



UNIVERSITAT
JAUME·I

Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia

Clara Botella Arbona

LECCIÓN INAUGURAL DEL CURSO 2009-2010

LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

Cristina Botella Arbona

Catedrática en el Área de Personalidad,
Evaluación y Tratamientos Psicológicos
de la Universitat Jaume I

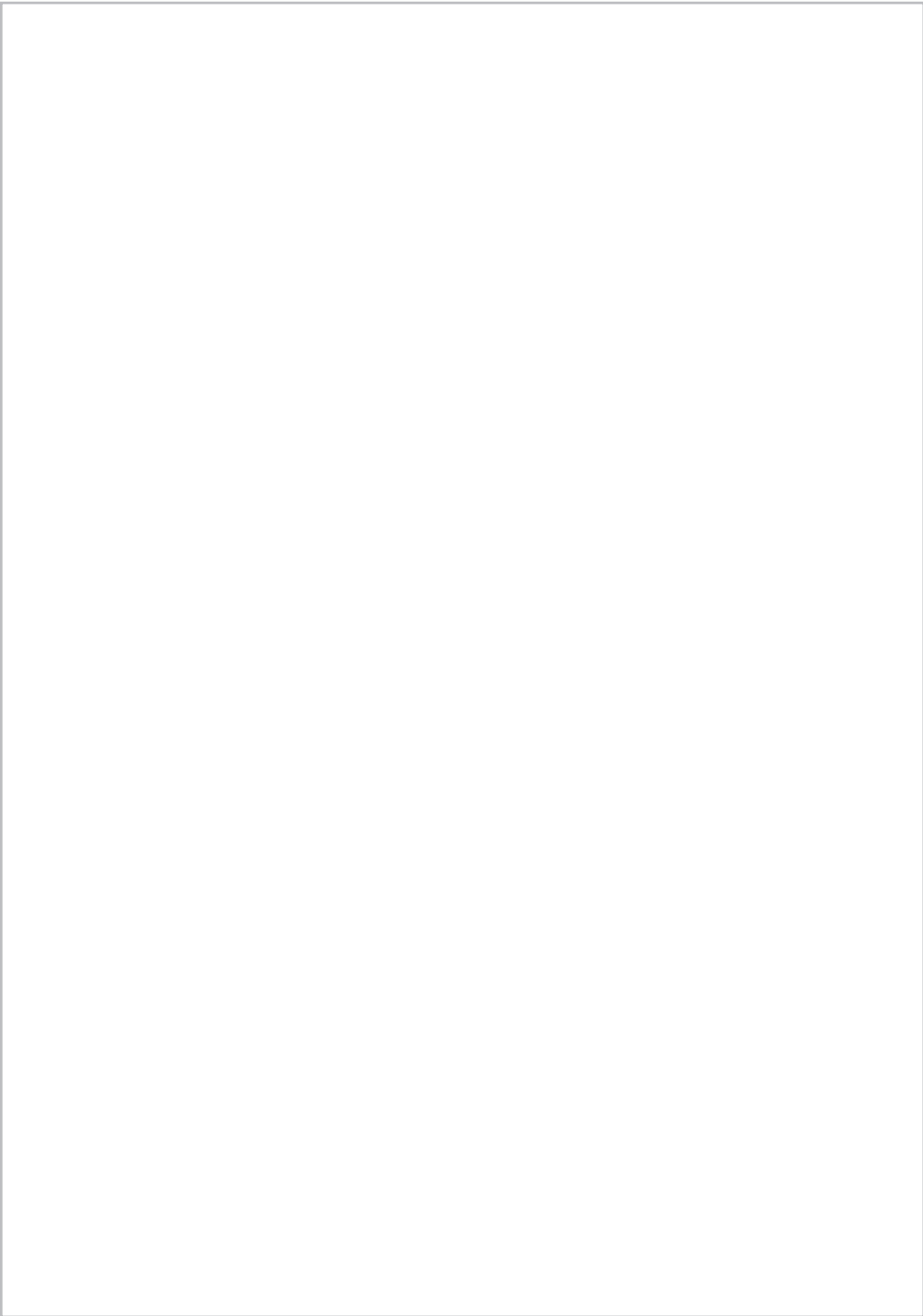
Castellón de la Plana, septiembre de 2009

Edita: Servicio de Comunicación y Publicaciones
Universitat Jaume I
Edificio de Rectorado y servicios centrales
Campus del Riu Sec
12071 Castellón de la Plana
www.uji.es · comunicacio@uji.es
Tel. 964 728 833
Depósito legal: CS 256-2009
Imprime: Innovació Digital Castelló, s.l.u.



ÍNDICE

1. Salud y salud mental	7
2. Los primeros tratamientos psicológicos	10
3. La búsqueda de la eficacia y la efectividad	13
3.1. Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia (TPBE)	14
3.2. La práctica psicológica basada en la evidencia (PPBE)	22
4. El movimiento hacia la recuperación	25
4.1. La Annapolis Coalition	27
4.2. Las recomendaciones de la New Freedom Commission on Mental Health	28
4.3. El movimiento Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) y el Depression Report de la London School of Economics	31
5. Nuevos retos	39
5.1. La psicología positiva	39
5.2. La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC)	44
6. Aspectos éticos	49
7. A modo de conclusión	53
Bibliografía	57



«Primum non nocere»

1. Salud y salud mental

La definición, recogida en la Carta Fundacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y presentada el 7 de abril de 1946, establece que:

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la mera ausencia de afecciones o enfermedades».

La salud mental es una parte esencial de la definición de la OMS, ya que una persona no puede disfrutar de un buen estado de salud si tiene problemas de salud mental. Para la OMS la salud mental también es mucho más que la ausencia de un determinado trastorno (http://www.who.int/topics/mental_health):

«Un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias habilidades y recursos, puede hacer frente a las presiones y los retos cotidianos de la existencia, puede trabajar de forma productiva y útil, y es capaz de hacer contribuciones a la comunidad».

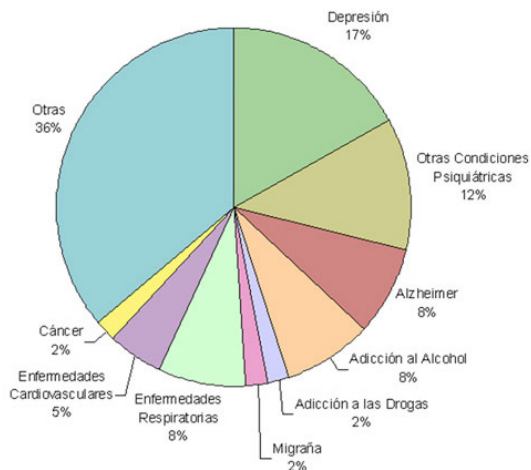
Por tanto, la salud mental se convierte en el aspecto central del bienestar humano y del funcionamiento efectivo, ya sea para un individuo en particular o para la sociedad en general.

