitivo: no informatizadas y con asistencia informatizada, con o sin estrategia de entrenamiento y con adaptación al entorno. Se concluye que todas tienen componentes eficaces que intentan mejorar el resultado cognitivo y el funcionamiento del día a día.)

(170) Jackson H, McGorry PD, Edwards J, Hulbert C. Cognitively oriented Psychotherapy for early psychosis (COPE). En: Cotton P, Yackson H (eds.). *Early intervention and prevention in mental health*. Melbourne: Australian Psychological Society; 1996. p. 131-54.

(**Evidencia tipo II.** Modelo COPE para los primeros brotes: psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis incipiente. Psicoterapia breve, 18 sesiones de media. *Resultados:* Cambios positivos en la actitud hacia el tratamiento y la conciencia de enfermedad; mejoría de los síntomas negativos y mejor funcionamiento psicosocial. Modelo STOPP para los enfermos de recuperación prolongada. Psicoterapia una o dos veces a la semana.)

(171) Edwards J, Francey S, McGorry PD, Jackson H. Early psychosis prevention and intervention: evolution of a comprehensive community-based specialized service. *Behav Change* 1994;11:223-32.

(172) McGorry PD. Early psychosis prevention and intervention centre. *Australas Psychiatry* 1993;1:32-4.

(173) McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan S, Jackson HJ. Early psychosis prevention and intervention centre: an evolving system for early detection and intervention. *Schizophr Bull* 1996;22:305-26.

(174) EPPIC. Psychoeducation in early psychosis: Manual 1 in a series of early psychosis manual. Melbourne: EPPIC Statewide Services; 1997.

(175) EPPIC. Working with families in early psychosis: Manual 2 in a series of early psychosis manual. Melbourne: EPPIC Statewide Services; 1997.

(176) EPPIC. Group work in early psychosis: Manual 4 in a series of early psychosis manual. Melbourne: EPPIC Statewide Services. En prensa.

(**Evidencia tipo II.** Programa EPPIC de prevención e intervención precoz en la psicosis. *Resultados:* Al cabo de tres meses la proporción de enfermos hospitalizados disminuyó del 84% al 63%; la estancia hospitalaria se redujo de 50 a 18 días; disminuyó la dosis de neurolépticos sin comprometer la evolución; el 30% permaneció en la comunidad durante el episodio agudo; la notificación de casos por la familia o amigos pasó del 10 al 25% en seis meses.)

(177) Schaub A, Böker W. Training kognitiver und sozialer Defizite bei schizophrener Patienten. *Zentralblattf Neurol Psychiatr* 1990: 255-77.

(178) Schaub A, Andres K, Brenner HD, Donzel G. Developing a novel coping-orientated treatment programme for schizophrenic patients. En: Brenner HD, Bjker W, Genner R (eds.). Integrative Therapy of Schizophrenia. Berna: Huber; 1997. p. 228-51.

(179) Schaub A. Bewältigungsorientierte Gruppentherapie bei schizophrenen und schizoaffektiven Erkrankten und ihren Angehörigen [Description of a coping-orientated treatment programme for schizophrenic and schizo-affective patients and their relatives]. En: Trenkmann U, Lasar M (eds.). Psychotherapeutische Strategien der Schizophreniebehandlung [Psychotherapeutic strategies in the treatment of schizophrenia]. Lengerich/Berlín: Pabst Science Publisher; 1997. p. 95-120.

(Evidencia tipo II. Procedimiento estructurado y manualizado: versión larga con 24 sesiones a lo largo de dos meses y medio; versión breve, 16 sesiones. Resultados del programa de tratamiento orientado al afrontamiento: más asertividad, menos días de ingreso y reducción significativa de los síntomas patológicos.)

(180) Porris C. Kognitiv psykoterapi vid schizofrena sötrningar. Estocolmo: Pilgrim; 1988.

(181) Porris C. Cognitive Therapy with Schizophrenic Patients. Nueva York: Guilford Press; 1989.

(182) Porris C. Psicoterapia del paziente difficile. Lanciano (Italia): Métis; 1993.

(183) Porris C, Skagerlind L. La psychotherapie integrative & cognitive des jeunes schizophrens. Synapse 1996;124:18-26.

(Evidencia tipo II. Programa integrado de tratamiento con psicoterapia individual y grupal. Estudios naturalistas y controlados. Hay un buen efecto sobre los síntomas, el funcionamiento social y la calidad de vida.)

Psicoterapia psicodinámica

(184) Gottdiener W. The benefits of psychotherapy for schizophrenic patients: a meta-analytic review of the psychotherapy outcome literature [tesis doctoral]. The New School University, TOWN; 2000.

(185) Gottdiener W, Haslam, N. The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: a meta-analytic review. Ethnical Hum Sci Serv 2002;4:163-87.

(Evidencia tipo I. En este metanálisis se aprecia que todas las formas de psicoterapia individual —psicodinámica, CBT y de apoyo no psicodinámica— están vinculadas a una mejoría del funcionamiento, pero los índices más elevados de mejoría están asociados a la terapia psicodinámica y la CBT. Por otro lado, la proporción de pacientes que mejoran exclusivamente con psicoterapia es similar a los que lo hacen con una combinación de psicoterapia y psicofármacos. Este último punto es importante en el sentido de que no siempre el tratamiento debe comenzar con psicofármacos. Asimismo hay pacientes que no mejoran con la medicación antipsicótica o rechazan tomar la medicación.)

(186) Alanen Y. La esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2003.

(**Evidencia tipo II.** *Proyecto Turku*: psicoterapia individual y familiar más otros tipos de intervenciones; diversos estudios señalan el efecto positivo en la evolución de los enfermos esquizofrénicos. *Proyecto finlandés*: tratamiento integral, incluyendo psicoterapia individual y familiar; los resultados, respecto a la población y a la sanidad pública, confirman la mejoría en la evolución. *Proyecto interescandinavo*: tratamiento psicoterapéutico adaptado a las necesidades; es más positiva la combinación de psicoterapia individual dinámica con la terapia familiar sistémica que con la psicoterapia familiar psicoeducativa.)

(187) Benedetti G. *La psychothérapie des psychoses comme défi existentiel*. Ramonville Saint-Agne: Érès; 2002.

(**Evidencia tipo II.** La integración laboral: 46% satisfactoria, 36% buena. Integración social insatisfactoria, exclusivamente el 2%. El porcentaje de mejorías sustanciales y normalizaciones sociales es superior al 80%.)

(188) Karon BP, Vandebos, GR. The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1972; 9:111-9.

(**Evidencia tipo III.** Una terapia orientada a la psicodinámica con una media de 42 sesiones fue superior al tratamiento de control [TAU], un tratamiento farmacéutico. Este resultado se mantuvo al cabo de dos años de seguimiento.)

(189) Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F (eds.). *Psychoses: Psychological approaches and their effectiveness*. Londres: Gaskell; 2000.

(Contiene diversos estudios con **evidencia tipo II, III y IV** de psicoterapia psicodinámica y cognitivo-conductual en las psicosis.)

(190) Johannessen J, Rosenblum B, Chua L et al. *Psicoterapias e intervenciones precoces en la esquizofrenia*. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2004.

(Contiene diversos estudios con **evidencia tipo II y III** de psicoterapia psicodinámica y cognitivo-conductual en las psicosis.)

(191) Reed J, Mosher LR, Bentall RP (eds.). *Modelos de locura*. Barcelona: Herder; 2006.

(Contiene diversos estudios con **evidencia tipo II y III** de psicoterapia psicodinámica y cognitivo-conductual en las psicosis.)

(192) Mosher LR. Non-hospital, non-drug intervention with first episode psychoses. En: Reed J, Mosher LR, Bentall RP (eds.). *Models of Madness*. Londres: Routledge; 2004.

(**Evidencia tipo II:** Un estudio casi experimental, con grupo control, del tratamiento tipo Soteria Londres de los primeros episodios de esquizofrenia: es un tratamiento que sólo incluye medidas relacionales y psicoterapia para los pacientes. Según el estudio, sus resultados son mejores que los de las intervenciones con ingresos hospitalarios y psicofármacos. Existe otro estudio replicado en Soteria Berna y comparado con el Finish Collaborative Study, el proyecto API.)

Psicoeducación

(193) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, n.º 4 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Pekkala E, Merinder L. Psicoeducación para la esquizofrenia. Disponible en: <http://www.update-software.com/>. Citado en: Cochrane Plus [revisión Cochrane traducida].

(Evidencia tipo I. Las pruebas de los ensayos indican que los enfoques psicoeducativos son útiles como parte del programa de tratamiento para las personas con esquizofrenia y enfermedades relacionadas. El hecho de que las intervenciones sean breves y de bajo coste debe hacerlas atractivas para los gestores y los responsables del diseño de políticas. Se necesitan estudios aleatorizados mejor diseñados, realizados e informados que investiguen la eficacia de la psicoeducación.)

(194) Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* 2006;67(3):443-52.

(Evidencia tipo II. Los resultados sugieren que una intervención relativamente breve de ocho sesiones psicoeducativas con implicación familiar sistemática en grupos simultáneos puede mejorar considerablemente el tratamiento de la esquizofrenia. La psicoeducación debería ser ofrecida de forma rutinaria a todos los pacientes con esquizofrenia y a sus familias.)

Psicoterapia familiar

(195) Glynn SM, Cohen AN, Niv N. New challenges in family interventions for schizophrenia. *Expert Rev Neurother* 2007;7(1):33-43.

(Evidencia tipo I. Este metanálisis demuestra la eficacia de las intervenciones familiares; reduce las recaídas y los reingresos en la esquizofrenia.)

(196) Gruber EN, Kajevic M, Agius M, Martic-Biocina S. Group psychotherapy for parents of patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 2006;52(6):487-500.

(Evidencia tipo II. Psicoterapia de grupo durante cuatro meses combinando propuestas psicodinámicas, de apoyo y psicoeducativas. La conclusión es que esta combinación reduce la alta emoción expresada —miedo, pena y agresividad— en los padres y ayuda a restablecer su equilibrio psíquico y el de todo el sistema familiar.)

(197) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, n.º 4 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Pharoah FM, Rathbone J, Mari JJ, Streiner D. Intervención familiar para la esquizofrenia. Disponible en: <http://www.update-software.com/>. Citado en: Cochrane Plus [revisión Cochrane traducida].

(Evidencia tipo I. Los paquetes de atención para las familias con un miembro que padece esquizofrenia, que incluyen educación, apoyo y tratamiento de la emoción expresada, son frecuentes. Esta revisión indica que estos enfoques pueden reducir la recidiva y aumentar el cumplimiento de la medicación, pero el efecto no es marcado y deja a los enfermos, sus familias, los médicos y los gestores/elaboradores de políticas la difícil decisión de pensar si los recursos se aprovecharían mejor de otra manera.)

(198) [McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M et al.](#) Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1995;52(8):679-87.

(Evidencia tipo II. Los grupos psicoeducativos de familias múltiples son más efectivos que el tratamiento de familia singular, especialmente en pacientes de alto riesgo de recaída, con una relación coste-beneficio de hasta 1:34.)

(199) Mc Farlane WR, Stastny P, Deakins S. Family-aided assertive community treatment: a comprehensive rehabilitation and intensive case management approach for persons with schizophrenic disorders. New Dir Ment Health Serv 1992;53:43-51.

(200) Liberman RP, Lillie F, Falloon IR, Harpin RE, Hutchinson W, Stoute B. Social Skills training with relapsing schizophrenics: an experimental analysis. Behav Modif 1984;8:155-79.

(Evidencia tipo II. La recidiva se reduce a la mitad.)

Trastorno de ansiedad

Psicoterapias en general

(201) Nordhus IH, Pallesen S. Psychological treatment of late-life anxiety: an empirical review. J Consult Clin Psychol 2003;71(4):643-51.

(Evidencia tipo I. En este metanálisis con personas mayores se concluye que las intervenciones psicológicas producen mejoras significativas.)

(202) Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of *counselling* in primary care: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med 2003;33(2):203-15.

(Evidencia tipo I. En esta revisión se compara el *counselling* con los tratamientos usuales en atención primaria, con terapia cognitivo-conductual y medicación antidepresiva. El *counselling* se asocia con una modesta mejoría en los resultados a corto plazo. Puede ser un añadido práctico de los servicios de salud mental en atención primaria.)

Psicoterapia cognitivo-conductual

(203) Stein DJ, Ipser JC, Baldwin DS, Bandelow B. Treatment of obsessive-compulsive disorder. CNS Spectr. 2007;12(2 supl. 3):28-35.

(Evidencia tipo I. Se confirma en esta amplísima revisión que la terapia cognitivo-conductual y los ISRS están en primera línea como tratamiento de elección para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo en adultos y en niños.)

(204) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, n.º 1 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Furukawa T, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. Disponible en: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citado en: Cochrane Library CD004364.

(Evidencia tipo I. En el tratamiento del trastorno de pánico, con o sin agorafobia, la terapia combinada de fármacos y psicoterapia tiene mejores resultados que cada una por separado, pero la elección de una u otra debe ir en función de las preferencias del paciente.)

(205) Kaltenthaler E, Brazier J, de Nigris E, Tumur I, Ferriter M, Beverley C et al. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2006;10(33).

(Evidencia tipo I. En revisión se evalúa la terapia cognitivo-conductual informatizada en el tratamiento de la ansiedad, depresión, fobias, pánico y conductas obsesivo-compulsivas. Se deduce que es efectiva en el tratamiento de estos trastornos, pero que se debe continuar explorando el uso en Internet. Solamente hay un estudio de evaluación económica y resulta, en términos de coste-efectividad, mejor que el tratamiento usual por lo que respecta a la calidad ajustada por años de vida.)

(206) Haby MM, Donnelly M, Corry J, Vos T. Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may predict outcome. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(1):9-19.

(Evidencia tipo I. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para la depresión y la ansiedad es menos efectiva en pacientes con procesos graves.)

(207) Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatry Med* 2006;36(1):13-34.

(Evidencia tipo I. El propósito de este metanálisis es investigar los efectos de la terapia cognitivo-conductual y la educación del paciente con problemas como la depresión, ansiedad, dolor, funcionamiento físico y calidad de vida en adultos supervivientes de cáncer. Diversos formatos de terapia individual cognitivo-conductual pueden reducir el estrés emocional y mejorar la calidad de vida.)

(208) Mitte K. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Psychol Bull* 2005;131(5):785-95.

(Evidencia tipo I. En este metanálisis, en que se incluyen 65 estudios, cuando se comparan directamente las dos terapias, cognitivo-conductual y farmacoterapia, se comprueba que no hay diferencias en la eficacia.)

(209) Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord* 2005;88(1):27-45.

(Evidencia tipo I. Metanálisis con 124 estudios. Los resultados confirman que, efectivamente, la terapia cognitivo-conductual reduce la ansiedad y la depresión y mejora la calidad de vida, que la terapia conductual tiene la misma efectividad que la cognitivo-conductual y que los tratamientos farmacológicos mejoran todos los síntomas de los trastornos de pánico.)

(210) Patel MX, Baker D, Nosarti C. Injection phobia: a systematic review of psychological treatments. *Behav Cogn Psychother* 2005;33(3):343-9.

(Evidencia tipo I. Metanálisis de 54 trabajos con técnicas cognitivo-conductuales. Las conclusiones son optimistas pero en conjunto el grado de evidencia es pobre y su posible aplicación precisaría consenso y un mayor desarrollo.)

(211) Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* 2004;24(8):1011-30.

(Evidencia tipo I. Es un metanálisis multidimensional sobre la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas en el trastorno obsesivo-compulsivo. Con la terapia conductual y cognitivo-conductual individual y fármacos —clorimipramina y otros inhibidores de la recaptación de la serotonina— se produce una mejoría sustancial.)

(212) Deacon BJ, Abramowitz JS. Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *J Clin Psychol* 2004;60(4):429-41.

(Evidencia tipo I. El metanálisis apoya la efectividad de combinar las técnicas cognitivas y conductuales en los trastornos de ansiedad.)

(213) Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37(6):641-56.

(Evidencia tipo I. La terapia cognitivo-conductual es más efectiva y tiene mejor relación coste-efectividad que la medicación. El tratamiento de elección depende del estilo del clínico y de las circunstancias del enfermo. El tratamiento farmacológico se debe complementar con terapia cognitiva.)

(214) Sánchez MJ, Gómez CA, Méndez CFX. El tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo en Europa: un estudio meta-analítico [Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder in Europe: a meta-analytic study]. *Psicol Conduct* 2003;11(2):213-37.

(Evidencia tipo I. En este estudio se presentan los resultados de un metanálisis sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas, solas o en combinación con psicofármacos en el trastorno obsesivo-compulsivo. Se vio una clara eficacia para disminuir las obsesiones/compulsiones, así como —en menor medida— los síntomas de depresión, ansiedad y ajuste social.)