Los trastornos mentales incluyen un amplio conjunto de problemas como: la depresión mayor, el trastorno bipolar, la manía, la esquizofrenia, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad social, los trastornos de personalidad, etc. Cada uno

de ellos puede perturbar notablemente la vida de cualquier persona, con independencia de su edad (es posible padecerlos en cualquier momento a lo largo de toda la vida, aunque los jóvenes y las personas mayores resultan especialmente vulnerables), etnia, religión, cultura o nivel socioeconómico. Los trastornos mentales pueden alterar de forma muy importante los procesos de pensamiento de una persona, sus sentimientos, su estado de ánimo, la forma de relacionarse con los otros y su funcionamiento cotidiano. Además, no son el resultado de falta de carácter, debilidad personal o de fuerza de voluntad (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas y Walters, 2005; López, Mathers, Ezzati, Murria, 2006; *National Alliance on Mental Illness*, 2006).

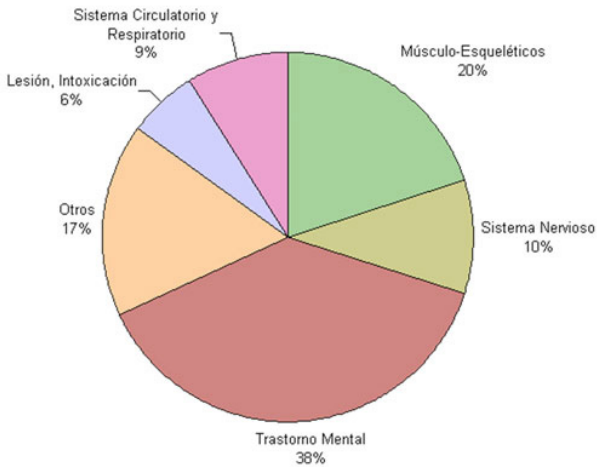
Los datos resultan verdaderamente escalofriantes. Según el informe de la OMS acerca de la carga global por enfermedad, publicado en 2004 y la actualización de 2008 (OMS, 2004; 2008), los problemas de salud mental son la principal causa de discapacidad en todo el mundo (véase las figuras 1 y 2). Estos problemas dan cuenta de más de un tercio de la discapacidad total y se calcula que, en 2030, la depresión será la *causa más importante de discapacidad en el mundo*. En estos momentos, en todo el mundo, los trastornos mentales son responsables de una mayor carga por enfermedad que otros problemas como el cáncer, y en algunos países europeos la mortalidad por suicidio excede a la de los accidentes de tráfico (López, Mathers, Ezzati, Murria, 2006; OMS, 2004; 2008).

Figura 1. Causas de discapacidad en el mundo.



Fuentes: Organización Mundial de la Salud, (2004) *World Health Report 2004: Changing History*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, (2008) *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Ginebra.

**Figura 2. Receptores por prestaciones de invalidez:
debidas a condición médica, 2004**



Fuentes: Department of Work and Pensions. UK Government. <http://www.dwp.gov.uk/publications/>

En Europa, los costes en salud mental representan un tercio de todos los costes dedicados a la salud. No es de extrañar, por tanto, que se haya planteado la prevención de la depresión y del suicidio como uno de los cinco puntos centrales del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar. Los problemas de salud mental representan un tercio de todas las consultas en atención primaria en Europa. La gran mayoría de trastornos mentales son tratados por el médico de medicina general y sólo una pequeña proporción de pacientes es visto por personal especializado en salud mental (OMS, 2003). En este sentido, conviene subrayar que, sin un tratamiento adecuado, las consecuencias de padecer algún trastorno mental resultan escalofrantes, tanto para el individuo como para la sociedad: discapacidades innecesarias, desempleo, abuso de sustancias, personas sin hogar, encarcelaciones inadecuadas, suicidio, vidas completamente desaprovechadas o totalmente perdidas (Burt, 2001; Wang, Berglund, Olsson, Pincus, Wells y Kessler, 2005).

La importancia dada por la OMS a la salud mental quedó reflejada en varios acontecimientos que se produjeron en 2001. Ese año, el tema elegido para el Día Mundial de la Salud fue: *Paremos la exclusión, atrevámonos a cuidar*. La asamblea de la OMS se centró en muy distintos aspectos relacionados con la salud mental. El informe anual de 2001 proporcionó una revisión comprensiva,

tanto de los problemas de salud mental como de los factores que contribuían a su desarrollo. También delineó una serie de estrategias generales para su prevención y para el tratamiento y el cuidado de los pacientes que sufrieran algún problema de salud mental. En particular, se subrayó que el estigma asociado a la salud mental es uno de los principales obstáculos para la detección precoz y para el tratamiento, así como para la reinserción en la comunidad de las personas vulnerables. Desgraciadamente, sigue existiendo un estigma asociado a padecer un trastorno mental. Durante años hemos permitido que dicho estigma diera lugar a barreras actitudinales, estructurales y financieras para el logro de tratamientos eficaces y para la recuperación. Por tanto, resulta prioritario desmontarlas y hacerlas desaparecer definitivamente.

La buena noticia es que la recuperación es posible. En estos momentos existen ya excelentes alternativas de tratamiento. La mayoría de personas con diagnóstico de algún trastorno mental puede experimentar un notable alivio de su sintomatología y una importante recuperación. Para ello, resulta de la mayor importancia lograr una identificación precoz del problema, establecer un correcto diagnóstico; además, si se asegura el acceso a un tratamiento adecuado, se acelera la recuperación y se minimiza la posibilidad de daños y efectos colaterales negativos (Clark, Layard y Smithies, 2008).

2. Los primeros tratamientos psicológicos

Hemos avanzado mucho en la comprensión y en el tratamiento de los trastornos mentales. Hay que reconocer el mérito de Hipócrates al plantear en el origen de estos problemas causas tan naturales como las de cualquier otra enfermedad; sin embargo, por lo que respecta a tratamiento, su aportación fue nula. En la Edad Media, incluso esa *moderna concepción* también se perdió y el oscurantismo de la época penetró con fuerza en este campo. La explicación pasó a ser sobrenatural (como la posesión demoníaca o la influencia de brujas) y los tratamientos podían ser bastante suaves, como oraciones y exorcismos, o muy drásticos, como la tortura o la hoguera.