(215) Chambless DL, Gillis MM. Cognitive therapy of anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:248-60.

(Evidencia tipo II. El porcentaje de éxito terapéutico es relativamente alto, del 79%.)

(216) O'Sullivan G, Marks IM. Long-term outcome of phobic and obsessive compulsive disorders after exposure: a review chapter, En: Noyes R, Roth M, Burrows G (eds.). *The treatment of anxiety: handbook of anxiety*. Ámsterdam: Elsevier; 1990. p. 82-108.

(Evidencia tipo II. En esta revisión de una serie de estudios, la mejora de la agorafobia y la discapacidad después de una terapia de exposición se mantenía a lo largo de 4-8 años.)

(217) Culpepper L. Social anxiety disorder in the primary care setting. *J Clin Psychiatry* 2006;67(12):31-37.

(Evidencia tipo III. La farmacoterapia y la psicoterapia, preferiblemente la cognitivo-conductual, pueden ser efectivas en el trastorno de ansiedad generalizado.)

(218) Shear MK, Pilkonis PA, Cloitre M, Leon AC. Cognitive behavioural treatment compared with non prescriptive treatment of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:395-401.

(Evidencia tipo III. Eficacia del tratamiento conductual en la reducción de los síntomas fóbicos).

Psicoterapia psicodinámica

(219) Milrod B, Leon AC, Busch F, Rudden M, Schwalberg M, Clarkin J et al. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164(2):265-72.

(Evidencia tipo II. Los sujetos con psicoterapia psicodinámica focalizada tienen más facilidad para responder al tratamiento y se demuestra una eficacia preliminar en el trastorno de pánico.)

(220) Böglos S, Wijts P, Sallaerts S. Analytic psychotherapy versus cognitive-behavioral therapy for social phobia. *European Congress for Cognitive and Behavioural Therapies*. Praga; 2003.

(221) Böglos S, Wijts P, Sallaerts S. Analytic psychotherapy versus cognitive behaviour therapy for generalised social phobia. En prensa: 2004.

(Evidencia tipo II. En estos dos RCT para el tratamiento de la fobia social, la psicoterapia psicodinámica breve es igual de efectiva que la CBT.)

(222) Wiborg IM, Dahl AA. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:689-94.

(Evidencia tipo II. Sobre trastornos de pánico, la psicoterapia psicodinámica combinada con clorimipramina fue significativamente superior al tratamiento exclusivo con clorimipramina; al cabo de nueve meses de seguimiento, en términos de profilaxis y recaídas —20% frente al 75%— y en número de variables psicopatológicas.)

(223) Crits-Christoph P, Baranackie K, Dahlbender RW, Zobel HY. Quantitative Einschätzung interpersoneller Themen. *Deutsche Manual Bearbeitung*. Ulm (Alemania: Universität Ulm, Ulmer Textbank; 1995.

(Evidencia tipo II. Intervención abierta, manualizada. Se demostraron progresos significativos en pacientes con trastornos generalizados de ansiedad [GAD] que habían seguido una psicoterapia psicoanalítica. Los *effects size pre-post* eran importantes [ansiedad: 0.95-1.99] y se consiguió un nivel parecido al conseguido por las terapias cognitivas.)

(224) Zitrin CM, Klein DF, Woerner MG, Ross DC. Treatment of phobias. I. Comparison of imipramine hydrochloride and placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40(2):125-38.

(225) Klein DF, Zitrin CM, Woerner MG, Ross DC. Treatment of phobias. II. Behavior therapy and supportive therapy: Are there specific ingredients? *Arch Gen Psychiatry* 1983;40(2):139-45.

(Evidencia tipo II. Estos dos RCT sobre el tratamiento de la agorafobia, la fobia mixta y la fobia simple muestran que la psicoterapia psicodinámica combinada con imipramina fue tan efectiva como la terapia conductual más imipramina.)

(226) Milrod B, Busch F, Leon AC, Shapiro T, Aronson A, Roiphe J et al. Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: A pilot study. *Am J Psychiatry* 2000;157:1878-80.

(227) Milrod B, Busch F, Leon AC, Aronson A, Roiphe J, Rudden M et al. A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *J Psychother Pract Res* 2001;10:239-45.

(Evidencia tipo III. En este trabajo abierto —*open trial*—, la psicoterapia psicodinámica mostró un beneficio terapéutico importante que demostró ser estable al cabo de 40 semanas de seguimiento. También los porcentajes de éxito fueron altos: 93% al finalizar la terapia y 90% durante el seguimiento.)

(228) Bassler M, Hoffmann SO. Stationäre Psychotherapie bei Angststörungen. Ein Vergleich ihrer therapeutischen Wirksamkeit bei Patienten mit generalisierter Angststörung, Agoraphobie und Panikstörung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1994;44:217-25.

(Evidencia tipo III. *Open trial*. Se halló una reducción significativa en el rasgo de ansiedad [*trait anxiety*], que permaneció estable en un seguimiento de seis semanas, en pacientes con trastornos de pánico y en pacientes con agorafobia, que habían seguido un tratamiento manualizado, de 12 semanas de duración, mientras estaban ingresados.)

(229) Svartberg M, Esltzer MH, Stilas TC, Khoo ST. Symptom improvement and its temporal course in short-term dynamic psychotherapy. A growth curve analysis. *J Nerv Ment Dis* 1995;183:242-8.

(Evidencia tipo IV. Muestra de pacientes, en los cuales un 60% padecían trastornos de ansiedad. Se valora la psicoterapia psicodinámica como considerablemente efectiva, ya que reduce los síntomas y consigue una mejoría clínica significativa en un 75% de los pacientes.)

Psicoterapia de grupo psicodinámica

(230) Knijnik DZ, Kapczinski F, Chachamovich E, Margis R, Eizirik CL. Psicoterapia psicodinámica en grupo para fobia social generalizada. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26:77-81.

(Evidencia tipo II. Este estudio aleatorizado demuestra que la psicoterapia de grupo psicodinámica —12 sesiones— fue superior al grupo control tratado con placebo.)

Psicoterapia familiar

(231) Shadish WR, Baldwin SA. Meta-analysis of MFT interventions. *J Marital Fam Ther* 2003;29(4):547-70.

(Evidencia tipo I. Revisión de 20 metanálisis de terapia de pareja y familiar. Queda demostrada la eficacia de ambos formatos para el tratamiento de parejas angustiadas y el enriquecimiento de matrimonios y familias.)

Trastornos por estrés postraumático y trastornos adaptativos

Psicoterapias en general

(232) Katon WJ, Zatzick D, Bond G, Williams J Jr. Dissemination of evidence-based mental health interventions: Importance to the trauma field. *J Trauma Stress* 2006;19:611-23.

(Evidencia tipo II. Este estudio aleatorizado y controlado ha establecido la eficacia de la psicoterapia y del tratamiento farmacológico para el trastorno de estrés postraumático.)

(233) Sherman JJ. Effects of psychotherapeutics treatments for PTSD: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Trauma Stress* 1998;11:413-35.

(Evidencia tipo I. En personas con trastorno por estrés postraumático —veteranos de guerra— los resultados muestran una reducción de síntomas con el tratamiento psicoterapéutico conductual, cognitivo y psicodinámico.)

(234) Aulagnier M, Verger P, Rouillon F. Efficacité du «debriefing psychologique» dans la prévention des troubles psychologiques post-traumatiques [Efficiency of psychological debriefing in preventing post-traumatic stress disorders]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2004;52(1):67-79.

(Estudios referidos a adultos, con una sola sesión de *debriefing* psicológico al mes siguiente de la catástrofe, concluyen que cuando se hace una reexposición al traumatismo, mediante un proceso de rememoración, se puede interferir en los procesos emocionales de vuelta a la normalidad.)

Psicoterapia cognitivo-conductual

(235) Seidler GH, Wagner FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med* 2006;36(11):1515-22.

(Evidencia tipo I. Ambos métodos —desensibilización y reprocesamiento por el movimiento del ojo y terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma— son igualmente eficaces en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático.)

(236) Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2005;162(2):214-27.

(Evidencia tipo I. En este metanálisis hay estudios sobre terapias de exposición, cognitivo-conductual con o sin exposición, y desensibilización y reprocesamiento con movimiento del ojo. Los autores concluyen que, aunque en estudios aleatorizados una variedad de tratamientos de psicoterapia son altamente efectivos para el trastorno por estrés postraumático, se encuentran limitaciones en la investigación disponible.)

(237) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, n.º 3 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Bisson J, Andrew M. Tratamiento psicológico del trastorno por estrés postraumático (EPT). Disponible en: <http://www.update-software.com/>. Citado en: Cochrane Plus [revisión Cochrane traducida].

(Evidencia tipo I. La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma [TCCCT] individual, el tratamiento del estrés y la TCCCT grupal son eficaces en el tratamiento del EPT. Otros

tratamientos psicológicos no centrados en el trauma no redujeron los síntomas de EPT tan significativamente. En algunas pruebas la TCCCT individual fue mejor que el tratamiento del estrés para tratar el EPT en un periodo de dos a cinco meses de seguimiento del tratamiento, y también fue más eficaz que otros tratamientos. No se contó con pruebas suficientes para determinar si el tratamiento psicológico es perjudicial. Hubo una renuncia mayor en algunas pruebas en los grupos de tratamiento activo.)

(238) Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. EMDR for treatment of post-traumatic stress disorder. Informe de 2004.

(Evidencia tipo I. Esta revisión se refiere a la técnica EMDR de Shapiro, desensibilización y reprocesamiento por el movimiento del ojo. Es una actividad similar al REM —movimiento rápido del ojo que se experimenta durante el proceso del sueño— en el que se procesan ideas y se resuelven conflictos. La conclusión es que hay numerosos estudios científicos que determinan que la técnica EMDR es efectiva.)

(239) Lewis SJ. Do one-shot preventive interventions for PTSD work: a systematic research synthesis of psychological debriefings. *Aggression and Violent Behav* 2003;8(3):329-43.

(Evidencia tipo I. Esta revisión sistemática estudia la intervención preventiva para mitigar las reacciones de estrés agudo y prevenir el desarrollo del trastorno de estrés postraumático. Se comprueba el efecto de contención y se demuestra la efectividad de numerosas variantes de la intervención [*debriefing*] psicológica.)

(240) Rose S, Bisson J, Wessely S. A systematic review of single-session psychological interventions (debriefing) following trauma. *Psychother Psychosom* 2003;72(4):176-84.

(En esta revisión sistemática se valoran estudios de intervenciones individuales o de pareja en sesión única. Los autores sugieren que el optimismo inicial por la intervención psicológica precoz y breve, incluyendo el *debriefing*, estaba fuera de lugar y que no se debe defender su uso rutinario.)

Psicoterapia psicodinámica

(241) Piper WE, McCallum M, Joyce AS, Ogrodniczuk J. Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *Int J Group Psychother* 2001;51:525-52.

(Evidencia tipo II. En el tratamiento de reacciones de duelo patológico complejas ante experiencias de pérdida, la psicoterapia grupal de orientación psicodinámica demuestra ser significativamente más efectiva que una psicoterapia de grupo de apoyo.)

(242) McCallum M, Piper WE. A controlled study of effectiveness and patient suitability for short-term group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1990;40:431-52.

(Evidencia tipo II. Al tratar reacciones de duelo patológico en situaciones de pérdida, encontraron que la psicoterapia grupal de orientación psicodinámica fue significativamente superior en un grupo control.)

(243) Brom D, Kleber RJ, Defares PB. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:607-12.

(Evidencia tipo II. El tratamiento del PTSD con psicoterapia psicodinámica fue tan efectivo como la terapia conductual —*systematic desensibilization*—, y las dos formas de terapia fueron superiores a un grupo control en lista de espera.)

(244) Horowitz MJ, Weiss DS, Kaltreider N, Krupnick J, Marmar C, Wilner N et al. Reaction to the death of a parent: results from patients and field subjects. *J Nerv Ment Dis* 1984;172:383-92.

(Evidencia tipo II. Los síntomas de una reacción de duelo patológica se igualaron a las condiciones de un grupo control normal [muestra aleatoria después de la muerte de uno de los padres].)

(245) Holm-Hadulla R, Kiefer L, Sessar W. Zur Effektivität tiefenpsychologisch fundierter Kurz- und Psychotherapien. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1997;47:271-8.

(Evidencia tipo III. En pacientes que padecen trastornos adaptativos, con criterios DSM-III-R. Este estudio informa de los importantes efectos terapéuticos con psicoterapia psicodinámica que exceden con holgura los de un grupo no tratado.)

(246) Jones EE, Cumming JD, Horowitz MJ. Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:48-55.

(Evidencia tipo III. Estudio de una intervención abierta sobre los efectos de la psicoterapia psicodinámica. Se demuestran efectos significativos que permanecen estables después del tratamiento.)

Psicodrama

(247) Ragsdale KG, Cox RD, Finn P, Eisler RM. Effectiveness of short-term specialized inpatient treatment for war-related posttraumatic stress disorder: A role for adventure-based *counselling* and psychodrama. *J Trauma Stress* 2005;9:269-83.

(Evidencia tipo II. Se produjeron mejoras significativas en las áreas de desesperanza, sentimiento de culpabilidad y lástima, aislamiento y emoción expresada.)

Supervivientes de abusos en la infancia

(248) Peleikis DE, Dahl AA. A systematic review of empirical studies of psychotherapy with women who were sexually abused as children. *Psychother Res* 2005;15(3):304-15.

(Evidencia tipo I. Esta revisión incluye estudios en que se ha utilizado terapia individual, de grupo o ambas. No hay información sobre el tipo de intervención. El resultado es que la psicoterapia para mujeres que padecieron abusos sexuales cuando eran niñas muestra una mejoría moderada que persiste en el tiempo en estudios controlados.)

(249) Higgins Kessler MR, White MB, Nelson BS. Group treatments for women sexually abused as children: a review of the literature and recommendations for future outcome research. *Child Abuse Negl* 2003;27(9):1045-61.

(Evidencia tipo I. En esta revisión se valora que muchos estudios han demostrado que el tratamiento de grupo puede ser efectivo en la recuperación de mujeres supervivientes de un abuso sexual en la infancia.)

(250) Ryan R, French S. Assessing long-term therapy for the treatment of adult survivors of childhood abuse. Clayton, Victoria: Centre for Clinical Effectiveness (CCE); 2003.

(**Evidencia tipo I.** En esta revisión se estudia la efectividad del *counselling* o la psicoterapia de larga duración: más de seis meses frente al no tratamiento o tratamiento de corta duración; menos de seis meses en personas adultas que han sufrido un abuso en la infancia. Los estudios registran efectos beneficiosos. Los hombres obtienen un beneficio más importante en la terapia de larga duración, y en el caso de las mujeres éstos son similares en la terapia de larga y corta duración.)

Trastorno por déficit de atención

Terapia cognitivo-conductual

(251) Rostain AL, Ramsay JR. A combined treatment approach for adults with ADHD-results of an open study of 43 patients. *J Atten Disord* 2006;10(2):150-9.

(**Evidencia tipo III.** Los resultados indican que la combinación de tratamiento farmacológico con terapia cognitivo-conductual determina mejorías significativas en todas las medidas clínicas.)

Factores psicológicos y sociales en el trastorno somático

Psicoterapia cognitivo-conductual

(252) Sumathipala A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosomatic Medicine* 2007;69:889-900.

(**Evidencia tipo I.** Los estudios se llevaron a cabo en el ámbito de atención primaria, secundaria y terciaria. Se aplicaron tres tipos de intervenciones [medicación antidepresiva, terapia cognitivo-conductual (CBT) y otras intervenciones no específicas] para valorar el grado de evidencia sobre la eficacia del tratamiento para pacientes con síntomas médicos no explicados. La CBT demostró una evidencia comparable a la de los otros planteamientos. Las conclusiones señalan que la CBT es eficaz para los síndromes sintomáticos o para la categoría más amplia de síntomas médicos inexplicados, reduciendo síntomas físicos, dolor psicológico e invalidez. La mayoría de ensayos evaluaron solamente resultados a corto plazo. El uso de procedimientos divergentes en la selección, en las intervenciones, en la medida de resultados, en los instrumentos, así como otras diferencias metodológicas que se observan en los estudios dificultan la validez de la comparación de los efectos del tratamiento en estos estudios.)

(253) Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine* 2007;69:881-888.

(**Evidencia tipo I.** El objetivo de esta revisión era valorar el grado de evidencia de los tratamientos en un total de 34 ensayos clínicos aleatorizados [RCT] que involucran a 3.922 pacientes con trastornos somatomorfos. Los artículos revisados abarcan de 1966 a 2006. Los resultados indican que la terapia cognitivo-conductual [CBT] es eficaz en la mayoría de los estudios, siendo por tanto un tratamiento bien establecido para una variedad de trastornos somatomorfos, excepto para los trastornos conversivos. Asimismo existe evidencia consistente sobre su eficacia en procesos atendidos por el médico de atención

primaria. En las conclusiones de esta revisión también se menciona la existencia de una evidencia preliminar pero que todavía no es concluyente para el uso de los antidepresivos).