Paulatinamente, fue cambiando esta horrible perspectiva y en el siglo XV aparecieron aportaciones importantes. Merece una mención especial Valencia, en donde el Padre Jofré fundó el primer hospital para enfermos mentales del que se tienen noticias en todo el mundo. Allí se comenzó a aplicar un tratamiento más humanitario siguiendo los principios de la medicina árabe: se trataba a los

enfermos a base de dietas, ejercicios al aire libre y lo que hoy consideraríamos terapia ocupacional. También merece reconocimiento Johann Weyer quien, en esos momentos, luchó contra la brujería considerándola superstición, insistió en que se distinguiera la posesión demoníaca de la locura y para que ésta última fuera considerada como una enfermedad (cabe reflexionar respecto a si este tipo de explicación *sobrenatural* ha existido siempre y todavía sigue existiendo; aunque, afortunadamente, no sea ya en absoluto la orientación dominante).

En el siglo XVI se fundó, en las cercanías de Londres, el primer hospital para enfermos mentales de Inglaterra: The Bethlem Hospital. Aunque, obviamente, este hecho suponía un cambio en la concepción de este tipo de trastornos, no hizo que mejoraran las condiciones de vida de estas personas. Se les seguía dando un trato absolutamente inhumano. Amén de servir de diversión, puesto que se vendían entradas para ir a ver a los locos, era común el uso de cadenas, las palizas y la comida infecta. Como señala Korchin (1976) *bedlam* el diminutivo con el que los habitantes del lugar se referían al hospital ha permanecido en el idioma inglés para significar confusión caótica. En cuanto al tratamiento, con el cambio de concepción sobre el origen del trastorno la responsabilidad de la atención volvió a estar en manos de los médicos; pero, dado el nivel de la medicina de la época, resultaba una verdadera desgracia el internamiento. Reisman (1966) describe el tipo de atención que recibían los enfermos en el Bethlem:

«Sangrías a todos los pacientes en abril, purgas y vómitos a todos los sobrevivientes en mayo, y otra vez sangrías en octubre. En instituciones más pequeñas... un médico hacía una visita, posiblemente cada diez años, para prescribir el tratamiento para la siguiente década. Era práctica común encadenarlos, encerrarlos en calabozos, golpearlos, ridiculizarlos y alimentarlos con los peores desechos». (pág. 10).

Esto recuerda otras situaciones desafortunadas de la historia de la medicina, como la resistencia a ser internadas en hospitales por parte de mujeres parturientas, o incluso la huida cuando ya lo habían sido, dada la alta tasa de defunciones que se registraban en estos hospitales antes que Semmelweis pusiera de manifiesto la importancia de la asepsia y los médicos, además de dar importancia a la higiene, ya no pudieran pasar de la sala de autopsias a atender a una parturienta (Botella, 1986).

Avances centrales, en este ámbito, se producen con Pinel y su *tratamiento moral*; el planteamiento de la hipótesis psicogénica por parte de Sigmund Freud; la aportación de la fenomenología con Franz Brentano o Edmund Husserl y del

existencialismo con Soren Kierkegaard, Karl Jaspers o Martin Heidegger; o la ingente e impagable aportación de Pavlov con sus trabajos experimentales sobre los reflejos condicionados y todo lo que supuso, posteriormente, en cuanto a metodología, la influencia de la reflexología rusa.

Mención aparte merece lo que se ha denominado la *antesala* de la terapia de conducta (Kazdin, 1978) y la puesta en marcha y la consolidación de esta orientación en los años '60 con los avances logrados en África del Sur con Joseph Wolpe, Estados Unidos con Burrhus Skinner y en Inglaterra con Hans Jürgen Eysneck, Stanley Rachman y todo el grupo del Maudsley Hospital (Kazdin, 1978, Korchin, 1976). Todos ellos sentaron las bases que permitieron la aparición y el desarrollo de los actuales tratamientos psicológicos basados en la evidencia. Al menos, habría que recordar los trabajos pioneros de John Watson junto con su ayudante Rosalie Rayner, pues demostraron, en contra de la tendencia dominante en aquel momento, basada en la psicología freudiana, que era posible generar una fobia en el laboratorio (Watson y Rayner, 1920). El experimento del «Pequeño Albert» proporcionó la evidencia empírica del condicionamiento clásico en seres humanos. Pocos años más tarde, Mary Cover Jones llevó a cabo el «Estudio de Peter» (Jones, 1924). Esta autora, bautizada por Joseph Wolpe como *la madre de la terapia de conducta*, demostró que es posible eliminar una fobia en condiciones de laboratorio. El propio Wolpe siguió este camino de experimentación sistemática y, en poco tiempo, abrió definitivamente la vía al tratamiento psicológico de los trastornos mentales a la utilización de procedimientos con una base experimental contrastada. Denominó a estos procedimientos: *desensibilización*. Se habían sentado las bases iniciales de una técnica que, posteriormente, cosecharía importantes éxitos en este ámbito, la técnica de la exposición. Desde entonces, y a lo largo de todo el siglo XX, se llevaron a cabo innumerables trabajos que demostraban la eficacia de determinados procedimientos psicológicos para el tratamiento de distintos trastornos mentales. Nombres como: Wolpe, Kelly, Lazarus, Skinner, Rachman, Marks, Beck, Seligman, Mahoney, Barlow, Salkovskis, Clark, etc., resultan aquí de cita obligada y sus trabajos han dado lugar a que se consolide lo que hoy se denomina terapia cognitivoconductual. Una de las principales características de esta orientación es la importancia que otorga a la investigación y a la utilización de procedimientos con base empírica. Aquí entramos a continuación.

3. La búsqueda de la eficacia y de la efectividad

La historia de los esfuerzos sistemáticos para identificar tratamientos psicológicos eficaces es corta, sólo tiene algo más de medio siglo y coincide con la aparición de la famosa, corrosiva y fructífera crítica de Eysenck (1952), *Los efectos de la psicoterapia: una evaluación*, y las que pronto siguieron (Eysenck, 1965; Levitt, 1957, 1963; Rachman, 1971, Rachman y Wilson, 1980). En el contexto de este trabajo, resulta obligado rendir un homenaje y dar las gracias a gigantes como Hans Eysenck y Stanley Rachman. Ellos nos ayudaron con su clara y sencilla afirmación acerca de algo tan obvio como que los tratamientos psicológicos deben apoyarse en una firme base de evidencia empírica.

Desgraciadamente, el panorama general en esos momentos era bastante desolador. Por ejemplo, Bergin (1967) estimaba que existían 36 enfoques distintos de psicoterapia disponibles; unos años más tarde, Herink (1980) recogía más de 250 y Kazdin (1986) llevó a cabo una relación de alrededor de 400 procedimientos que se podrían utilizar para el tratamiento de problemas psicológicos distintos. Ahora bien, el apoyo empírico y la base científica de cada uno de estos 400 procedimientos no era el mismo. Ante este estado de hechos, resulta bastante comprensible que un clínico serio y riguroso se planteara *cómo se podría decidir qué procedimiento, o procedimientos, convendría aplicar en una persona concreta que padeciera un determinado problema*. La respuesta no era demasiado difícil: habría que buscar la evidencia que los apoyara.

Esto es precisamente lo que se pretendía cuando el Congreso de los Estados Unidos creó, en 1989, la Agency for Health Care Policy and Research, con el objetivo de llegar a determinar la eficacia que avalara los tratamientos disponibles para determinados trastornos (Barlow y Hoffman, 1997). Inicialmente, se analizaron los tratamientos existentes para trastornos del ámbito de la medicina, luego se abordaron los tratamientos disponibles para los trastornos mentales. Resulta obligado recordar aquí la aportación de la medicina basada en la evidencia. Lo que pretendía este movimiento, puesto en marcha en la década de los '80 en la Universidad de McMaster de Canadá, era la detección y la utilización de la mejor evidencia científica disponible que pudiera guiar la toma de decisiones acerca del cuidado del paciente, esto es, se pretendía combinar la mejor evidencia procedente de la investigación junto con el juicio clínico (Sackett y cols., 1996). El hito central fue la publicación en el *Journal of the American Medical Association (JAMA)* del documento fundacional de esta orientación (*Evidence-Based Medicine Working Group*, 1992). Los conceptos que se defendían en este trabajo se han generalizado en todo el ámbito de la salud y han tenido una gran aceptación en distintas disciplinas.

3.1. Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia (TPBE)

Por lo que respecta a los tratamientos psicológicos, también se ha avanzado de forma muy notable. Con posterioridad a los primeros trabajos críticos de Eysenck se han desarrollado diseños y procedimientos, más sofisticados y complejos, capaces de discriminar adecuadamente los tratamientos que funcionan de los que no lo hacen. En este proceso influyó de forma muy positiva la publicación, en 1980, del DSM-III (APA, 1980), un sistema de clasificación diagnóstica mucho más fiable que sus predecesores de 1952 y 1968 (DSM-I; DSM-II). Se ha continuado avanzando con la publicación de la revisión del DSM de 1987 (DSM-III-R), 1994 (DSM-IV) y 2000 (DSM-IV-R). Además, todo ello fue acompañado, por una parte, por el desarrollo y la validación de una serie de entrevistas estructuradas que permitieron agrupar conjuntos de pacientes con un diagnóstico homogéneo, y, por otra, por los avances que supusieron la manualización de los tratamientos psicológicos. Como ejemplos pioneros de esto último, cabe citar el libro de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) para el tratamiento de la depresión y, unos años más tarde, el de Barlow y Cerny (1988) para el tratamiento del trastorno de pánico. En dichos libros se presenta, de forma detallada y minuciosa, el tratamiento (tratamiento manualizado). Recientemente, ha aparecido un volumen que supone una culminación de esta perspectiva (Barlow, 2008).

Ahora bien, ha sido en los últimos 15 años cuando se ha generado y consolidado toda una corriente de pensamiento y de trabajo que, sin duda, implica la culminación y cristalización de las ideas de aquellos pioneros. Una corriente de pensamiento centrada en estudiar, depurar y mejorar los tratamientos psicológicos disponibles y hacerlos llegar a quien los pudiera necesitar. Esta corriente se inició con la creación de un grupo de trabajo (Task Force) de la División de Psicología Clínica (División 12) de la American Psychological Association (APA), establecido en 1993, durante la presidencia de Martin Seligman que dio como resultado la elaboración de un informe sobre la promoción y la difusión de procedimientos psicológicos (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1993) publicado en 1995 (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995) y actualizado en 1996 (Chambless, Sanderson, Shoham y otros, 1996) y en 1998 (Chambless, Baker, Baucom y otros, 1998). Dicho informe tenía una justificación clara: dado que se reconocía que existían tratamientos psicológicos eficaces, el objetivo que se planteaba era, precisamente, identificarlos (Barlow, Levitt y Bufka, 1999).

El planteamiento de los *tratamientos psicológicos empíricamente validados* o *tratamientos psicológicos basados en la evidencia* (TPBE) resultó peligroso y controvertido para muchas personas dentro de la APA. Para otros, se trataba de un servicio fundamental para los profesionales de la salud mental y para sus pacientes. Todo ello se recogió en un excelente libro compilado conjuntamente por un psicólogo Peter Nathan y un psiquiatra Jack Gorman (Nathan y Gorman, 1998), que ya ha tenido dos actualizaciones (Nathan y Gorman, 2002, 2007). Se trataba de seguir a rajatabla la sabiduría que destila la afirmación clásica que estos autores exponen lúcidamente en el prefacio del libro de 1998: «*En ausencia de la ciencia, la opinión prevalece*».

Las ideas claves de Seligman (1998), expuestas en el preámbulo de la primera edición, fueron:

«Siempre he creído que la práctica de la psicoterapia debería estar moldeada por los resultados de la investigación acerca de la eficacia de la psicoterapia... No deberíamos moldear la investigación para justificar lo que hacemos en clínica, sino moldear lo que hacemos en clínica para adecuarlo a los resultados de la investigación». (pág. v).

Como se subraya en el libro, la sencilla pregunta: *¿Tiene usted pruebas científicas acerca de que su tratamiento funciona?* puede crear una gran reactividad y respuestas increíbles en muchas personas. Por tanto, para llevar a cabo la tarea que suponía el volumen, Nathan y Gorman se plantearon una serie de *principios básicos*:

1. Afirmamos que la prueba más importante que cualquier tratamiento debe cumplir es que el paciente *llegue a estar mejor*.