Psicoterapia psicodinámica

(254) Beutel M, Thiede R, Wiltink J, Sobez I. Effectiveness of behavioral and psychodynamic in-patient treatment of severe obesity - first results from a randomized study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25 supl. 1:S96-8.

(Evidencia tipo II. En el tratamiento del sobrepeso, la psicoterapia psicodinámica y la CBT se mostraron igualmente efectivas.)

(255) Sjodin I, Svedlund J, Ottosson J, Dotevall G. Controlled study of psychotherapy in chronic peptic ulcer disease. *Psychosomatics* 1986;27:187-96.

(Evidencia tipo III. Pacientes con psicoterapia psicodinámica de tres meses de duración con úlcera péptica, que también recibían medicación, mejoraron de manera significativamente superior —al cabo de 15 meses de seguimiento— que los pacientes que recibían exclusivamente tratamiento médico.)

(256) Deter HC. Cost-benefit analysis of psychosomatic therapy in asthma. *J Psychosom Res* 1986;30: 173-82.

(Evidencia tipo III. En pacientes de asma, la psicoterapia psicodinámica grupal fue significativamente superior a un grupo control no tratado. El tratamiento se prolongó un año, hecho que le aproxima más a una psicoterapia a medio plazo que a una psicoterapia breve.)

(257) Svedlund J, Sjodin I, Ottosson JO, Dotevall G. Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome. *Lancet* 1983;10:589-92.

(258) Guthrie E, Creed F, Dawson D, Tomenson B. A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991;100:450-7.

(259) Baldoni F, Baldaro B, Trombini G. Psychotherapeutic perspectives in urethral syndrome. *Stress Med* 1995;11:79-84.

(260) Hamilton J, Guthrie E, Creed F, Thompson D, Tomenson B, Bennett R et al. A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia. *Gastroenterology* 2000;119:661-9.

(261) Monesn K, Monesn TJ. Chronic pain and psychodynamic body therapy. *Psychotherapy* 2000;37:257-69.

(Evidencia tipo II. En estos cinco RCT la efectividad de la psicoterapia psicodinámica queda demostrada en los trastornos somatomorfos. La psicoterapia psicodinámica fue significativamente más eficaz que la condición de control: TAU [*treatment as usual*]. Estudios de seguimiento posteriores —entre 1 y 4 años después— demostraron resultados estables.)

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Anorexia

Psicoterapia en general

(262) National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester (Reino Unido): British Psychological Society; 2004.

(Evidencia tipo I y II. Esta guía clínica considera que se pueden utilizar los siguientes tratamientos psicológicos: la terapia cognitivo-analítica, la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia interpersonal, la terapia focal psicodinámica e intervenciones familiares enfocadas explícitamente al trastorno de la conducta alimentaria.)

(263) Kaplan AS. Psychological treatments for anorexia nervosa: a review of published studies and promising new directions. *Can J Psychiatry* 2002;47:235-42.

(Evidencia tipo I. Esta revisión de trabajos con algún metanálisis llega a conclusiones críticas afirmando que existe poca evidencia empírica sobre la utilización de tratamientos psicológicos para la anorexia nervosa.)

(264) Robinson PH. Review article: recognition and treatment of eating disorders in primary and secondary care. *Aliment Pharmacol Ther* 2000;14(4):367-77.

(Evidencia tipo I. Incluye en el tratamiento psicoterapia individual, de grupo o sesiones de familia desde las aproximaciones cognitivo-conductual, psicodinámica y familiar.)

Psicoterapia cognitivo-conductual

(265) Pike KM, Walsh BT, Vitousek K, Wilson GT, Bauer J. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2003;160:2046-9.

(Evidencia tipo II. La terapia cognitivo-conductual fue significativamente más efectiva que el *counselling* tanto en la mejoría conseguida como en la prevención de recaídas.)

(266) Peláez MA, Julián R, Raich RM, Durán E. Seguimiento en trastornos de la conducta alimentaria (TCA): eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la prevención de las recaídas. *C Med Psicosom* 2002;62/63:32-42.

(Evidencia tipo III. En este trabajo se evalúa la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la prevención de recaídas. Los resultados después de un año de seguimiento son que ninguna de las pacientes presentó recaída.)

Psicoterapia psicodinámica

(267) Dare C, Eisler I, Russel G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. Randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001;178:216-21.

(**Evidencia tipo II.** La psicoterapia psicodinámica focal —25 sesiones de media— fue significativamente superior a la condición de control [tratamiento rutinario de poco contacto]. Después de la psicoterapia psicodinámica, un 33% de los pacientes ya no tenían criterios DSM-IV para la anorexia, mientras que en el grupo control el porcentaje era del 5%.)

(268) Gowers D, Norton K, Halek C, Vrisp AH. Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1994;15:165-77.

(**Evidencia tipo II.** La psicoterapia psicodinámica consiguió mejorías significativas en la adaptación psicológica, social y sexual al cabo del año y al cabo de dos años de seguimiento. La mejoría fue significativamente superior a la muestra control [TAU, *treatment as usual*] por lo que respecta a la ganancia de peso y al IMC.)

(269) Hall A, Crisp AH. Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: outcome at one year. *Br J Psychiatry* 1987;151:185-91.

(**Evidencia tipo II.** La psicoterapia psicodinámica en la anorexia nervosa consiguió mejorías significativas al cabo de un año de seguimiento. Fue igual de efectiva que el *counselling* por lo que respecta a la dieta en términos de ganancia de peso y superior en medidas de adaptación social y sexual.)

Psicoterapia de grupo

(270) Duncan J, Kennedy SH. Inpatient group treatment. En: Harper-Giuffre H, MacKenzie KR (eds.). *Group Psychotherapy for Eating disorders*. Washington D. C.: American Psychiatric Press;1992. p. 149-60.

(271) Maxmen JS. Helping patients survive theories: the practice of an educative model. *Int J Group Psychother* 1984;34:355-368.

(272) Yelowlees P. Group psychotherapy in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1988;7:649-55.

(**Evidencia tipo III.** Diferentes modalidades de psicoterapia de grupo se han utilizado como un complemento del tratamiento.)

Psicoterapia familiar

(273) Dare C, Eisler I, Ruesll G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001;178:216-21.

(**Evidencia tipo II.** La psicoterapia psicodinámica y la terapia familiar tienen un valor específico en el tratamiento de pacientes adultos con anorexia.)

(274) Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E, Le Grand D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41(6):727-36.

(**Evidencia tipo II.** Se compara la terapia del conjunto familiar [CFT] con la terapia de la familia separada [SFT]. En ambos casos hay un progreso nutricional y psicológico

considerable. Los cambios sintomáticos son más marcados en la SFT y los psicológicos en la CFT.)

(275) Eisler I, Dare C, Russell G, Szmucler G, le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa: a 5-years follow-up. Arch Gen Psychiatry 1997;54:1025-30.

(Evidencia tipo II. Se detectan beneficios a largo plazo con las terapias psicológicas familiares.)

(276) Rusell GF, Szmucler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1987;44:1047-56.

(Evidencia tipo II. Las personas tratadas con terapia familiar tienen mejores resultados que las tratadas únicamente con psicoterapia individual.)

Bulimia

Psicoterapia en general

(277) Thompson-Brenner H, Glass S, Western D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for bulimia nervosa. Clin Psychol Sci Pract 2003;10(3):269-87.

(Evidencia tipo I. Metanálisis multidimensional de técnicas de psicoterapia. Aproximadamente el 40% de los pacientes que acaban el tratamiento se recuperan completamente. La terapia individual tiene efectos substancialmente mejores que la terapia de grupo. Son necesarios estudios adicionales para comprobar otros parámetros como el número de sesiones.)

Psicoterapia cognitivo-conductual

(278) Mitchell JE, Agras S, Wonderlich S. Treatment of bulimia nervosa: where are and where are we going? Int J Eat Disord 2007;40(2):95-101.

(Evidencia tipo I. La farmacoterapia y la psicoterapia tienen un papel en el tratamiento de la bulimia nerviosa, pero la terapia cognitivo-conductual se mantiene como el tratamiento de elección.)

(279) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, n.º 3 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Hay PJ, Bacaltchuk J, Stefano S. Psicoterapia para la bulimia nerviosa y la ingesta compulsiva. Disponible en: <http://www.update-software.com/>. Citado en Cochrane Plus [revisión Cochrane traducida].

(Evidencia tipo I. La terapia cognitivo-conductual puede ayudar a las personas con bulimia nerviosa. Se revisaron estudios que comparan la TCC-BN con otros tipos de psicoterapia o con los grupos control que no reciben ningún tratamiento; por ejemplo, personas en lista de espera para la TCC. Se observó que la TCC era mejor que otras terapias —y mejor que ningún tratamiento— para la reducción de la ingesta compulsiva.)

(280) ECRI Health Technology Assessment Information Service. Evidence report. Bulimia nervosa: efficacy of available treatments. Enero de 2006. www.bulimiaguide.org/static/report-complete.pdf

(**Evidencia tipo I.** La terapia cognitivo-conductual reduce las conductas purgativas, comparada con el no tratamiento, en algunos sujetos con bulimia nerviosa [grado de evidencia moderado]. Comparada con la farmacoterapia la evidencia es más débil. La evidencia en otros aspectos, como la calidad de vida, no permite sacar conclusiones. Hay escasa evidencia sobre la mayor efectividad de la terapia cognitivo-conductual frente a otras modalidades de psicoterapia y otros tratamientos no farmacológicos en el caso de la bulimia nerviosa.)

(**281**) Lundgren JD, Danoff-Burg S, Anderson DA. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: an empirical analysis of clinical significance. *Int J Eat Disord* 2004;35(3):262-74.

(**Evidencia tipo I.** Los resultados sugieren que la terapia cognitivo-conductual en el caso de la bulimia nerviosa produce cambios clínicos significativos.)

(**282**) Freeman CP, Barry F, Dunkeld-Turnbull J, Henderson A. Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1998;296:521-5.

(**283**) Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the BDI: twenty five years of evaluation. *Clin Psychol Res* 1988;8:77-100.

(**Evidencia tipo II.** La mayoría de estudios con terapia cognitivo-conductual señalan mejorías significativas, ya sea con autoinforme o con valoración clínica.)

(**284**) Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa: longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behavioural therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:419-28.

(**285**) Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Conner ME, Doll HE, Peveler RC. A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychol Ned* 1981;11:707-11.

(**Evidencia tipo II.** Se demuestra que al final del tratamiento la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia interpersonal y la terapia de conducta son eficaces para reducir el síntoma del atracón, pero que la cognitivo-conductual es más eficaz en todo lo referente a la mejoría de la alteración de actitudes con relación a la silueta, el peso y la dieta restrictiva. Un estudio de seguimiento posterior ha encontrado resultados similares entre la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal.)

(**286**) Lacey H. Bulimia nervosa, binge-eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long-term outcome. *Br Med J* 1983;2:1609-1613.

(**Evidencia tipo II.** Se demuestra que es más eficaz que la lista de espera.)

Psicoterapia psicodinámica

(**287**) Bachar E, Latzer Y, Kreitler S, Berry EM. Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res* 1999;8:115-28.

(**Evidencia tipo II.** La psicoterapia psicodinámica fue significativamente superior a la terapia puramente cognitiva y al grupo control [*counselling* nutricional]. Estos hallazgos se aplican tanto a muestras mixtas de anorexia y bulimia como a los pacientes bulímicos separadamente.)

(288) Fairburn C, Kirk J, O'Connor M, Cooper PJ. A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 1986;24:629-43.

(289) Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll H, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:304-12.

(290) Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner MV, Olmsted MP, Eagle M. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1993;150:37-46.

(Evidencia tipo II. Por lo que respecta a medidas específicas de síntomas nucleares — conductas de atracón compulsivo y vómitos— se demuestra tan efectiva como la CBT. Por otro lado, estos estudios muestran que la CBT era superior a la psicoterapia psicodinámica en algunas medidas de psicopatología general. No obstante, en un seguimiento de la muestra de Fairburn y otros, 1986, usando un periodo de seguimiento más largo, la psicoterapia psicodinámica, la VBT y la terapia interpersonal [IPT] se consideraron igualmente efectivas y todas eran superiores en diversas medidas a la terapia exclusivamente conductual.)

Psicoterapia de grupo

(291) Laessle RG, Zoetle C, Pirke KM. Meta-analysis of treatment studies for bulimia. *Int J Eat Disord* 1987;6:647-54.

(Evidencia tipo III. Los programas de tratamiento de grupo que incluyen asesoramiento y tratamientos dietéticos son más eficaces.)

Trastornos de la personalidad

Psicoterapias en general y comparaciones

(292) Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic psycho-therapy and cognitive-behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160 (7):1223-32.

(Evidencia tipo I. Estudio metanalítico en el que se comparan los efectos de la psicoterapia psicodinámica y la CBT en los trastornos de la personalidad. Para la psicoterapia psicodinámica se observó un efecto total de 1,46. Los efectos eran diferencialmente de 1,08 para la evaluación del yo y de 1,79 para otras medidas. Específicamente en el tratamiento de los trastornos límite de la personalidad el efecto total era de 1,31. En las técnicas de autoevaluación el efecto fue de 1,00. En las otras técnicas de evaluación fue de 1,45. Para la CBT el efecto total fue de 1,00. En las técnicas de autoevaluación el efecto fue de 1,20, y en las otras técnicas de evaluación, de 0,87. A pesar de estos resultados, los efectos de la terapia psicodinámica y de la CBT no son directamente comparables, ya que derivan de trabajos que difieren en términos de pacientes, terapeutas, medidas de resultados y otros variables. Como conclusión, hay evidencia sobre la efectividad de ambas psicoterapias en el tratamiento de los trastornos de la personalidad.)

(293) American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2003.

(Evidencia tipo I. Está probada la efectividad de la psicoterapia en los trastornos de la personalidad. La mayor evidencia corresponde a la efectividad de los modelos cognitivo-conductuales y de orientación psicodinámica en formato de largo y medio plazo, sobre todo en los trastornos del clúster B. El tratamiento psicoterapéutico forma parte de programas de tratamiento organizados en régimen de atención ambulatoria, hospitalización de día y, a veces, en comunidad terapéutica.)

(294) Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. Br J Psychiatry 2000;177:138-43.

(Evidencia tipo I. Metanálisis que concluye que hay evidencia de la efectividad, que no hay diferencias entre las diversas psicoterapias y que la cognitivo-conductual y la psicodinámica están especialmente indicadas en el clúster B.)

(295) Svartberg M, Stilas TC, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. Am J Psychiatry 2004;161:810-7.

(Evidencia tipo II. Tanto la psicoterapia dinámica como la terapia cognitiva tienen su lugar en el tratamiento de pacientes con trastornos de la personalidad clúster C).

Terapia cognitivo-conductual

(296) Springer T, Lohr NE, Buchtel HA, Silk KR. A preliminary report of short-term cognitive-behavioral group therapy for inpatients with personality disorders. J Psychother Pract Res 1995;5:57-71.

(Evidencia tipo II. Una terapia cognitivo-conductual de tiempo limitado puede producir una mejoría significativa en una muestra de pacientes hospitalizados por diversos trastornos de la personalidad.)

Psicoterapia psicodinámica

(297) Berta V, de Roten Y, Drapeau M, Kramer U, Favre N, Despland JN. Clinical significance and patients' perceived change in four sessions of brief psychodynamic intervention: characteristics of early responders. Psychol Psychother 2005;78:347-62.

(Evidencia tipo II. 33% de cambios clínicos demostrados. 60% de ajuste social. Los resultados se mantienen después de tres y seis meses.)

(298) Svartberg M, Stilas T, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. Am J Psychiatry 2004;161:810-7.

(Evidencia tipo II. Se observó que la psicoterapia psicodinámica era igual de efectiva que la CBT para tratar trastornos de la personalidad del clúster C.)

(299) Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E et al. A randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. BMJ 2001;21:135-8.

(**Evidencia tipo II.** En pacientes que se envenenaron intencionalmente —trastorno facticio, CIE-10 F 68.1— la terapia psicodinámica fue significativamente superior al tratamiento de control [TAU], en lo referente a la reducción de pensamientos suicidas e intentos de automutilación.)

(300) Bateman A, Fonagy P. The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999;156:1563-9.

(301) Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001;158:36-42.

(**Evidencia tipo II.** La terapia psicodinámica fue significativamente superior al tratamiento psiquiátrico estándar.)

(302) Munroe-Blum H, Marziali E. A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *J Personal Disord* 1995;9:190-8.