- Definir rigurosamente qué significa *estar mejor* es crucial, aunque en ocasiones pueda resultar controvertido.
- Debe quedar claro que sólo buscar la *autoconciencia* es más apropiado para la religión que para el tratamiento de la enfermedad.

2. Afirmamos que el *método científico* es la única forma de establecer si un tratamiento funciona.

- Esto no significa que todos los tratamientos que no cuenten con pruebas científicas tengan que ser *desacreditados*.
- Sí que significa que, sin pruebas, tendremos que ser cautelosos y escépticos a la hora de recomendar un tratamiento particular.

3. Es posible realizar *experimentación científica rigurosa* en el estudio y el tratamiento de los *trastornos mentales*.

En la tabla número 1 se puede ver la clasificación inicial que proporcionaron Nathan y Gorman a los restantes autores del libro respecto a los tipos de estudios que se podían considerar para valorar la eficacia de los procedimientos.

Tabla 1. Clasificación de los estudios atendiendo a su rigor científico
(Nathan y Gorman, 1998)

ESTUDIOS TIPO 1: Los más rigurosos suponen: un ensayo clínico con asignación al azar, evaluación ciega, presentación clara de los criterios de inclusión y exclusión, métodos de diagnóstico adecuados a los avances actuales, tamaños de la muestra adecuados para poder ofrecer poder estadístico y métodos estadísticos descritos claramente.

ESTUDIOS TIPO 2: Son estudios clínicos los que carecen de alguno de los requisitos señalados en los estudios del tipo 1. (No asignación al azar, o no evaluación ciega, etc.). No son tan excelentes como los del tipo 1, sin embargo, proporcionan información valiosa y no deberían descartarse.

ESTUDIOS TIPO 3: Tienen claras limitaciones metodológicas. Generalmente, se trata de estudios de tratamiento abiertos dirigidos a obtener datos piloto. Suelen estar sujetos a sesgos del observador y pueden hacer poco más que indicar si un tratamiento funcionaría siguiendo un diseño más riguroso.

ESTUDIOS TIPO 4: Las revisiones con análisis secundarios de datos pueden ser útiles, especialmente si las técnicas de análisis de datos son sofisticadas (p. e.: métodos de meta-análisis).

ESTUDIOS TIPO 5: Las revisiones sin estudios secundarios de datos resultan útiles para dar una impresión de la literatura, pero, claramente, están sujetas a las opiniones del autor y, a veces, están altamente sesgadas.

ESTUDIOS TIPO 6: Abarcan una variedad de informes que tienen valor marginal (estudios de casos, ensayos o artículos de opinión).

Durante los momentos iniciales del movimiento de los TPBE, la APA puso de manifiesto la necesidad de establecer un enfoque comprensivo que permitiera una conceptualización adecuada de las directrices a seguir. La APA también reconoció el riesgo que dichas directrices pudieran ser utilizadas de forma inadecuada por algunas de las organizaciones dedicadas a la promoción de la salud, como las compañías de seguros y que ello pudiera restringir de alguna forma la provisión de cuidados. Tomando todo esto en consideración, en 1992, la APA puso en marcha un grupo de trabajo formado por tres comités: el Comité de Asuntos Científicos, el Comité de Asuntos Profesionales y el Comité para el Avance de la Práctica Profesional. Este grupo de trabajo desarrolló la *Guía para el desarrollo de las directrices: intervenciones para los trastornos mentales y los aspectos psicosociales de los trastornos físicos (Template for Developing Guidelines: Interventions for Mental Disorders and Psychosocial Aspects of Physical Disorders)*, que fue aprobada por la APA en 1995 (APA, *Task Force on Psychological Interventions Guidelines*, 1995). Guía clínica a la que habría que ajustarse, a partir de entonces, para desarrollar las directrices prácticas que puedan guiar las intervenciones.

Esta guía tiene dos características especialmente relevantes (Nathan y Gorman, 1998, 2002): por una parte, pretende asegurar que la eficacia de un tratamiento no depende sólo de si los estudios que se aportan como prueba se ajustan a determinados estándares metodológicos, como la asignación al azar; sino también de la naturaleza de las comparaciones realizadas en las investigaciones (no es lo mismo comparar un tratamiento con una condición control de no tratamiento o con un tratamiento de eficacia reconocida). Por otra parte, la guía establece una importante distinción entre la *eficacia* de una intervención (*efficacy*) y su *efectividad* (*effectiveness*) o *utilidad clínica* y recomienda prestar atención a ambos aspectos. El eje de la eficacia, o de la validez interna, que supone analizar rigurosamente la evidencia científica disponible con la meta de valorar la eficacia de cualquier intervención dada, esto es, la posibilidad de establecer relaciones causales; y el eje de la efectividad, o la utilidad clínica, que supone analizar la aplicabilidad y la posibilidad de la intervención en el contexto concreto en el que tenga que ofrecerse: desde la capacidad (y la disponibilidad) de los profesionales formados en el tratamiento en cuestión, pasando por el grado en que los pacientes acepten el tratamiento, el rango de aplicabilidad del tratamiento, etc. En opinión del grupo de trabajo que elaboró la guía, todo esto refleja en qué medida la intervención será efectiva en el ámbito clínico en el cual va a ser aplicada, esto es, supone considerar, entre otros factores: la generalizabilidad de la administración de la intervención en diferentes contextos; la viabilidad de la intervención a través de pacientes y contextos, y los costes y beneficios asociados con la administración de la intervención.

Tanto la guía inicial, como las revisiones posteriores (American Psychological Association, 2002) señalaron que, para evaluar cualquier intervención psicológica, se debería tener en cuenta de manera separada los dos ejes: el eje de la eficacia y el eje de la utilidad clínica. Se utilizó esta guía para analizar una selección de las directrices acerca de los tratamientos disponibles para una serie de trastornos mentales y los resultados pusieron de manifiesto que existía una notable variabilidad en la forma en que se analizaba la investigación disponible y las recomendaciones resultantes. Por ejemplo, se puso de manifiesto una preocupación acerca de determinadas directrices que recomendaban el uso de medicación sobre los tratamientos psicológicos en ausencia de datos que apoyaran tales recomendaciones (Barlow, 1996; Beutler, 1998; Nathan, 1998).