(**Evidencia tipo II.** La terapia psicodinámica obtuvo resultados significativos y fue igual de efectiva que una terapia alternativa de grupo orientada interpersonalmente.)

(303) Winston A, Laikin M, Pollack J, Samstag LW, McCullough L, Muran JC. Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1994;151:190-4.

(**Evidencia tipo II.** En estos estudios aleatorizados, controlados y manualizados la terapia psicodinámica fue significativamente superior a la muestra control.)

Psicoterapia de grupo

(304) Kanas N. Long-term psychodynamic group therapy for patients with personality disorders. *Int J Group Psychother* 2006;56:245-51.

(**Evidencia tipo II.** Los grupos de terapia psicodinámica son valiosos para pacientes con trastornos de la personalidad.)

Trastorno límite de la personalidad

Psicoterapias en general y comparaciones

(305) McMain S, Pos AE. Advances in psychotherapy of personality disorders: a research update. *Curr Psychiatry Rep* 2007;9(1):46-52.

(**Evidencia tipo I.** Revisión de artículos publicados entre 2003 y 2006. La psicoterapia psicodinámica y la terapia cognitivo-conductual y otras variantes de estas aproximaciones han sido evaluadas y tienen resultados positivos. La mayor atención la recibe el trastorno límite de la personalidad y se han evaluado resultados positivos con diversos tipos de intervenciones terapéuticas. El trastorno de la personalidad por evitación y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad también responden positivamente a la psicoterapia.)

(306) Brazier J, Tumur I, Holmás M, Ferriter M, Parry G, Dent-Brown K, Paisley S. Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technol Assess* 2006;10(35):III,IX-XII,1-117.

(Evidencia tipo I. Publicación asumida por un miembro de INAHTA. Esta revisión sistemática valora 10 trabajos sobre psicoterapias psicológicas, incluida la terapia conductual dialéctica. La terapia conductual dialéctica es más efectiva que el tratamiento usual y que la terapia centrada en el cliente. También hay evidencia sobre la mayor efectividad de la hospitalización parcial frente al tratamiento usual y de la terapia de grupo interpersonal frente a la mentalización individual. La relación coste-efectividad es mejor en la terapia conductual dialéctica, aunque hay limitaciones en los análisis y una considerable necesidad de investigación en esta área.)

(307) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, n.º 3 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Terapias psicológicas para personas con trastorno de la personalidad borderline. Disponible en: <http://www.update-software.com/>. Citado en: Cochrane Plus [revisión Cochrane traducida].

(Evidencia tipo I. Esta revisión sugiere que algunos de los problemas detectados frecuentemente en las personas con trastorno límite de la personalidad pueden ser abordados con las terapias conversacionales/conductuales; sin embargo, todas las terapias continúan siendo experimentales y los estudios son demasiado escasos y reducidos para inspirar una total confianza en los resultados. Estos resultados necesitan ser replicados en estudios más grandes y del «mundo real». La terapia dialéctico-conductual [TDC] incluye componentes de tratamiento, como es la priorización de una jerarquía de los comportamientos, objetivos, ayuda telefónica, entrenamiento en habilidades grupales, entrenamiento en habilidades conductuales, gestión de contingencias, modificación cognitiva, exposición a señales emocionales, reflexión, empatía y aceptación. La TDC parece útil en una amplia gama de situaciones, como el ingreso en el hospital o en el centro penitenciario, pero la pequeña dimensión de los estudios incluidos limita la confianza en los resultados.)

(308) American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2003.

(Evidencia tipo I. Dos enfoques psicoterapéuticos han demostrado ser eficaces en ensayos controlados aleatorizados: la terapia psicoanalítica/psicodinámica y la terapia dialéctico-conductual. Tres características clave: sesiones semanales con psicoterapia individual, una o más sesiones grupales semanales —grupo relativamente homogéneo—, reuniones entre los terapeutas para consulta/supervisión. La duración del tratamiento es de un año.)

(309) Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W et al. Outpatient Psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:649-59.

(Evidencia tipo II. Después de tres años de tratamiento —dos veces por semana— se reducen los trastornos específicos y psicopatológicos del trastorno límite de la personalidad, pero el tratamiento con SFT [*schema-focused therapy*] es más efectivo que el TFP [*transference focused psychotherapy*].)

Psicoterapia psicodinámica

(310) Spinhoven P, Giesen-Bloo J, van Dyck R, Koiman K, Arntz A. The therapeutic alliance in schema-focused therapy for borderline personality disorder. *Consult Clin Psychol* 2007;75(1):104-15.

(Evidencia tipo II. Los autores concluyen que la alianza terapéutica y las técnicas específicas pueden servir para facilitar cambios y mejoras en los procesos clínicos subyacentes en pacientes con trastorno límite de la personalidad.)

(311) Korner A, Gerull F, Meares R, Stevenson J. Borderline personality disorder treated with the conversational model: a replication study. *Compr Psychiatry* 2006;47(5):406-11.

(Evidencia tipo II. Modelo conversacional de Hobson y Meares. Estudio con grupo control durante 12 meses. Cohorte similar al estudio de Stevenson y Meares, 1992. Alto grado de optimismo por los buenos resultados.)

(312) Vinnars B, Barber JP, Noren K, Allop R, Weinryb RM. Manualized supportive-expressive psychotherapy versus non manualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. *Am J Psychiatry* 2005;162:1933-40.

(Evidencia tipo II. La psicoterapia expresiva manualizada fue tan efectiva como la psicoterapia psicodinámica en la comunidad, realizada por clínicos con experiencia dinámica.)

(313) Stevenson J, Meares R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:358-62.

(Evidencia tipo II. Trabajo con las ideas de la psicología del yo de Kohut y las relaciones de objeto de Winnicott.)

(314) Kernberg OF, Selzer M, Koenigsberg H. *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. Nueva York: Baesc Books; 1991.

(315) Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality*. Nueva York: John Wiley & Sons; 1999.

(Evidencia tipo II. Manualización: Kernberg y Clarkin. Basado en un modelo de desarrollo de la personalidad, con una amalgama de la psicología del yo y las relaciones de objeto. Tratamiento generalmente a largo plazo. Tratamiento enfocado en la alianza entre paciente y terapeuta, la vida emocional individual y las defensas.)

Terapia conductual dialéctica

(316) Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:757-66.

(Evidencia tipo I. Los hallazgos replican los estudios previos de la terapia conductual dialéctica y sugieren que su efectividad no puede ser razonablemente atribuida a los factores generales asociados a los expertos en psicoterapia. La terapia conductual dialéctica aparece como la única efectiva para reducir los intentos de suicidio.)

(317) Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Dialectical behavioral therapy (DBT) in borderline personality disorder - early assessment briefs (Alert). Estocolmo: Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU); 2005.

(Evidencia tipo I. Hay evidencia de mejoría en las personas con trastorno límite de la personalidad y los resultados permanecen a lo largo de dos años. Se reducen las necesidades de hospitalización y se reduce el uso de drogas en las personas con adicciones. El coste anual por paciente bajó de 320 coronas suecas al año a 210 coronas suecas.)

(318) Linehan MM, Armstrong HE, Suárez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment for cronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry 1991;48:1060-4.

(319) Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. Am J Psychiatry 1994;151:1771-6.

(Evidencia tipo II. Un año de terapia con manual: una hora a la semana de terapia individual y dos horas y media semanales de entrenamiento en habilidades en grupo. El estudio muestra una mejoría en la depresión, la ideación suicida y la desesperación, y una mejoría global en la escala de funcionamiento global.)

Comorbilidad

Patología dual

(320) Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. Psychiatr Rehabil J 2004;27(4):360-74.

(Evidencia tipo I. En este trabajo se revisan las intervenciones psicosociales en las personas que siguen un tratamiento integrado residencial, ya que no responden a las intervenciones comunitarias. Se comprueba que en la efectividad del tratamiento individualizado influye el grado de motivación; por tanto, se aplican estrategias como cumplimiento del servicio, ayuda al desarrollo de la motivación, ayuda al desarrollo de habilidades y apoyos para la recuperación.)

(321) Hesse M. Achieving abstinence by treating depression in the presence of substance-use disorders. Addict Behav 2004;29(6):1137-41.

(Se trata de un metanálisis con pacientes depresivos con abusos de sustancias, tratados, según los estudios revisados, con *counselling* manualizado, terapia cognitivo-conductual y diversos tipos de antidepresivos. No hay evidencia sobre el aumento de efectividad del tratamiento antidepresivo en la abstinencia por parte de las intervenciones psicosociales.)

(322) Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP. Corrections and revised analyses for psychotherapy in methadone maintenance patients. Arch Gen Psychiatry 1990;47:788-9.

(323) Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. Am J Psychiatry 1987;144:590-6.

(324) Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O' Brien CP, Beck AT, Blaine J et al. Psychotherapy for opiate addicts: does it help? Arch Gen Psychiatry 1983;40:639-45.

(Evidencia tipo II. La psicoterapia psicodinámica fue igual de efectiva que la CBT a la hora de tratar sujetos dependientes de la heroína. Ambas modalidades fueron superiores al TAU [counselling sobre drogas]. Los autores valoraron los resultados en los pacientes con un trastorno adictivo disocial de la personalidad, separadamente y combinando los resultados de la CBT, ya que no había diferencias significativas. En los pacientes con un trastorno antisocial de la personalidad y depresión comórbida, la psicoterapia psicodinámica y la CBT produjeron mejorías significativas, casi parecidas a las producidas en los pacientes opiaceodependientes, con depresión pero sin trastorno antisocial de la personalidad [efectos: 0.53 frente a 0.50].)

Depresión y trastorno límite de la personalidad

Psicoterapia en general

(325) Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy. Can J Psychiatry 2006;51(7):453-60.

(Evidencia tipo III. El tratamiento combinado de psicoterapia —una sesión semanal durante 24 semanas— y antidepresivos es más efectivo que las monoterapias.)

Psicoterapia cognitivo-conductual

(326) Patience DA, McGuire RJ, Scott AI, Freeman CP. The Edinburgh Primary Care Depression Study: personality disorders and outcome. Br J Psychiatry 1995;167:324-30.

(Evidencia tipo II. El tratamiento con psicoterapia cognitivo-conductual es más eficaz que otros tratamientos en personas con depresión y trastornos de la personalidad.)

Psicoterapia psicodinámica

(327) Kool S, Dekker J, Duijens IJ, de Jonghe F, Puite B. Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy for depressed patients with or without personality disorders. Harv Rev Psychiatry 2003;11:133-41.

(Evidencia tipo II. Se recomienda en pacientes con depresión y trastorno de la personalidad el tratamiento con terapia combinada —16 sesiones de psicoterapia psicodinámica de apoyo breve y antidepresivos— y situar el centro de la psicoterapia no en los síntomas sino en los aspectos de relación actuales.)

(328) Hardy GE, Barkham M, Shapiro DA, Stilas WB, Rees A, Reynolds S. Impact of cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. J Clin Consult Psychol 1995;63:997-1004.

(Evidencia tipo II. La terapia psicodinámica produjo mejorías significativas en pacientes depresivos con un trastorno comórbido de la personalidad. La terapia psicodinámica

comportó progresos importantes tanto al final de la terapia [1.17] como al cabo de un año de seguimiento [1.52], y la CBT generó efectos superiores [1.76 y 1.85].)

Trastorno mental en la discapacidad intelectual

Psicoterapia conductual

(329) Didden R, Korzilius H, van OW, Sturmey P. Behavioral treatment of challenging behaviors in individuals with mild mental retardation: meta-analysis of single-subject research. *Am J Ment Retard* 2006;111(4):290-8.

(Evidencia tipo I. En este metanálisis se observa que las intervenciones conductuales son efectivas en las personas con un retraso mental moderado para cambiar sus conductas.)

(330) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, n.º 4 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Hassiotis A, Hall I. Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with learning disabilities. Disponible en: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citado en: Cochrane Library CD003406.

(Evidencia tipo I. Las intervenciones basadas en métodos cognitivo-conductuales —relajación modificada, entrenamiento en asertividad, resolución de problemas y manejo de la agresividad— tienen un impacto en la reducción de conductas agresivas, pero no se prolongan más allá de los seis meses. La existencia de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales y conductuales dirigidas a la heteroagresividad en niños y adultos con discapacidad intelectual es escasa.)

(331) Prout HT, Nowak-Drabik KM. Psychotherapy with persons who have mental retardation: an evaluation of effectiveness. *Am J Ment Retard* 2003;108(2):82-93.

(Evidencia tipo I. Metanálisis con un gran número de estudios y diferentes tipos de intervención. Las intervenciones psicoterapéuticas se deben considerar una parte del tratamiento global de las personas con discapacidad intelectual.)

Trastornos por consumo de sustancias

Psicoterapias en general

(332) American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2003.

(Las intervenciones psicosociales pueden ser útiles si son adaptadas a las necesidades especiales de esta población de pacientes. Las principales orientaciones estudiadas en pacientes con trastornos por consumo de sustancias son la terapia cognitivo-conductual y la terapia psicodinámica interpersonal.)

(333) Wanigaratne S, Davis P, Pryce K, Brotchie J. The effectiveness of psychological therapies on drug misusing clients. [Internet.] National Treatment Agency for Substance Misuse, 2005 [consultado: 12 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.nta.nhs.uk>

(Evidencia tipo I. Esta revisión sugiere que hay una evidencia significativa sobre la efectividad de intervenciones psicológicas. Particularmente, la entrevista motivacional y la

prevención de recaídas son efectivas en diversas sustancias. Las intervenciones familiares también aparecen como un tratamiento prometedor para una gama de consumidores de una variedad de sustancias.)

(334) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, n.º 4 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri M, Mayet S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. Disponible en: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citado en: Cochrane Library CD004147.

(Evidencia tipo I. Entre los estudios considerados, encontramos ocho con diferentes intervenciones psicosociales. Los resultados indican que se produce un beneficio adicional añadido al tratamiento estándar de mantenimiento con metadona.)

(335) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, n.º 4 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultado: 12 de junio de 2007]. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri M, Mayet S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. Disponible en: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citado en: Cochrane Library CD005031.

(Evidencia tipo I. En esta revisión encontramos cinco intervenciones psicosociales diferentes. Se concluye que los tratamientos psicosociales proporcionados junto con los tratamientos farmacológicos de desintoxicación son efectivos en términos de perfeccionamiento del tratamiento, resultados a largo plazo y cumplimiento.)

(336) Van Empelen P, Kok G, van Kesteren NM, van den Borne B, Bos AE, Schaalma HP. Effective methods to change sex-risk among drug users: a review of psychosocial interventions. Soc Sci Med 2003;57(9):1593-608.

(Evidencia tipo I. En esta revisión se estudian usuarios de drogas con conductas sociales de riesgo. Se utilizan intervenciones psicosociales o conductuales que incluyen información, educación y psicoterapia. Un número limitado de intervenciones fueron efectivas en el cambio de conductas sexuales de riesgo con resultados sostenibles para la comunidad. Los programas más completos incluían el uso de múltiples teorías y métodos, la intervención de padres y el ensayo de habilidades.)

1. Alcohol

(337) Secadas Villa R, Fernández Hermida J. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En: Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces. I. Adultos. Barcelona: Pirámide; 2003. p. 114-21. Se recogen las técnicas siguientes:

Psicoterapia: aproximación del refuerzo comunitario (CRA)

(Evidencia tipo I. La revisión de los diferentes estudios demuestra que la CRA es superior al tratamiento estándar. *Características:* El programa aplica métodos que tienen el objetivo de reducir el consumo de alcohol e incrementar el comportamiento funcional. El programa se aplica en formato grupal o individual tanto en pacientes ingresados como en consultas externas.)

Psicoterapia cognitivo-conductual

(**Evidencia tipo I.** La evidencia científica es extensa, con múltiples metanálisis donde se revela superior a otros tratamientos y al no tratamiento. *Características:* Se centra en el entrenamiento en determinadas habilidades para responder de manera adecuada a los antecedentes y situaciones ambientales e individuales que mantienen la conducta de beber. Los dos modelos dominantes son el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento y la prevención de recaídas.)

Psicoterapia familiar y de pareja

(**Evidencia tipo I.** La evidencia científica de múltiples ensayos revela resultados positivos. *Características:* Se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y el incremento de la tasa de refuerzo positivo en las relaciones familiares para responder de manera adecuada a los antecedentes y situaciones ambientales e individuales que mantienen la conducta de consumo.)

Terapia de exposición a pistas

(**Evidencia tipo II.** Existencia de pocos estudios. *Características:* Se centra en el hecho de que estímulos originariamente neutros que preceden a la conducta de beber pueden, después de la repetición de emparejamiento, llegar a provocar respuestas condicionadas de consumo de alcohol.)

Psicoterapia de manejo de contingencias

(**Evidencia tipo III.** Existencia de pocos estudios. Se considera en fase experimental.)

Psicoterapia psicodinámica

(**338**) Kissin B, Plantz A, Su WH. Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism. *J Psychiatr Res* 1970;8:13-27.

(**Evidencia tipo II.** En un RCT sobre el tratamiento de la dependencia alcohólica, la psicoterapia psicodinámica resultó significativamente superior a un grupo control no tratado y a un grupo control tratado con TAU [*counselling* de drogas].)

Intervención psicológica (*debriefing*). Entrevista motivacional

(**339**) Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol* 2006;41(3):328-35.

(**Evidencia tipo I.** Se trata de un metanálisis de ensayos aleatorizados y controlados sobre entrevista motivacional. La conclusión es que resulta una intervención efectiva, pero se necesitan estudios de posibles predictores: género, edad, situación laboral, situación familiar, salud mental, expectativas iniciales y buena disposición al cambio.)

(**340**) Ballesteros J, González-Pinto A, Querejeta I, Arino J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction* 2004;99(1):103-8.

(**Evidencia tipo I.** Se incluyen en el metanálisis estudios realizados en atención primaria, con intervención breve en bebedores de riesgo. Se consigue una reducción y la diferencia de resultados entre géneros es inapreciable.)

(341) Whitlock EP, Green CA, Polen MR, Berg A, Klein J, Siu A et al. Behavioral counselling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med* 2004;140(7):557-68.

(**Evidencia tipo I.** Se revisan métodos para identificar a los consumidores de alcohol apropiados para la intervención breve [*counselling* conductual breve] en atención primaria. Lo primero que se ha de hacer es identificar; valoran la buena calidad de las intervenciones en atención primaria del *counselling* conductual multicontacto para reducir el riesgo y el perjuicio del uso del alcohol. Las intervenciones muy breves o de un solo contacto son las menos efectivas o inefectivas.)

(342) Ballesteros J, Arino J, González-Pinto A, Querejeta I. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol: metanálisis de estudios españoles en atención primaria [Effectiveness of medical advice for reducing excessive alcohol consumption: meta-analysis of Spanish studies in primary care]. *Gac Sanit* 2003;17(2):116-22.

(**Evidencia tipo I.** Los resultados de esta revisión señalan que, en nuestro país, la intervención breve en atención primaria sobre bebedores de riesgo es eficaz, aunque su efecto es moderado.)

(343) Beich A, Thorasn T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003;327(7414):536-40.

(En esta revisión sistemática se valora la intervención breve en bebedores en exceso. En los estudios se utilizan cuestionarios para la detección y las intervenciones breves que incluyen retroalimentación [*feedback*], información y consejo. Las conclusiones señalan que, aunque el consejo breve puede reducir el exceso de alcohol, la detección en la práctica general no parece ser un precursor eficaz para el objetivo de las intervenciones breves en el consumo excesivo de alcohol. Este metanálisis plantea preguntas sobre la viabilidad de la detección del uso excesivo de alcohol en la práctica general.)

(344) Emmen MJ, Schippors GM, Bleijenberg G, Wollersheim H. Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *BMJ* 2004;328:318.

(La evidencia de la efectividad de intervenciones breves oportunistas en un hospital general aún no es concluyente.)

2. Cocaína

Psicoterapia cognitivo-conductual

(337) Secadas Villa R, Fernández Hermida J. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En: Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces. I: Adultos. Barcelona: Pirámide; 2003. p. 121-6. Se recogen las técnicas siguientes:

Psicoterapia: aproximación del refuerzo comunitario más terapia de incentivo

(**Evidencia tipo II.** La evidencia científica de múltiples ensayos muestra resultados positivos. *Características:* Se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y el incremento de la tasa de refuerzo positivo en las relaciones familiares para responder de forma adecuada a los antecedentes y situaciones ambientales e individuales que mantienen la conducta adictiva, además de un programa de manejo de contingencias en el que los pacientes pueden ganar puntos canjeables por determinados refuerzos.)

Psicoterapia: manejo de contingencias (por la reducción del consumo en PMM)

(**Evidencia tipo II.** La evidencia científica de múltiples ensayos muestra resultados positivos.)

Psicoterapia: manejo de contingencias en programas libres de drogas. (Evidencia tipo II.)

Psicoterapia: cognitivo-conductual de habilidades de afrontamiento. Prevención de recaídas.

(La evidencia científica todavía está en fase de experimentación.)

Psicoterapia psicodinámica

(345) Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS et al. Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:493-502.

(346) Crits-Christoph P, Siqueland L, McCalmont E, Weiss RD, Gastfriend DR, Frank A et al. Impact of psychosocial treatments on associated problems of cocaine-dependent patients. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:825-30.

(**Evidencia tipo II.** En el tratamiento de la dependencia de cocaína, la psicoterapia psicodinámica consiguió una mejoría significativa y fue tan efectiva como la CBT [cada una combinada con grupos de *counselling* de drogas]. Sin embargo, las dos formas de terapia fueron inferiores al *counselling* de drogas individual y grupal en términos del uso de la droga. Esta diferencia no se mantuvo en lo referente al progreso psicosocial.)

3. Heroína

Psicoterapia cognitivo-conductual

(337) Secadas Villa R, Fernández Hermida J. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En: Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos. Barcelona: Pirámide; 2003. p. 126-130. Se recogen las técnicas siguientes:

Psicoterapia: aproximación del refuerzo comunitario

(Evidencia tipo II. La evidencia científica de múltiples ensayos muestra resultados positivos.)

Psicoterapia: manejo de contingencias (para la reducción del consumo en PMM)

(Evidencia tipo II. La evidencia científica de múltiples ensayos muestra resultados positivos.)

Psicoterapia: manejo de contingencias en programas libres de drogas

(Evidencia tipo I.)

Psicoterapia: exposición a pistas

(Evidencia tipo I.)

Psicoterapia psicodinámica

(347) Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP. Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. Am J Psychiatry 1995;152:1302-8.

(Evidencia tipo II. En un RCT la psicoterapia psicodinámica fue significativamente superior al tratamiento estándar.)

(348) Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP. Corrections and revised analyses for psychotherapy in methadone maintenance patients. Arch Gen Psychiatry 1990;47:788-9.

(349) Woody GE, McLellan AT, Luborsky L und O'Brien CP. Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. Am J Psychiatry 1987;144:590-6.

(350) Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP, Beck AT, Blaine J et al. Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? Arch Gen Psychiatry 1983;40:639-45.

(Evidencia tipo II. En estos RCT sobre el tratamiento de la dependencia a los opiáceos, la terapia psicodinámica y la CBT se mostraron igualmente efectivas y significativamente superiores al tratamiento estándar.)

4. Tabaco

(351) Gil Roales-Nieto J. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el tabaquismo. En: Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces. II: Psicología de la salud. Barcelona: Pirámide; 2003. p. 287-353. Se recogen las técnicas siguientes:

Psicoterapia: técnicas de saciar

(Evidencia tipo II. La evidencia científica de múltiples ensayos muestra resultados positivos. *Características:* hartar por el gusto, fumar rápido, retención del humo.)

Psicoterapia: reducción gradual de nicotina

(**Evidencia tipo II.** La evidencia científica de múltiples ensayos muestra resultados positivos.)

Psicoterapia: programas conductuales multicomponentes

(**Evidencia tipo II.** La evidencia científica de múltiples ensayos muestra resultados positivos.)

Hay que destacar que en la finalización del consumo de tabaco también han demostrado efectividad: el consejo o la advertencia médica y programas de autotratamiento, autoayuda y autocontrol.

4.3. Estudio del Centro para el Rendimiento Económico

CEP. Centro para el Rendimiento Económico. Grupo de Investigación en Salud Mental. Programa Overview. Director: profesor Lord Richard Layard.
LAS. Escuela Londinense de Economía y Ciencia Política

Informe sobre la depresión. Un nuevo horizonte para la depresión y los trastornos de ansiedad (19 de junio de 2006)

Resumen. Datos remarcables

- Los gastos producidos por las pensiones de incapacidad dedicadas a las personas con enfermedad mental son superiores al gasto total dedicado al subsidio del paro.
- Una de cada seis personas padecen depresión o ansiedad crónica, cosa que afecta a una de cada tres familias. Se puede considerar el problema nacional más importante.
- Sólo uno de cada cuatro afectados recibe algún tipo de tratamiento (en la mayoría de los casos, medicación).
- La evidencia actual nos dice que las terapias psicológicas son tan efectivas como la medicación y en la mayoría de los casos también son las preferidas por los pacientes.
- Muchas áreas tienen listas de espera de seis meses.
- Un curso de psicoterapia cuesta 750 libras y se paga por sí mismo con el dinero que se ahorra en pensiones de incapacidad (750 libras es el coste mensual de una baja laboral).
- Se plantea dotar de un servicio en cada área (cerca de 200.000 habitantes). Se necesitan 10.000 terapeutas y 250 servicios locales, y hay que abrir 40 servicios nuevos hasta el 2013.

- De los 10.000 terapeutas, 5.000 podrían ser psicólogos clínicos y los otros 5.000 se podrían seleccionar de entre los 60.000 trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y consejeros para recibir formación.
- Se plantea un trabajo en equipo. Los terapeutas deben trabajar juntos, en equipos que incluyan terapeutas *sénior*, que puedan supervisar a los terapeutas *júnior* e intervenir en su formación.
- A cualquier persona que manifieste el deseo de ejercer una psicoterapia concreta se le debe exigir una experiencia relevante en esta terapia, incluyendo los psicólogos clínicos. Una terapia inadecuada puede ser peligrosa. Debe haber dos niveles de cualificación: uno para la práctica y otro para la supervisión y formación.
- Al mismo tiempo es necesario que los médicos de familia y los diplomados en enfermería incrementen sus habilidades para poder identificar y diagnosticar los casos de depresión y ansiedad. Es deseable que algunos médicos de familia desarrollen una capacidad para la psicoterapia en la práctica.
- La repercusión de este programa en el NHS es triple:
 - El dinero que cuesta al Gobierno es el mismo que se ahorra.
 - Los beneficios financieros de la sociedad son el doble, y los costes del tratamiento son los mismos.
 - Pero además de estos beneficios financieros se reduce el sufrimiento.

4.4. Psicoterapia: comparación entre diferentes países

Tomado de Stefan Priebe (2006). The provision of psychotherapy – an international comparison

País	Número de psicoterapeutas	Formación exigida	Escuelas de psicoterapia	Derivación	Número de sesiones pautadas	Calidad y evaluación de resultados
Reino Unido	38.000 miembros de asociaciones profesionales de psicoterapia y <i>counselling</i> , aunque no todos acreditados. 12.000 acreditados en BACP y UKCP (20 por cada 100.000 habitantes). Psicoterapeutas trabajando en equipos multidisciplinares del NHS, en organizaciones voluntarias e independientemente.	Profesiones: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y otros, con 3-4 años de formación adicional. Cuerpos de acreditación profesional, pero no existe un registro legal o requerimientos para la licencia.	Integradora. Centrada en la persona. Psicodinámica. Cognitivo-conductual.	Médicos de familia, profesionales de la salud.	Según el problema: 6-40. Coste: 37-117 euros por sesión, cubierto por el NHS.	La calidad únicamente está asegurada mediante la acreditación. Limitada la evaluación de resultados (consejeros CORE).
Australia	Aproximadamente 900 psicoterapeutas y consejeros registrados, 1.000 psicólogos clínicos, 900 psicólogos consejeros y 250 psiquiatras que practiquen la psicoterapia (15 por cada 100.000 habitantes).	Profesiones: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y otros, con tres años de formación adicional. Cada cuerpo tiene su acreditación «autorregulada», pero no existe un registro legal o requerimientos para la licencia.	Psicoanálisis/psicodinámica. Cognitivo-conductual. Integradora.	No existe proceso formal de derivación.	No hay restricciones en cuanto a la duración del tratamiento. No hay datos sobre costes.	Existencia de niveles de calidad y evaluación de resultados programa a programa.

Canadá	Número desconocido.	Profesiones: psiquiatra, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y otros, con 3-4 años de formación adicional.	Terapia familiar. Centrada en el cliente. Psicoanálisis/terapia Psicodinámica.	Usualmente médicos de familia, aunque también otros.	Normalmente 5-7 sesiones. Coste: 41-63 euros por sesión.	Condiciones para la acreditación. La evaluación de resultados depende de los lugares.
Francia	Cifra exacta desconocida. Aproximadamente entre 8.000 y 12.000 (13-20 por cada 100.000 habitantes).	Psiquiatras y psicólogos clínicos y otros formados con registro estatal.	Todos los métodos reconocidos.	No existe proceso formal de derivación.	No hay límite del número de sesiones. Coste: 44-59 euros por sesión.	No existe control formal de calidad. Control parcial a través de cada sociedad de psicoterapia.
Alemania	16.000 psicólogos psicoterapeutas y 3.500 médicos psicoterapeutas acreditados (24 por cada 100.000 habitantes).	Psiquiatras o psicólogos con formación adicional.	Psicoanálisis/terapia psicodinámica. Terapia conductual.	Propia o profesionales	Las aseguradoras cubren desde un mínimo de 25 sesiones hasta un máximo de 100. Coste: 77 euros por sesión.	Condiciones estrictas para la acreditación. No existe evaluación de resultados.
Italia	Número desconocido. Trabajan en equipos de salud mental o en la práctica privada.	Psiquiatras o psicólogos con formación adicional. Todos están acreditados por la autoridad estatal. – Psicoanálisis: 6 años. – Cognitivo-conductual: 3 años. – Terapia familiar: 4 años.	Psicoanálisis/psicodinámica. Terapia cognitiva conductual. Terapia familiar.	Propia o profesionales	Las aseguradoras cubren de 30 a 50 sesiones. Coste: 70-100 euros por sesión.	No hay controles de calidad ni evaluación de resultados.
Holanda	Aproximadamente 5.000 psicoterapeutas (30 por cada 100.000 habitantes).	Profesionales de la salud como psiquiatras y psicólogos con 4-5 años de entrenamiento especial. No hay un estatuto de	Psicoanálisis. Conductual. Cognitiva. Centrada en el cliente.	Médicos de familia o trabajadores de la salud.	Máximo: 25 sesiones pagadas por el Estado.	La calidad está asegurada únicamente por medio de la

		regulación de la profesión.			Contribución de 15 euros por sesión pagados por el cliente.	acreditación y no hay evaluación de resultados. Muy recientemente se exigen los datos de coste-beneficio del tratamiento.
Rusia	Aproximadamente 3.287 psicoterapeutas estatales (2 por 100.000 habitantes) y 6.155 psicoterapeutas privados (4 por cada 100.000 habitantes).	Psiquiatras o psicólogos médicos. La formación debe estar reconocida por el Ministerio de Salud ruso.	Psicoanálisis/ psicodinámica. Centrada en el cliente. Hipnoterapia. Cognitivo-conductual. Psicoterapia positiva. Terapia familiar.	Médicos de familia, profesionales de la salud o propia.	No hay limitaciones, pero normalmente son 10 sesiones. Coste: 18 euros por sesión. Práctica privada: 29-336 euros por sesión.	Control de calidad mediante la legislación del Estado. No se conoce la evaluación de los resultados.
España	Número desconocido.	Profesionales de la salud: psiquiatras y psicólogos con formación adicional. Hasta ahora no hay ningún estatuto ni regulación de la profesión.	Psicoanálisis. Conductual. Cognitiva. Orientación sistémica. Humanística.	Psiquiatras o psicólogos.	Desconocido.	No hay controles de calidad legales ni evaluación de resultados.
Suiza	1.264 psiquiatras de adultos, 3.461 psicólogos psicoterapeutas (49 por cada 100.000 habitantes).	Psiquiatras (sin formación adicional) o psicólogos con dos años de formación adicional.	Psicoanálisis. Terapia conductual. Terapia sistémica.	Autoderivación	Las aseguradoras cubren aproximadamente 30 sesiones. Coste: 132 € por sesión.	Condiciones para la acreditación. No hay evaluación de resultados.

4.5. Evaluaciones diagnósticas estructurales y pluridisciplinarias

Actualmente hay algunas herramientas de evaluación que van más allá del diagnóstico exclusivamente clínico, como es el de la Organización Mundial de la Salud, la clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, *Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*, 1996 (Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2001) o el DSM-IV (Barcelona: Masson, 2002).

Añadimos también como un ejemplo de evaluación globalizadora:

El diagnóstico pentaaxial

(Tomado de Tizón, 1994, 2001)

I. Eje del diagnóstico clínico-psiquiátrico

DSM-IV o CIE-10

II. Eje del diagnóstico de la personalidad

(o de los rasgos de personalidad dominantes en el caso de la clínica infantojuvenil):

- **Trastornos de la personalidad.**
- **Vulnerabilidades psicológicas, ansiedades y defensas básicas.**

III. Eje del diagnóstico clínico-somático

- **Según CIE-10** o similares.
- **Vulnerabilidades y factores de riesgo** somáticos y «psicosomáticos».