La guía describe con detalle las distintas formas de evidencia que se tendrían que tomar en consideración para desarrollar las directrices y subraya que cualquier práctica clínica debería estar basada en una evaluación cuidadosa que sopesara los datos de investigación y la experiencia clínica. Se distinguieron dos grandes categorías: por una parte, los tratamientos *bien establecidos* (esto es, los tratamientos considerados eficaces); y por otra, los tratamientos *probablemente eficaces*. También se especificaron los criterios que debería cumplir un determinado tratamiento para poder entrar en alguna de las dos categorías. En las tablas números 2 y 3 se presentan dichos criterios.

Tabla 2. Criterios para definir los tratamientos bien establecidos

I. Al menos dos buenos estudios de diseños de grupo, realizados por diferentes investigadores, que demuestren su eficacia de alguna de las siguientes formas:

A. Su superioridad frente a una píldora, un placebo psicológico u otro tratamiento.

B. Su equivalencia respecto a un tratamiento ya establecido en estudios que tenga un adecuado poder estadístico.

o

II. Una extensa o amplia serie estudios de diseños de caso único que demuestren la eficacia. Estos estudios tienen que haber:

A. Utilizado buenos diseños experimentales.

B. Haber comparado la intervención frente a otro tratamiento (como en el punto I. A).

- Criterios adicionales, tanto para I como para II:
- III. Los estudios se tienen que haber llevado a cabo con manuales de tratamiento (tratamientos manualizados).
 - IV. Las características de las muestras de los pacientes deben estar claramente especificadas.

Fuente: Grupo de Trabajo de la División 12 (1995, pág. 22)

Tabla 3. Criterios para definir los tratamientos probablemente eficaces

- I. Dos estudios que demuestren que el tratamiento es más eficaz que un grupo control de lista de espera.
 - o
- II. Dos estudios que cumplan los criterios I, III y IV de los tratamientos bien establecidos, pero que hayan sido realizados por el mismo investigador. O un buen estudio que demuestre eficacia según estos mismos criterios.
 - o
- III. Al menos dos buenos estudios que demuestren eficacia, pero que tengan la debilidad metodológica de heterogeneidad en las muestras de clientes.
 - o
- IV. Una pequeña serie de estudios de diseño de caso único que cumplan los criterios II, III y IV de los tratamientos bien establecidos.

Fuente: Grupo de Trabajo de la División 12 (1995, pág. 22)

Con estos criterios, en el primer informe se recogieron 18 tratamientos *eficaces* y siete *probablemente eficaces*, cuya base empírica había sido establecida por medio de estudios controlados con asignación al azar y en los que se utilizaba un manual de tratamiento (*Task Force on Promotion and Dissemination*

of *Psychological Procedures*, 1993); en la revisión de 1996, había un listado de 22 tratamientos eficaces y 25 probablemente eficaces (Chambless, Sanderson, Shoham y otros, 1996); y, en la última revisión (Chambless, Baker, Baucom y otros, 1998), se ofrecían 16 tratamientos eficaces y 55 probablemente eficaces. Otras actualizaciones más recientes (Chambless y Ollendick, 2001; Nathan y Gorman, 2002, 2007; Nathan, Gorman y Salkind, 2002) presentan los tratamientos que han demostrado eficacia hasta el momento.

Esto supuso una primera concienciación entre los posibles usuarios, los responsables de las políticas de salud y también para los responsables de los programas docentes y de entrenamiento clínico en las universidades. Al mismo tiempo, se detectó una preocupación entre muchos profesionales acerca de que el foco se situara exclusivamente en los efectos logrados por protocolos de tratamiento breves y manualizados en lugar de centrarse en la búsqueda de factores comunes que pudieran explicar mucha parte de la varianza encontrada en estudios de resultado llevados a cabo en distintos trastornos, y su aplicabilidad a un rango de pacientes amplio que pudieran variar en comorbilidad, personalidad, raza y cultura. En respuesta a esto, varios grupos de profesionales (incluidas otras divisiones de la APA) ofrecieron marcos de trabajo adicionales para integrar la evidencia científica disponible.

En 1999, siendo presidente John Norcross, la División 29 de la APA (División de Psicoterapia) estableció un grupo de trabajo conocido como Empirically Supported (Therapy) Relationships (Norcross, 2001, 2002). El objetivo de este grupo era identificar, operacionalizar y diseminar la información disponible basada en la evidencia acerca de la relación terapéutica, dado que tradicionalmente se había encontrado una relación importante entre resultados del tratamiento y determinados aspectos de la relación como la alianza terapéutica. Se destacó la eficacia demostrada por algunos factores como: la alianza terapéutica, la empatía y la búsqueda del consenso y colaboración. Una idea que se subraya en las conclusiones del informe es que la relación terapéutica contribuye de forma importante al resultado de la psicoterapia, con independencia del tratamiento específico que se haya aplicado.

En esta misma línea, la División 17 (Sociedad de Psicología del Counseling) puso en marcha un proceso de análisis acerca de la evidencia existente en este enfoque de terapia (Wampold, Lichtenberg y Waehler, 2002). Otras divisiones también han desarrollado sus propios principios sobre las intervenciones con apoyo empírico. Por ejemplo, la División 32 (Psicología Humanista) planteó una serie de recomendaciones para la provisión de la atención psicológica desde

una perspectiva humanista, reflejando, de esta forma, su posición ante el tema de los TPBE. La Sociedad de Medicina Comportamental también ha publicado recientemente una serie de criterios para examinar la evidencia disponible para las intervenciones realizadas en este ámbito (Davidson, Trudeau, Ockene, Orleans y Kaplan, 2003).

En paralelo a estos esfuerzos realizados por parte de los profesionales clínicos, el movimiento de los TPBE ha llegado a convertirse en un aspecto clave para delimitar y guiar el sistema de salud y las políticas de salud en Estados Unidos, tanto en el ámbito de estados concretos como en el ámbito federal, por ejemplo, la American Psychiatric Association ha publicado una serie de guías clínicas para distintos trastornos como la esquizofrenia, el trastorno de pánico, la anorexia o la depresión (<http://www.psych.org/>).

La American Psychological Association también se ha centrado en este tema (<http://www.div12.org/>). En otros lugares del mundo también se siguió esta perspectiva de búsqueda de procedimientos basados en la evidencia y han aparecido numerosos guías clínicas que plantean las pautas de actuación a seguir para un determinado trastorno. En Europa, merece destacarse el ingente trabajo realizado en Inglaterra por el National Institute for Clinical Excellence (NICE) (<http://www.nice.org.uk/>), esto es, lo que se ha denominado las directrices NICE (NICE, 2004a, 2004b, 2005a, 2005b y 2006).