IV. Eje del diagnóstico social y psicosocial

- **Situación socioeconómica** (objetiva y vivida).
- **Situación de la «red social»** o «red de relaciones sociales». Apoyo social del paciente o consultante.
- **Factores de riesgo psicosocial:** migraciones, ingresos en instituciones, problemas legales, adolescentes en sus primeras separaciones de la familia, etc.
- **«Acontecimientos vitales»** estresantes.

V. Eje del diagnóstico relacional

(psicodinámico o cognitivo-conductual)

- **Punto de vista cognitivo.**
- **Punto de vista «psicodinámico»:** desde las «relaciones externas» del individuo: cómo se relaciona con sus progenitores, familia, amigos, entorno directo, etc.
- **Punto de vista psicoanalítico:** transferencia y contratransferencia, relaciones internas, el mundo interno del sujeto (entre deseos, motivaciones, conflictos, etc.) «relación de objeto», etc.

4.6. . Protocolo de iniciación de una psicoterapia psicodinámica breve

Algoritmo de indicaciones y contraindicaciones (Tizón, San-José y Nadal, 1997)

1. Cuadro clínico con importantes ansiedades y defensas psicóticas

1. Trastornos psicóticos paranoides.
2. Esquizofrenia.
3. Depresión mayor.
4. Episodios de manía.
5. Historia de diversos intentos de suicidio.
6. Trastornos graves de personalidad tipo trastorno antisocial, esquizotípico o pasivo-agresivo.
7. Trastorno por adicción a las drogas.
8. Importantes núcleos de perversión.

Los diagnósticos clínicos anteriores en principio **contraindican** la psicoterapia psicodinámica breve. Por eso debe ser matizado, al menos de la manera siguiente:

- 1.1. Si el paciente presenta un cuadro clínico claro de los señalados en los puntos 1, 2, 3, 4 y 7: contraindicación de psicoterapia breve.
- 1.2. Si el paciente presenta una clínica grave del tipo 5, 6, 7 o 8: contraindicación relativa.
- 1.3. Si el paciente no presenta una clínica grave de estos tipos no puede ser diagnosticado y se debe valorar el criterio siguiente:
2. Núcleos psicóticos importantes. El paciente presenta ansiedades confusionales o persecutorias importantes manifestadas por confusión, indecisión, incoordinación, falta de habilidades, miedo, temor y desconfianza extrema, terror o cautela extrema, etc.
 - 2.1. Si el paciente presenta esta clínica: contraindicación de psicoterapia breve.
 - 2.2. Si el paciente no presenta esta clínica, se debe valorar el criterio siguiente:
3. Situación reactiva aguda. Trastornos reactivos secundarios a pérdidas u otros conflictos psicosociales.
 - 3.1. Si el paciente presenta una situación reactiva aguda o reciente de este tipo, se puede pensar en aplicar psicoterapia breve.
 - 3.2. Si no hay situación aguda, se debe valorar el criterio siguiente:
4. Sintomatología clínica y estructurada, de imprevisible reversibilidad tanto espontánea como por medio de psicoterapia breve.
 - 4.1. Si se da el criterio: **psicoterapia prolongada**.
 - 4.2. Si no se da el criterio se debe valorar el criterio siguiente:
5. Conservación suficiente de áreas mentales o sociales no afectadas.

- 5.1. Si no hay áreas conservadas: contraindicación de psicoterapia breve.
- 5.2. Si hay áreas conservadas, se debe valorar el criterio siguiente:
6. Consciencia mínima del conflicto, capacidad de introspección.
 - 6.1. No hay consciencia.
 - 6.1.1. No responde a las intervenciones exploratorias orientadas a la sensibilización del conflicto psicológico: contraindicación de psicoterapia breve.
 - 6.1.2. No hay consciencia del conflicto, pero confía mínimamente en poder ser ayudado. Se debe valorar el criterio siguiente:
 - 6.2. Hay consciencia del conflicto y de la propia participación en este conflicto o una cierta capacidad de introspección, en este terreno o en otros. Se debe valorar el criterio siguiente:
7. Actitud de confianza en el profesional.
 - 7.1. No: contraindicación, al menos en este momento de la relación asistencial. No hay garantías de que actualmente se pueda establecer una alianza terapéutica suficiente.
 - 7.2. Sí: valorar el criterio siguiente:
8. Motivación por el cambio.
 - 8.1. El paciente no se siente motivado a cambiar de actitud en las áreas conflictivas o en otras importantes o relevantes para él: contraindicación.
 - 8.2. El paciente se siente o parece motivado a cambiar: Valorar el resto de criterios.

Exploración clínica y, si es necesaria, complementaria

Para estos modelos de psicoterapia breve, es imprescindible la delimitación previa del o de los focos terapéuticos. Si eso no se ha conseguido en la exploración clínica habitual en dos o tres entrevistas, puede ser recomendable una exploración psicodiagnóstica orientada a esta finalidad. Para valorar esta necesidad, se puede utilizar el algoritmo siguiente:

- o En la segunda o tercera entrevista se proporciona al paciente una aproximación interpretativa a una parte de su situación o conflictos de manera prudente, cuidadosa y empática.
- o Se analiza su respuesta verbal y no verbal, valorando especialmente sus componentes afectivos: se recoge la respuesta emocional, conductual y física ante las intervenciones de la prueba.
- o Si la respuesta es suficiente, se proporciona, en forma de hipótesis, una interpretación de las bases psicológicas de su conflicto.
- o Si el paciente entiende esta interpretación y, en general, la acepta, se perfilan, junto con él, un poco más los focos explícitos de la terapia; aunque el psicoterapeuta puede prever otros focos implícitos que no crea oportuno comunicar en ese momento.
- o Si el paciente no lo entiende, se intenta reformularlo. Si continúa sin entenderlo o no está de acuerdo:

- o Valorar la necesidad de supervisión y de **exploración psicodiagnóstica ad hoc** (protocolo).

Actividad reservada al psicoterapeuta, después de cada una de las entrevistas de exploración

1. Si se supervisara esta psicoterapia breve, se debe hacer un registro detallado del desarrollo de las entrevistas respetando la secuencia de las intervenciones del clínico y del paciente.
2. Diagnóstico clínico, psicosocial e hipótesis psicodinámica del funcionamiento mental del paciente.

Supervisión inicial. (Dado el esfuerzo emocional que significa la práctica de la psicoterapia breve, consideramos que siempre es aconsejable que los clínicos que realicen psicoterapia breve supervisen al menos algunas de estas terapias. En esta recomendación también se incluyen los clínicos con más experiencia.)

1. Valoración psicopatológica.
2. Valoración de pruebas complementarias.
3. Colaboración en el diagnóstico pentaaxial (Tizón, 1994), con especial énfasis en el diagnóstico de la relación de objeto del paciente.
4. Confirmación de indicación de **psicoterapia breve**.
5. Confirmación o modificación de los «focos de la psicoterapia breve».
6. Estructuración del encuadre de la psicoterapia.
7. Orientación de la devolución al paciente.

Entrevistas siguientes (tercera/cuarta)

- 1 Si es necesario, ampliación del diagnóstico según la supervisión realizada.
- 2 Si es necesario, ampliación de las intervenciones exploratorias orientadas a confirmar las hipótesis psicodinámicas y a definir los «focos».
- 3 Se propone al paciente el tipo de tratamiento y sus posibles «focos» (en caso de que esta propuesta esté incluida en la técnica de la psicoterapia breve concreta).
 - 3.1. Si el paciente está de acuerdo, se puede pasar al apartado siguiente: propuesta del «contrato terapéutico».
 - 3.2. Si el paciente no está de acuerdo, se debe valorar la realización de **otras estrategias terapéuticas** o **protocolos** teniendo muy en cuenta las aportaciones del paciente.
- 4 Propuesta del **contrato terapéutico**:
 - 4.1. Propuesta general del tratamiento: reglas básicas, horarios, regla de la asociación libre adaptada, etc.

- 4.2. Duración del tratamiento: entre 6 y 12 meses.
- 4.3. Anuncio de las interrupciones previstas (vacaciones, ausencias del psicoterapeuta, etc.) y de la no recuperación de las sesiones si el paciente falta.
- 4.4. Frecuencia: para este tipo de terapia creemos recomendable la frecuencia de una sesión semanal, y también:
- 4.5. Horas y días fijos para las sesiones, siempre que se pueda.

Supervisión del tratamiento y posible reorientación de este tratamiento si fuera necesario. Como ya se ha dicho, no creemos conveniente la realización de **psicoterapia breve** si el psicoterapeuta no participa en un grupo o una actividad individual de supervisión.

Seguimiento

Todavía es un tema en discusión. Nosotros preferimos proponer al paciente que «vuelva a pedir visita para explicarnos cómo está, cómo le van las cosas» al cabo de seis meses de la finalización del tratamiento y después cada 6-12 meses hasta los dos o tres años.

4.7. Desarrollo cronológico del tratamiento del señor Baker

(Balint, Ornstein, Balint, 1985)

Edad al comenzar el tratamiento		43	
Edad al finalizar el tratamiento		44-45	
Edad en 1970		53	
		Fecha	Intervalo
Primera consulta	Sesión 1	08.11.1960	
Fin periodo diagnóstico	Sesión 2	14.11.1960	6 días
Comienzo del tratamiento	Sesión 3	24.02.1961	15 semanas
Sesiones semanales hasta (incluida)	Sesión 13	12.05.1961	6 semanas
Finalización tentativa	Sesión 14	23.06.1961	
	Sesión 15	11.08.1961	7 semanas
	Sesión 16	18.08.1961	7 días
Fecha probable de finalización del taller de terapia focal, pero el tratamiento continúa		Agosto de 1961	
Reanudación del tratamiento	Sesión 17	10.10.1961	7 semanas
Dos sesiones semanales hasta (incluida)	Sesión 22	17.10.1961	
Una sesión semanal hasta (incluida)	Sesión 26	24.11.1961	
Última sesión del tratamiento	Sesión 27	11.02.1962	
Seguimiento por carta 1		30.04.1962	
Primera sesión de seguimiento	Sesión 28	02.08.1962	6 meses (aprox.)
Seguimiento por carta 2		05.04.1963	8 meses
Seguimiento por carta 3		14.04.1965	2 años
Segunda sesión de seguimiento	Sesión 29	25.11.1966	4 años, 3 meses
Carta del terapeuta al clínico		01.03.1968	
Respuesta del clínico		04.03.1968	
Primer test psicológico		24.10.1960	
Repetición del mismo test		14.04.1961	
Retest		20.07.1961	

4.8. Ejemplo de un CEP actualmente en funcionamiento

A título indicativo se ponen como ejemplo las diferentes técnicas y planteamientos de trabajo de un centro especializado de psicoterapia, actualmente en funcionamiento e incluido en la red de atención pública (F. Sant Pere Claver).

4.8.1. Modalidades de tratamiento en niños y adolescentes

Psicoterapia psicodinámica individual

- Psicoterapia individual breve, de un año de duración.
- Psicoterapia individual sin delimitación previa del tiempo, pero con una duración del tratamiento que como máximo será de dos años.

4.8.1.1. Indicaciones y contraindicaciones de la psicoterapia psicodinámica focal y breve

Se tiene que considerar que la personalidad del niño no está estructurada como la del adulto y que podemos ver patologías consideradas en principio como graves que pueden evolucionar favorablemente con ayuda psicoterapéutica. También debemos considerar los factores sociofamiliares antes de plantearnos un tratamiento de psicoterapia.

En general, consideramos que son subsidiarios de recibir psicoterapia psicodinámica breve y focal los pacientes con una organización neurótica. Para las patologías no incluidas como beneficiarias de este tipo de ayuda planteamos otras modalidades de abordaje psicoterapéutico.

Diagnóstico clínico DSM en el eje I

- Trastornos por ansiedad (fobias, comportamiento, inhibición, aprendizajes, etc.).
- Trastornos adaptativos en general.
- Trastornos afectivos (distimias no muy graves).
- Trastorno somatomorfo (por bloqueo del proceso de simbolización).

Diagnóstico clínico DSM en el eje II

- Trastornos de la personalidad en general, a excepción de las organizaciones psicóticas ya muy evidentes y de las psicopatías.
- Se considerarán contraindicados para recibir psicoterapia psicodinámica breve y focal, en principio, todos los trastornos profundos del desarrollo (autismo y psicosis) y los que padecen una discapacidad intelectual moderada o grave.

Características psicodinámicas de los pacientes y de su familia

- De inclusión:
 - Que la etiología esté predominantemente en el niño (se descartan, pues, problemáticas por carencia, pautas educativas incorrectas, etc.).
 - Deseo de ser ayudado.
 - Confianza básica en el terapeuta.
 - Cierta reconocimiento del conflicto como propio.
 - Capacidades *yoicas* suficientes.
 - Defensas no muy rígidas.
 - Aparición relativamente reciente de las dificultades.
 - Familia con un cierto reconocimiento del conflicto como emocional.
- De exclusión:
 - Situaciones de carencia graves.
 - Familia sin reconocimiento del conflicto emocional.
 - Organización sociofamiliar muy desestructurada.
 - Defensas muy rígidas.

4.8.1.2. Otras modalidades de tratamientos en niños

4.8.1.2.1. Psicoterapias de pensamiento y comunicación

- **Indicaciones:** En los niños en que vemos un bloqueo en sus funciones de aprendizaje a causa de una conflictividad emocional de base.
- **Características clínicas de los pacientes**

Diagnóstico DSM en el eje I

- Trastornos por déficit de atención.

Diagnóstico DSM en el eje II

- Trastornos específicos del desarrollo (adquisición del lenguaje, lectoescritura, cálculo, etc.).

- **Características psicodinámicas de los pacientes**

De inclusión:

- Conciencia de dificultades.
- Motivación para ser ayudado.
- Momento evolutivo clave para intervenir.
- Disposición de la familia para atender la problemática desde la vertiente emocional.

De exclusión:

- Retrasos profundos del desarrollo (autismo y psicosis).
 - Discapacidad intelectual moderada y grave.
 - Fuerte tendencia a la actuación.
 - Marco sociofamiliar muy desestructurado.
- **Objetivos:** El tratamiento de las dificultades instrumentales del niño, consiguiendo crear las condiciones que estimulen el desbloqueo de las funciones *yoicas*.
 - **Metodología:** A partir de actividades lúdicas espontáneas o sugeridas por el terapeuta, se acerca al niño a las situaciones de aprendizaje. El terapeuta acompaña al niño en la organización de la tarea, el proceso para desarrollarla y en el proceso para encontrar soluciones a los problemas que se le plantean en el transcurso de la sesión. Como herramientas fundamentales utilizamos la verbalización de lo que se está haciendo, la señalación de los problemas que pueden estar dificultando la iniciación o realización de la tarea y la interpretación de la relación transferencial en los momentos de bloqueo del proceso de aprendizaje.
 - **Frecuencia:** Una o dos sesiones a la semana durante un año aproximadamente.

4.8.1.2.2. Los tratamientos en grupo

4.8.1.2.2.1. Grupos simultáneos de niños y de padres

- **Indicaciones:** Niños entre 5 y 13 años de edad con trastornos del desarrollo madurativo, dificultades de relación personal, retrasos en los aprendizajes escolares, trastornos adaptativos recientes o con problemas neuróticos de la personalidad. Y para los padres con dificultades para llevar a cabo el cuidado de hijos que padecen estos problemas y desean aproximarse para comprenderlos desde una perspectiva emocional.
- **Características psicodinámicas de los pacientes**

De inclusión:

- Conciencia de dificultades.
- Motivación para ser ayudado.
- Funciones *yoicas* suficientes.
- Situación familiar que permita asumir el compromiso de asistencia regular.
- Padres con deseos de compartir experiencias con otros padres.

De exclusión:

- Niños con patologías autistas y psicóticas.
 - Niños con discapacidad intelectual moderada o grave.
 - Niños con tendencias a la actuación muy pronunciadas.
 - Padres con conflictos personales que no permitan llevar a cabo la actividad del grupo.
-
- **Objetivo:** En el caso de los niños, es necesario conseguir una mejoría de las capacidades de verbalización de sus dificultades, favorecer procesos de pensamiento, estimular el interés por los conocimientos y la exploración, y facilitar relaciones sociales desde un marco contenedor. En el caso de los padres, se debe proporcionar un espacio de aproximación a sus hijos y sus problemáticas, y darles un espacio para ellos como padres en el que puedan compartir con otras familias experiencias y conocimientos que les sean útiles.