En España, existe información relevante sobre los tratamientos TPBE, han aparecido excelentes libros sobre el tema (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Nathan, Gorman y Salkind, 2002; Pérez Álvarez, Fernández, Fernández, y Amigo, 2003a,b,c), así como algunos documentos específicos (Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados y Fernández-Montalvo, 2003). Además, cada vez se da más importancia a este tema en el sistema nacional de salud y empieza a recopilarse información al respecto (<http://www.guiasalud.es/newCatalogo.asp>). Sin embargo, desgraciadamente, todavía no se aprecia un conocimiento claro y una utilización sistemática de los TPBE, tanto en el ámbito público como en la práctica privada. Esperemos que estos enfoques tengan cada vez más peso en la atención cotidiana que se proporcione a los pacientes y en las políticas que puedan adoptarse en nuestro país respecto a salud mental.

De momento, es posible afirmar que existe ya una larga lista de TPBE para distintos trastornos psicológicos; aunque, claro está, dicha lista no es, ni mucho menos, definitiva y el trabajo de investigación, análisis y recopilación no ha hecho más que empezar. El proyecto inicial de los TPBE, centrado en hacer una

buena revisión de los estudios de resultados para cada uno de los grandes trastornos, ha posibilitado algo que quizás Eysenck no pudo prever: el desarrollo de directrices prácticas, esto es, que prescriben los TPBE. Los múltiples usos potenciales de las mismas se debaten en estos momentos como en su día se debatió la eficacia de la psicoterapia.

3.2. La práctica psicológica basada en la evidencia (PPBE)

La meta de todas estas iniciativas de TPBE es enormemente loable, esto es, mejorar la calidad y la relación coste-eficacia de cualquier tipo de intervención. Ahora bien, muchas personas han mostrado su preocupación por la posibilidad de que todas estas iniciativas se utilicen de forma que puedan perjudicar a los posibles usuarios al restringir el acceso a la atención psicológica y a la elección del tratamiento. Fue en este contexto en el que, en 2005, Ronald Levant, presidente de la APA, designó el Grupo de Trabajo para las Prácticas Basadas en la Evidencia (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice). Se contó con científicos y profesionales de un amplio rango de perspectivas y tradiciones teóricas con el objetivo de que se reflejaran en el informe las distintas sensibilidades dentro del campo de los tratamientos. El objetivo fue seguir con la larga tradición de esta asociación científica, respecto a la integración de ciencia y práctica profesional, y delimitar el rango completo de las evidencias que los responsables de las políticas de salud deberían tomar en consideración.

En este contexto, resulta obligado tener en cuenta el nuevo informe realizado, en 2005, por grupo de trabajo de la APA para la práctica psicológica basada en la evidencia (PPBE). El informe, publicado en 2006 (APA, 2006), tiene en cuenta el rango completo de evidencia que deberían considerar los psicólogos y los responsables de las políticas de salud: los resultados de la investigación, la experiencia clínica y las características del paciente. La PPBE, por tanto, quiere promocionar la práctica psicológica efectiva y apoyar políticas de salud pública que supongan la aplicación de principios con base empírica de evaluación psicológica, formulación de caso, relación terapéutica e intervención. Por su importancia, a continuación se resumen algunos de los aspectos centrales del documento (APA, 2006).

El informe defiende el compromiso fundamental de la práctica psicológica desde sus inicios con la investigación científica. Para ello, se apela, por una parte, a las ideas de Lightner Witmer, quien puso en marcha la primera clínica psicológica y subrayó la importancia de la investigación científica en este ámbito; también

se recuerda la defensa realizada por Thorne (1947) acerca de la necesidad de integrar los resultados de los enfoques experimentales en la práctica clínica; finalmente, se recuerda que, ya en 1947, se defendió en Estados Unidos la conveniencia de que los doctorandos en Psicología deberían estar formados como científicos y como profesionales clínicos, y que esto se convirtió en la política general de la APA (Shakow, Hilgard, Kelly y otros, 1947). En suma, se defiende que los psicólogos han estado en la vanguardia del desarrollo de las PBE durante décadas y este tipo de iniciativas es consistente con lo ocurrido durante los últimos 20 años respecto a las PBE en Medicina (Sox y Woolf, 1993).

El grupo de trabajo definió la PPBE como:

«La integración de la mejor investigación disponible y los conocimientos y la experiencia clínica en el contexto de las características, la cultura y las preferencias del paciente». (APA, 2006. pág. 273).

La definición es prácticamente la misma que la adoptada en el 2001 por el Institute of Medicine (adaptada de Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg y Haynes, 2000):

«La práctica basada en la evidencia es la integración de la mejor evidencia de investigación con la experiencia clínica y los valores del paciente». (pág. 147).

Lo que se hizo fue profundizar en esta definición, analizando en detalle lo que significaba la experiencia clínica y ampliando los aspectos a considerar respecto a las características del paciente.

Kazdin (2008) clarifica con precisión las diferencias entre los TPBE y la PPBE. El primer término es más amplio y comprensivo. El punto de inicio de los TPBE es el tratamiento y la cuestión es delimitar si dicho tratamiento (por ejemplo, reestructuración cognitiva o exposición) funciona para un determinado trastorno o problema (depresión o ansiedad) bajo unas determinadas circunstancias. Sin embargo, el punto de inicio de la PPBE es el paciente y lo que se plantea es qué evidencia de investigación existe que pueda resultar de ayuda al psicólogo para lograr los mejores resultados. Por otra parte, los TPBE son tratamientos específicos que han demostrado su eficacia en ensayos clínicos controlados, mientras que la PPBE abarca un amplio rango de actividades clínicas (desde la evaluación psicológica, la formulación de caso, o la relación terapéutica). De este modo, la PPBE supone articular un proceso de toma de decisiones

para poder integrar múltiples corrientes de evidencias de investigación (que incluyen los ensayos clínicos controlados y con aleatoriedad, pero que no se restringen a este tipo de evidencia) en el proceso de intervención. Por tanto, la PPBE es un término más amplio que el de TPBE, se refiere a la práctica clínica informada por la evidencia acerca de las intervenciones, la profesionalidad y la experiencia clínicas, y las necesidades, los valores, las preferencias del paciente y su integración en la toma de decisiones acerca de la atención individual. En cualquier caso, como señala Kazdin (2008), no hay que olvidar que la PPBE no es lo que los investigadores han estudiado. Desde un punto de vista de investigación se podría decir que existe evidencia para una intervención específica en los contextos muy controlados, en los que ha sido sometida a prueba una determinada intervención; pero que todavía no existe mucho apoyo disponible para la PPBE en los contextos clínicos en donde los juicios y las decisiones se toman por clínicas individuales la evidencia, la profesionalidad y las consideraciones de lo que puede necesitar un determinado paciente.