 - **Metodología:** Realizamos agrupaciones entre franjas de edades cronológicas, como por ejemplo entre 5-7 años, 8-10 años y 10-12 años. La propuesta es que hablen de lo que quieran contar al grupo, que organicen juegos, hagan dibujos o actividades espontáneas en las que todos puedan intervenir. Se trata de organizarlo entre todos, llevarlo a cabo y pensar en las dificultades que se van encontrando. El terapeuta o los terapeutas (pueden ser dos) deben acompañar a los niños y facilitar que desplieguen sus capacidades, estimulando o graduando las intervenciones de todos los miembros del grupo.
Los grupos de niños cuentan con un grupo paralelo de padres, cuyo objetivo es pensar en las dificultades por las que llevan sus hijos a la consulta y comprenderlas.

 - **Frecuencia:** El grupo se reúne semanalmente durante un curso escolar.

4.8.1.2.2.2. Grupos de padres

- **Indicación:** Padres sensibles a las dificultades emocionales que padecen sus hijos y que desean un espacio de intercambio y de expresión con otros padres.

- **Objetivos:** Trabajo de sensibilización con relación a las situaciones emocionales de los niños y de los padres.

- **Metodología:** Los padres de los niños asisten a un grupo en el que el objetivo debe ser pensar en las ansiedades que están en la base de las conductas de sus hijos y hablar con otros padres que se encuentran en circunstancias parecidas.

- **Frecuencia:** En este momento se llevan a cabo quincenalmente.

4.8.1.2.2.3. Grupos de escenoterapia

Se trata de una modalidad de psicoterapia de grupo, que parte de una propuesta concreta: representar una escena construida y consensuada por los miembros del grupo durante la sesión y posteriormente dedicar un tiempo a reflexionar sobre el trabajo efectuado. *Se pueden hacer o no con un grupo paralelo de padres.*

- **Indicaciones.** Son una alternativa terapéutica para:
 - Chicos que no pueden ser atendidos de manera individual o familiar por sus características personales (inhibición, bloqueo emocional).
 - Chicos que presentan poco desarrollo de sus funciones simbólicas.
 - Chicos que presentan dificultades en las relaciones personales.
- **Contraindicaciones**
 - Chicos con trastornos graves de la personalidad.
 - Discapacidades intelectuales graves.
 - Cuadros importantes de hiperactividad.
- **Objetivos:** Se dirigen fundamentalmente a producir ganancias en los procesos de simbolización y en el área de las relaciones sociales.
- **Metodología:** Los grupos están constituidos por siete u ocho chicos, agrupados por franjas de edades próximas y conducidos por dos terapeutas y un observador. La sesión de grupo dura una hora.
- **Frecuencia:** Es semanal. Los grupos se proponen durante un año escolar aproximadamente, aunque en ocasiones la duración es mayor o está limitada a un bloque concreto de sesiones.

4.8.1.2.2.4. Psicoterapia madre-niño

- **Indicaciones:** Dirigidas fundamentalmente a madres y niños pequeños —entre 0 y 5 años— con problemática somática, trastornos alimentarios, del sueño, crisis de cólera.
- **Contraindicaciones:** Situaciones de extrema proyección del conflicto propio de la madre hacia su hijo.
- **Objetivos:** Bajar el nivel de proyección del conflicto propio de la madre hacia el hijo.

- **Metodología:** Observación, señalación e interpretación de los elementos perturbadores que se manifiestan a través de la relación madre-hijo, en presencia del o de la terapeuta.
- **Frecuencia:** Se organizan *settings* semanales o quincenales, durante un tiempo pactado desde el inicio del tratamiento.

4.8.1.2.2.5. Psicoterapia de familia

- **Indicaciones:** Para familias de niños y adolescentes en las que suponemos que el síntoma que presenta el paciente «designado» tiene un papel determinante para el equilibrio relacional de todo el conjunto familiar.
- **Objetivos:** Rebajar el nivel de proyecciones recíprocas y conseguir un reequilibrio en la dinámica relacional.
- **Metodología:** A partir de la observación, la señalación y la interpretación de los elementos de proyección que se ponen en marcha en la dinámica familiar, con la presencia del o de los terapeutas.
- **Frecuencia:** Semanal o quincenal. Sesiones de una hora, durante un tiempo pactado al comienzo del tratamiento.

4.8.1.2.3. Entrevistas de seguimiento

Los tratamientos denominados de «seguimiento» normalmente tienen una frecuencia mensual. Se trata de un espacio para orientar a los padres y ayudarles a entender las dificultades del hijo y también las propias que pueden generar dinámicas de relación poco provechosas para la evolución del niño.

Cuando el seguimiento se hace en niños o adolescentes, el objetivo es acompañarlos en situaciones adaptativas concretas o hacer unas intervenciones a tiempo limitado que pensamos que podrán movilizar sus recursos *yoicos*, sin tener que ofrecerles una psicoterapia de larga duración.

4.8.1.2.4. Tratamiento farmacológico

En la unidad este tratamiento siempre es coadyuvante de una psicoterapia. En principio los pacientes que necesitan medicación la reciben en sus CSMIJ de referencia y pocas veces se les insta para derivar su control posterior a los dispositivos de primaria.

4.8.2. Modalidades de tratamiento en adultos

Como introducción diremos que entendemos por psicoterapia psicodinámica un tipo de tratamiento que aborda los conflictos y trastornos psicológicos mediante la relación personal y verbal entre la persona que los padece y un especialista. Se fundamenta en el psicoanálisis como modelo teórico para la comprensión de estos conflictos intrapsíquicos, que mayoritariamente se consideran de naturaleza inconsciente.

- El tratamiento se lleva a cabo en sesiones de 40 minutos de duración y frecuencia semanal.
- A continuación se mencionan los tipos de tratamiento que se hacen en el CEP de adultos indicando las características específicas.

4.8.2.1. Psicoterapia psicodinámica focal y breve

- Se entiende por psicoterapia psicodinámica focal y breve el trabajo que se hace preferentemente sobre un núcleo conflictivo que queda recogido en el foco. El término *breve* hace referencia a la delimitación previa del tiempo de duración.
- El tiempo de duración de este tratamiento es aproximadamente de un año, entre 9 y 15 meses, y se comunica al paciente en el momento de comenzar.
- Unos cuantos meses después de acabar el tratamiento se hace una entrevista única de seguimiento o control para ver cómo le ha ido al paciente este tiempo sin tratamiento y poder valorar, junto con él, su estado psicológico.

4.8.2.2. Psicoterapia psicodinámica de tiempo no determinado

- Es una psicoterapia psicodinámica individual en la que no se delimita la duración desde el comienzo. El periodo oscila entre los ocho meses y los dos años.
- Este tratamiento se indica cuando en el transcurso de las entrevistas de diagnóstico no se puede perfilar un foco ajustado y, en cambio, el paciente reúne las características para beneficiarse de una psicoterapia psicodinámica.

4.8.2.3. Psicoterapia de prueba

- *Es una psicoterapia de frecuencia semanal y de tres o cuatro meses de duración (el tiempo se establece antes de comenzar). Esta psicoterapia de prueba puede acabar en alta o en otra indicación.*
- *El objetivo de este tratamiento es observar, junto con el paciente, si el método de la psicoterapia psicodinámica le puede ayudar o no.*
- *Al finalizar el tratamiento de prueba se hace una valoración con el paciente y se decide si la asistencia se acaba en aquel momento, si se deriva o si se continúa con una psicoterapia psicodinámica a medio plazo con el mismo terapeuta.*

Indicaciones y contraindicaciones de la psicoterapia psicodinámica focal y breve en adultos

Para la indicación de la psicoterapia focal y breve se deben tener en cuenta las características clínicas en interacción con las características psicodinámicas.

Características clínicas de los pacientes

Diagnóstico clínico en el eje I

- **T. ansiedad:** Incluidos en general. Se excluyen los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos fóbicos muy incapacitantes.
- **T. afectivos:** Se incluye distimia. Se excluyen depresiones mayores sin desencadenante aparente y trastornos bipolares.
- **T. adaptativos:** Incluidos en general.
- **T. psicóticos:** Excluidos en todos los casos.
- **T. somatomorfos y disociativos:** Incluidos en general, dependerá de las características psicodinámica. Excluidos los trastornos psicósomáticos estructurados.
- **T. por dependencia de sustancias:** Excluidos.

Diagnóstico clínico en el eje II

- Se incluyen los trastornos de la personalidad en general.
- Se excluyen el paranoide, el antisocial y el pasivo dependiente grave.
- Se excluyen los pacientes con cociente intelectual por debajo de la normalidad.

Características psicodinámicas de los pacientes

De inclusión:

- Motivación: deseo de tratarse.
- Capacidad de observación de los conflictos emocionales.
- Reconocimiento del conflicto como propio.
- Flexibilidad de las defensas, no cronificación.
- Egodistonia de los conflictos y síntomas.
- Funciones *yoicas* suficientemente conservadas.

De exclusión:

- Antecedentes de situaciones difíciles (carenciales o traumáticas) desde el inicio de la vida.
- Intentos de autolisis serios o riesgo de que se produzcan.
- Hospitalización psiquiátrica prolongada.
- Grandes y organizados beneficios secundarios.
- Fuerte tendencia a la actuación destructiva. Perversiones.

Unidad de Tratamientos Específicos de la Fundación Hospital Sant Pere Claver

Diciembre de 2001

5. Profesionales que han participado

Equipo del plan director de salud mental y adicciones

Cristina Molina Parrilla

Directora Plan director salud mental y adicciones. DGRPRS
Departamento de Salud

Joan Colom

Subdirector general de Drogodependencias. DGSP. Departamento de Salud
Subdirector Plan director de salud mental y adicciones. Departamento de Salud

Miquel Casas

Presidente del Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones
Servicio de Psiquiatría Vall de Hebron. ICS

Josep Ramos

Vicepresidente del Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones
Sant Joan de Déu. Servicios de Salud Mental

José García Ibáñez

Asesor Plan director de salud mental y adicciones. DGRPRS
Departamento de Salud
Grupo Pere Mata

Esther Jordà

Coordinadora técnica Plan director de salud mental y adicciones. DGRPRS
Departamento de Salud

COMPOSICIÓN DEL EQUIPO REDACTOR

GRUPO 2003

Lluís Lalucat

Presidente
Psiquiatra
Centro de Higiene Mental Les Corts

José García Ibáñez

Coordinador
Psiquiatra
Grupo Pere Mata

Mercè Mercader

Secretaria técnica
Gerencia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental

Lluís Albaigès

Psiquiatra
Representante de la Coordinadora de CSMA

Jaume Aguilar

Psiquiatra
Fundación Hospital Sant Pere Claver

Lluís Cabrero

Psiquiatra
Corporación Clínic

Marta Aymerich

Doctora en Medicina
Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica (AATRM)

Lluís Farré

Psicólogo clínico
Fundación Puigvert

Leticia Escario

Psicóloga clínica
Representante de la Coordinadora de
CSMIJ

Daniel García Tarafa

Psiquiatra
Fundación Vidal i Barraquer

Paz Flores

Psiquiatra
Federación Española de Asociaciones
de Psicoterapeutas

Alfons Icart

Psicólogo clínico
Fundación Orienta

Margarita Ibáñez

Psicóloga clínica
Hospital Sant Joan de Déu

Antonio Labad

Psiquiatra
Instituto Pere Mata. Universidad Rovira i
Virgili

Lluís Isern

Psiquiatra
Fundación Congrés Català de Salut
Mental

Juan Luis Linares

Psiquiatra
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

José Leal

Psicólogo clínico
Comisión Nacional de la Especialidad de
Psicología Clínica

Josep Moya

Psiquiatra
Corporación Parc Taulí de Sabadell

Maite Miró

Psiquiatra
Universidad de Barcelona

Roser Pérez Simó

Psiquiatra
Fundación Estudio de la Psicoterapia

Diego Palao

Psiquiatra
Corporación Sanitaria Parc Taulí de
Sabadell

Jorge L. Tizón

Psiquiatra y psicólogo clínico
Unidad de Salud Mental Sant Martí Nord

Maite Pi

Psicóloga clínica
Instituto de Asistencia Sanitaria de
Girona

Josep Toro

Psiquiatra
Corporación Clínic. Universidad de
Barcelona

GRUPO 2006

Han realizado la revisión a partir de las indicaciones del Plan director de salud mental y adicciones y la selección de artículos para la evidencia.

Jaume Aguilar

Psiquiatra
Fundación Hospital Sant Pere Claver

Pilar Duro

Psiquiatra
Órgano Técnico de Drogodependencias

Paz Flores

Psiquiatra
Instituto de Atención Psiquiátrica: Salud Mental y Toxicomanías

José García Ibáñez

Coordinador
Psiquiatra

Grup Pere Mata

Paloma Lago

Psiquiatra
Fundación Nou Barris

Josep Lluís Matalí

Psicólogo clínico
Hospital Vall d'Hebron

Maite Miró

Psiquiatra
Universidad de Barcelona

Jorge Luis Tizón

Jefe del equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis

Josep Toro

Psiquiatra
Corporació Clínic. Universidad de Barcelona.

Han revisado el texto y han realizado aportaciones:

Miquel Casas

Psiquiatra
Servicio de Psiquiatría Vall de Hebron.
ICS

Ernesto Fonseca

Psiquiatra, psicodramatista
Asociación Española de Psicodrama

Amaya Hervás

Psiquiatra
CSMIJ Terrassa

Juan Luis Linares

Psiquiatra
Hospital de la Santa Creu y Sant Pau

Joaquim Puntí

Psicólogo
Corporación Sanitaria Parc Taulí

Josep Ramos

Psiquiatra
Sant Joan de Déu. Servicios de Salud Mental

Assumpta Rigol

Diplomada en Enfermería
Colegio de Profesionales de Enfermería

Han realizado comentarios y sugerencias (Equipo de Psiquiatría de Vall d'Hebron)

Sara Guila Fidel

Psicóloga clínica

Beatriz González

Psicóloga residente

Núria Junyent

Psicóloga residente

Yolanda Martínez

Psicóloga residente

Ana Ortín

Psicóloga residente

Diego Padilla

Psicólogo residente

Adil Qureshi

Psicólogo clínico

Olga Sabriá

Psicóloga residente

Sergi Valero

Psicólogo

Consuelo Centelles

Documentalista, Instituto Universitario Pere Mata de Reus: ha ayudado en la bibliografía y resúmenes.

Gemma Salmerón

Secretaria técnica, PDSMyA: ha realizado los retoques del documento.

Revisión

La Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas (AATRM) ha llevado a cabo la revisión externa metodológica de este documento.

6. Bibliografía consultada

- Alanen Y. Esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2003.
- American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos: Compendio 2003. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2003.
- American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos: Compendio 2004. Guía de consulta rápida. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2004.
- Anderson C, Reiss D, Hogarty G. Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación. Buenos Aires: Amorrortu; 1986.
- Audin K, Margison FR, Mellor-Clark J, Barkham M. Value of HoNOS in assessing change in NHS psychotherapy and psychological treatment services. *Br J Psychiatry* 2001;178:561-6.
- Asen E. Outcome research in family therapy. *Adv Psychiatr Treat* 2002;8:230-8.
- Ávila Espada A. ¿Hacia dónde va la psicoterapia?: Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 2003;23:67-84.
- Balint M, Ornstein PH, Balint E. Psicoterapia focal. Barcelona: Gedisa; 1996.
- Barret PM, Ollendick TH (eds.). Interventions that work with children and adolescents. Prevention and treatment. Chichester: John Wiley & Sons; 2005.
- Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry* 2000;177:138-43.
- Beck AT, Freeman A, Davis DD, Pretzer J, Fleming B, Arntz A et al. Cognitive therapy of the personality disorders. Nueva York: Guilford Press; 1990.
- Beitman BD. The structure of individual psychotherapy. Nueva York: The Guilford Press; 1987.
- Beitman BD, Yue D. Psicoterapia: programa de formación. Barcelona: Masson; 2004.
- Beitman BD, Yue D. Learning psychotherapy: a time-efficient, research-based, and outcome-measured psychotherapy training program. Seminar leader's manual. Nueva York: Norton Company; 2004.
- Benedetti G. La psychothérapie des psychoses comme défi existentiel. Ramonville Saint-Agne: Érès; 2002.

Blanqué R, Codina J, Esquè X, Galofre A, San Emeterio M, Icart A. Programa de psicoteràpia a les institucions públiques. Barcelona: Fòrum de Salut Mental; 2001.

Blay SL, Fucks JSV, Barruzi M, Pietro MC di, Gastal FL, Malufneto A et al. Effectiveness of time-limited psychotherapy for minor psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 2002;180:416-22.

Bleichmar H. Avances en psicoterapia psicodinámica. Barcelona: Paidós; 1997.

Bowers WA, Wayne A, Andersen AE. Cognitive-behavior therapy with eating disorders: the role of medications in treatment. *J Cogn Psychother: An International Quarterly* 2007;21(1):16-27.

Cancrini L. La psicoterapia: gramática y sintaxis. Barcelona: Paidós; 1991.

Carr A. What works with children, adolescents and adults? Hove/Nueva York: Routledge; 2009.

Carr A, McNulty M. The handbook of adult clinical psychology: an evidence based practice approach. Hove/Nueva York: Routledge; 2006.

Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Ann Rev Psychol* 2001;52:685-716.

Coletti M, Linares JL. La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: la experiencia de Ciutat Vella. Barcelona: Paidós; 1997.

Comín Bertran E, Catalán Ramos A, Morera Castell R. Directrices para elaborar las guías de práctica clínica. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2006.

Curiel JD. Las psicoterapias de los trastornos graves de personalidad (TGP) en los servicios de salud mental. *Interpsiquis*; 2003.

Cutler JL, Goldyne A, Markowitz JC, Devlin MJ, Glick RA. Comparing Cognitive Behaviour Therapy, Interpersonal Psychotherapy, and Psychodynamic Psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2004;161:1567-73.

Ducouso-Lacaze A. Existen bastantes similitudes entre las psicoterapias más modernas y las terapias tradicionales. *Arch Psiquiatr* 2003;66(1).

Durham RC, Chambers YA, Power KG, Sharp DM, Macdonald RR, Mayor KA et al. Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technol Assess* 2005;9(42):174.

Eccles M, Mason J, Freemantle N. Developing valid cost effectiveness guidelines: a methodological report from the North of England evidence based guideline development project. *Qual Health Care* 2000;9:127-32.

Eccles M, Mason J. How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technol Assess* 2001; 5(16):1-69.

Evans C, Margison F, Barkham M. The contribution of reliable and clinically significant change methods to evidence-based mental health. *Evidence-Based Ment Health* 1998;1:70-2.

Evans C, Connell J, Barkham M, Margison F, McGrath G, Mellor-Clark J, Audin K. Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility. *Br J Psychiatry* 2002;180:51-60.

Farré LI, Hernández V, Martínez M. *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*. Barcelona: Paidós; 1992.

Fernández Álvarez H. *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós; 1992.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2002.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. *La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2002.

Fisher JE, O'Donohue WT (eds.). *Practitioner guide to evidence-based psychotherapy*. Nueva York: Springer Science; 2006.

Freeman A et al. *Clinical applications of cognitive therapy*. Nueva York: Plenum; 1990.

Freeman C, Power MJ. *Handbook of evidence-based psychotherapies: a guide for research and practice*. Nueva Jersey: John Wiley & Sons; 2007.

Fundació Sant Pere Claver. *Nous reptes plantejats a l'assistència pública en Salut Mental*. Barcelona: COM; 1999.

Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press; 2005.

Garrido Fernández M, García Martínez J (eds.). *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro; 1994.

Gleeson JFM, Killackey E y Krstev H. *Psychotherapies for the psychoses. Theoretical, cultural and clinical integration*. Hove/Nueva York: Routledge; 2008.

Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR et al. A standardised psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med* 1970;24:18-23.

Goldberg DP. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford: Oxford University Press; 1972.

Goldfried MR. *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1996.

Gómez Beneito M. La evaluación del resultado terapéutico en psicoterapia psicodinámica. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1997;17(63):537-46.

Gronnerod C. Rorschach assessment of changes following psychotherapy: a meta-analytic review. J Pers Assess 2004;83(3):256-76.

Guimón J, Erhensporger S, Weber B, Freudenrich AL, Vucetic V, Zanello A et al. Evolución de la psicoterapia grupal en la asistencia psiquiátrica: la Bateria «Bel Air». Psiquis 2000;21(6):277-87.

Guimón J, Goerg D, Zbinden E, Fischer W. La vigencia del psicoanálisis entre los psiquiatras: Avances en Salud Mental Relacional [Revista internacional online.] 2003;2(1). [Consultado: 12 de junio de 2007.] Disponible en: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0201/>

Guimón J. Eficacia de las terapias en salud mental. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2004.

Gumley A, O'Grady M, McNay L, Reilli J, Power K, Norrie J. Early intervention for relapse in schizophrenia results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy. Psychol Med 2003;33(3):419-31.

Gunderson JG, Gabbard GO. Psychotherapy for Personality Disorders. Washington D. C.: American Psychiatric Press; 2000.

Guthrie E. Psychotherapy for patients with complex disorders and chronic symptoms. Br J Psychiatry 2000;177:131-7.

Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Prev Soc Med 1976;6:278-96.

Hau S, Leuzinger-Bohleber M. Position paper on psychoanalytic therapy. [En Internet.] Hamburgo; 2006 [consultado: 12 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.dgtp.de>

Hendin H, Haas AP, Maltzberger JT, Koestner B, Szanto K. Problems in psychotherapy with suicidal patients. Am J Psychiatry 2006;163:67-72.

Hohagen F, Berger M. The new German specialist for psychiatry and psychotherapy and its consequences for advanced training programs. Eur Psychiatr 1994;9:265-71.

Holmes J. Supportive psychotherapy, the search for positive meanings. Br J Psychiatry 1995;167:439-45.

Hook J. The role of psychodynamic psychotherapy in a modern general psychiatry service. Adv Psychiatr Treat 2001;7:461-48.

Huber W. La psychologie clinique aujourd'hui. Bruselas: Pierre Mardaga; 1987.

Igelmo J, Ramos MI, Muñoz F. Psicoterapia psicoanalítica y psicofármacos en el tratamiento de pacientes psicóticos. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1997;17(63):393-401.

- Kandel ER. Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva psicología de la mente. Barcelona: Ars Médica; 2007.
- Kaplan HI, Saddock BJ, Greeb YA. Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Panamericana; 1996.
- Kazdin AE, Weisz JR. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. Nueva York: Guilford Press; 2003.
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Psicoterapia interpersonal. Barcelona: Masson; 1998.
- Leutzinger-Bohlener M, Target M (eds.). Outcomes of psychoanalytic treatment. Londres: Whurr; 2002.
- Mace C, Moorey S, Rabierto B. Evidence in the Psychological Therapies: A Critical Guide for Practitioners. East Sussex (Reino Unido): Brunner-Routledge; 2001.
- Mahoney MJ. Constructive Psychotherapy: a Practical Guide. Nueva York: Guilford Press; 2003.
- Manzano J, Palacio-Espasa F. Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía. Barcelona: Paidós; 1993.
- Margison FR, Barkham M, Evans C, McGrath G, Calrk JM, Audin K et al. Measurement and psychotherapy. Br J Psychiatry 2000;177:123-30.
- Nathan PE, Gorman JH. Treatments that work. Nueva York: Oxford University Press; 2007.
- Nathan PE, Gorman JH y Salkind NJ. Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan. Madrid: Alianza Editorial; 2005.
- Ocampo CA. La psicoterapia como tratamiento biológico. Rev Col Psiqui 1996;25(2):116-28.
- Orlinsky DR. Therapy Session Report. Chicago: Institute of Juvenil Research; 1996.
- Orlinsky DR. Research on psychotherapists: implication for psychotherapy. Barcelona: 1st. European Congress on Psychotherapy in a Unified Europe; 2000.
- Pereira R. Evolución de las consultas de psicoterapia en los servicios extrahospitalarios de salud mental de Vizcaya. I Congreso Virtual de Psiquiatría. Mesa redonda n.º 11: Psicoterapia en la red pública; 2002 [consultado: 12 de junio de 2007]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa11/conferencias/11_ci_h.htm
- Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I (eds.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces. 3 vol. Madrid: Pirámide; 2003.
- Perris C, McGorry PD (eds.). Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de la personalidad: manual teórico-práctico. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2004.

Preston J. Terapia breve integradora. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1998.

Priebe S. The provision of psychotherapy – an international comparison. 2006 [consultado: 12 de junio de 2007]. Disponible en: <http://cep.las.ac.uk/research/mentalhealth>

Read J, Mosher LR, Bentall RP. Modelos de locura. Barcelona: Herder; 2006.

Reneses B, García-Solano F. Necesidad de criterios específicos para la oferta de psicoterapia psicoanalítica desde los servicios públicos. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1997; 17(63):411-22.

Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. Nueva York: Guilford Press; 1996.

Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. Nueva York: Guilford Press; 2005.

Saldaña A. Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. Psicothema 2001;13(3):381-92.

Schneider PB. Propedéutica de una psicoterapia. Valencia: Nau Llibres; 1980.

Schulberg HC, Raue PJ, Roll B. The effectiveness of psychotherapy depressive disorders in primary care practice: clinical and cost perspectives. Gen Hosp Psychiatry 2000;24:203-12.

Scott Rutan J, Stone WN, Shay JJ. Psychodynamic Group Psychotherapy. Nueva York: Guilford Press; 2007.

Sevel J, Cummins L, Madrigal C. Student Guide and Workbook for Social Work Skills Demonstrated. Massachusetts: Allyn and Bacon; 1999.

Shapiro A, Shapiro E. The Powerful Placebo: From Ancient Priest to Modern Physician. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1997.

Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines, BMJ 1999;318:593-6.

Shirk SR, Karver M. Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 2003;71(3):452-64.

Sperry I, Brill PL, Howard K. Outpatient treatment outcomes in treatment outcomes. En: Psychoterapeutic and Psychiatric Interventions. Nueva York: Brunner/Mazel;1996. p. 75-109.

Stern DN. La constelación maternal: un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos. Barcelona: Paidós; 1997.

Thornicroft G, Slade M. Are routine outcome measures feasible in mental health? Quality in health care 2000;9:84.

Thornicroft G, Susser E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2001;178:2-4.

Tizón JL. Las psicoterapias psicoanalíticas breves y las terapias de flash. *Inf Psiquiatr* 1994;138(4):358-92.

Tizón JL. Investigación empírica sobre las psicoterapias: ¿Otra lente de «Hubble» defectuosa? En: Vallejo Ruiloba J. *Update Psiquiatría*. Barcelona: Masson;1996. p. 67-86.

Tizón JL, San-José J, Nadal D. *Protocolos y programas para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona: Herder; 1997.

Tizón JL. ¿A qué se puede llamar atención a la salud mental y atención psiquiátrica «basadas en la evidencia»? *Arch Psiquiatr* 2002;65:5-12.

Tizón JL. Terapias combinadas en la esquizofrenia: ¿Agregamos, mezclamos y confundimos o bien de-construimos y combinamos? *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 2004;14(90):97-131.

Tosquelles F. *De la personne au groupe*. Ramonville Saint-Agne: Érès;1995.

Ursano RJ, Silberman EK. Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo. En: Halas RE, Yudofsky SC, Talbott YA (dirs.). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ancora; 1996. p. 1085-110.

Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. Nueva York: Basic Books; 2000.

Werry JS, Andrews LK. Psychotherapies: a critical overview. En: Lewis M (ed.). *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. 3.^a ed. Nueva York: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 1078-83.

Documentos consultados

Centre for economic performance's mental health policy group. The depression report: a new deal for depression and anxiety disorders. [Internet.] Londres: Centre for economic performances, London School of Economics and Political Science; 2006 [consultado: 12 de junio de 2007]. Disponible en: <http://cep.las.ac.uk/research/mentalhealth>

Comisión de Psicoterapia de los Servicios Extrahospitalarios de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. La psicoterapia en la institución pública. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. European Forum for all Psychiatric Trainees. General description and status. Utrecht; junio de 1995.

Conclusions from Pre-Conference «The Mental Health of Children and Adolescents». Luxemburgo, 20-21 de septiembre de 2004. Luxemburgo: Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental; 2005.

Consell Assessor d'Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental a Catalunya. Programa d'atenció específica als trastorns mentals severos. Barcelona: CatSalut; 2003.

Consell Assessor d'Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental a Catalunya. Recomanacions per a l'atenció dels trastorns mentals greus a la infància i l'adolescència. Barcelona: CatSalut; 2003.

Department of Health. Organising and delivering psychological therapies. [Internet.] Londres: Crown; 2004 [consultado: 29 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/>

Van Deurzen E. Concesión de un certificado europeo de psicoterapia. Asociación Europea de Psicoterapia. Viena; 1997.

European Association for Psychotherapy. European Certificate for Psychotherapy (ECP). [Consultado: 12 de junio de 2007.] Disponible en: <http://www.europsyche.org/>

FEAPS. Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud (SNS). [Madrid]: FEAPS; [2007].

Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B. Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1997. Informe n.º 19.

Fonagy P. Una revisión de puertas abiertas de los estudios de resultados en psicoanálisis. Informe preparado para el comité de investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional a pedido de su presidente, 2002 [consultado: 12 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/6952786/APAuna-revision-de-puertas-abiertas-de-los-estudios-de-resultados-en-psicoanalisis>

Fòrum Salut Mental. Programa de psicoteràpia a les institucions públiques. Barcelona, 2001.

Fundació Sant Pere Claver. Document de la Unitat de Tractaments Específics (UTE) en l'assistència secundària. Barcelona; 2003.

Hermann RC, Leff HS, Lagodmos G. Selecting Process Measures for Quality Improvement in Mental Healthcare. Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health. Harvard Medical School; 2002 [consultado: 12 de junio de 2007]. Disponible en: <http://hsri.org/index.asp?id=pubs>

La indicación de psicoterapia en el CSM Tarragona-Nord; 2003.

La psicoterapia en la institución pública. IAS. Girona; 2002.

Mental Health Policy Implementation Guide. Community Mental Health Teams. United Kingdom: Department of Health; 2002 [consultado: 12 de junio de 2007]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4085759

Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de formación de especialistas. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; [2006].

National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of computerised cognitive behavioural therapy for anxiety and depression. Londres: NSH; 2002.

National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 23. Depression: management of depression in primary and secondary care. Londres: NSH; 2004.

Nederlandse Vereniging Psychotherapie (NPV). Asistencia para quejas y problemas psíquicos: psicoterapia. Holanda; 1997.

Projecte Unitat Especialitzada de Psicoteràpia. Reus: Institut Pere Mata; 2002.

Protocol d'oferta de psicoteràpies des del CSMIJ. Girona; 2003.

Protocolos de los CSM de Amposta y Tortosa; 2002. (Protocol d'indicació de psicoteràpia familiar y de parella, Protocol d'indicació de psicoteràpia individual, Protocol d'indicació de psicoteràpia grupal, Protocol grup d'habilitats socials de pacients psicòtics, Protocol de grup psicoterapèutic de trastorns de personalitat.)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developers' handbook; 2004 [consultado: 12 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>

The National Inventory of Mental Health Quality Measures. [Consultado: 12 de junio de 2007.] Disponible en: <http://www.cqaimh.org/quality.html>

Wanigaratne S, Davis P, Pryce K, Brotchie J. The effectiveness of psychological therapies on drug misusing clients. [En Internet.] Londres: National Treatment Agency, 2005 [consultado: 12 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.nta.nhs.uk>.

7. Abreviaturas

AATRM	Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas
ACE	Área de capacitación específica
AP	Atención primaria
BACP	Asociación Británica para el Asesoramiento Psicológico y la Psicoterapia
BCN	Barcelona
CAS	Centro de atención y seguimiento de drogodependencias
CatSalut	Organismo público de salud de la Generalitat de Catalunya
CEP	Centro especializado en psicoterapia
CCECS	Consejo Catalán de Especialidades en Ciencias de la Salud
CIE	Clasificación internacional de enfermedades
CMBD	Conjunto mínimo básico de datos
CSM	Centro de salud mental
CSMA	Centro salud mental de adultos
CSMIJ	Centro de salud mental infantil y juvenil
DGPA	Dirección General de Planificación y Evaluación
DGRPRS	Dirección General de Regulación, Planificación y Recursos Sanitarios
DI	Discapacidad intelectual
DSM	Clasificación (estadounidense) para el diagnóstico en salud mental
EAP	Asociación Europea de Psicoterapia
ECP	Certificado europeo de psicoterapia
ESEMeD	Estudio europeo de la epidemiología de los trastornos mentales
ETSC	Comité Europeo de Estándares de Formación
FEAP	Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia

FP	Función psicoterapéutica
HD	Hospital de día
IES	Instituto de estudios de la salud
MIR	Médicos internos residentes
PB	Psicoterapia breve
PDSMyA	Plan director de salud mental y adicciones
PIR	Psicólogos internos residentes
PG	Psicoterapia de grupo
PI	Psicoterapia individual
PTI	Plan terapéutico individualizado
SEPI	Sociedad Española para la Integración de la Psicoterapia
SESM-DI	Servicio especializado de salud mental para las personas con discapacidad intelectual
SM	Salud mental
SNS	Sistema Nacional de Salud
TDAH	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
TF	Terapia familiar
TLP	Trastorno límite de la personalidad
TMG	Trastorno mental grave (programa infantil y juvenil)
TMS	Trastorno mental grave (programa de adultos)
UHA	Unidad de hospitalización de agudos
UKCP	Consejo para la Psicoterapia del Reino Unido
URPI	Unidad de referencia de psiquiatría infantil