Con esta iniciativa de la PPBE, se pretendía promover buenas prácticas psicológicas, aplicando principios basados en la evidencia acerca de: la evaluación psicológica, la formulación de casos, la relación terapéutica y la intervención. Ahora bien, cuando se habla de práctica psicológica se está haciendo referencia a muchos tipos de intervención en contextos muy distintos y para tipos de clientes muy distintos. En el documento (APA, 2006) se precisa el significado de los términos en cada caso:

- *Intervención* se refiere a todos los servicios prestados por un psicólogo, centrados en el ámbito de la salud. Incluye evaluación, diagnóstico, prevención, tratamiento, psicoterapia y consulta. Como sucede en otros aspectos de las PBE, el foco fundamental es el del tratamiento. Los mismos principios generales se aplican a la evaluación psicológica, que resulta esencial para un tratamiento efectivo.
- Los *contextos* incluyen hospitales, clínicas, la práctica profesional independiente, colegios, instalaciones militares, instituciones de salud pública, institutos de rehabilitación, centros de atención primaria, centros de orientación, y sanatorios.
- El término *paciente* se refiere a cualquier niño, adolescente, adulto, anciano, pareja, familia, grupo, organización, comunidad, o cualquier otra población que reciba los servicios de un profesional de la psicología. Aunque el documento también reconoce el amplio uso de términos como cliente, consumidor o persona, en lugar del término paciente para designar al receptor de los servicios psicológicos.

- Los psicólogos se centran en una amplia variedad de *problemas* en su práctica profesional. Dichos problemas incluyen los problemas de salud mental, aunque el radio de acción es mucho más amplio e incluye también problemas académicos, vocacionales, relacionales, evolutivos, de salud en general, de la comunidad, etc.

El documento subraya la existencia de un amplio conjunto de datos que pone de manifiesto la eficacia de distintas intervenciones psicológicas en niños, jóvenes, adultos y personas mayores, que padecen problemas muy distintos (Barlow, 2004, Duffy, 1999; Kazdin y Weisz, 2003; Nathan y Gorman, 2002; Roth y Fonagy, 2004; Weisz, Hawley y Doss, 2004; Wampold y otros, 1997; Zarit y Knight, 1996). Además, la investigación también muestra que cuando se compara con procedimientos alternativos, tales como medicación, los resultados de los tratamientos psicológicos resultan particularmente duraderos (Hollon, Stewart y Strunk, 2006). De hecho, la potencia del efecto de los tratamientos psicológicos iguala o supera, en muchos casos, a aquellos de los ampliamente aceptados tratamientos farmacológicos (Barlow, 2004; Lipsey y Wilson, 2001; Rosenthal, 1990; Weisz, Jensen y McLeod, 2005). Datos adicionales ponen de manifiesto que los tratamientos psicológicos están equilibrados, desde un punto de vista de coste-beneficio, ya que, a menudo, suponen una notable disminución de costes, aumentan la productividad de la persona y su satisfacción vital (Chiles, Lambert y Hatch, 2002; Yates, 1994). En cualquier caso, se subraya también, en el documento, que el hecho de que una intervención todavía no haya sido estudiada en ensayos clínicos controlados no significa que sea ineficaz. Simplemente, todavía no ha sido sometida a prueba. Lo que hay que recordar es la necesidad imperiosa de obtener pruebas que avalen su eficacia para que pueda ser definitivamente aceptada.

4. El movimiento hacia la recuperación

En los últimos años, se ha puesto en marcha un importante movimiento en los Estados Unidos, el Movimiento hacia la Recuperación. Realmente la introducción de una iniciativa de estas características en esa nación resulta algo claramente revolucionario. Desde la National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) se defiende con fuerza la necesidad de dicho movimiento (http://www.nasmhpd.org/spec_e-report). Se subraya algo conocido desde hace décadas, esto es, que la recuperación de un trastorno mental es posible, y se llama la atención sobre el hecho de que no exista una sección especial centrada en la recuperación ni en la American Psychiatric Association (APA) ni

el el DSM (Harding, 2004). No resulta extraño, por tanto, que este tópico no se aborde adecuadamente, se deje de lado o que, muchas veces, no sea bien entendido. Desde esta perspectiva se define la recuperación como:

«Un proceso de aprendizaje para abordar los retos de cada día, superar nuestras incapacidades, aprender habilidades, vivir independientemente y contribuir a la sociedad. Este proceso está apoyado por aquellos que creen en nosotros y nos dan esperanza».
(Ralph, 2000, pág. 211).

Se trataría de un proceso sin fin, un proceso duradero que puede abarcar toda la vida. La recuperación puede verse facilitada por determinadas características del sistema de provisión de ayuda que se ofrezca a los ciudadanos y también puede verse impedida o dificultada por otras. De ahí que se pueda hablar de servicios orientados y planificados con el objetivo de lograr la recuperación. Además, se defiende que la recuperación está apoyada por el poder de elección del consumidor. En la figura 3 se ilustran los altibajos que supone el proceso de recuperación hacia la supervivencia por parte de los consumidores/ supervivientes que padezcan o hayan padecido un trastorno mental (Dorman, Felton y Carpinello, 2000).

**Figura 3. Un modelo de salud pública:
el camino hacia la recuperación de la salud mental**



Fuente: Dorman, D. H., Felton C., Carpinello, S. (November 14, 2000) *Mental Health Recovery from the Perspectives of Consumer/Survivors*. Presentation at the American Public Health Association Annual Meeting, Boston MA.

Gracias al esfuerzo de los defensores de este concepto, la noción de *recuperación* sigue permaneciendo en el punto de mira en el ámbito de la salud mental en Estados Unidos y el movimiento que la defiende ha seguido creciendo. Los momentos cruciales se han producido en los últimos diez años y los ingredientes necesarios para construir los sistemas orientados hacia la recuperación se han logrado gracias a una serie de esfuerzos y de trabajos llevados a cabo por distintas instituciones y servicios en Estados Unidos. En concreto, el Community Support Program (CSP) y el Child and Adolescent Service System Program (CASSP), dirigidos por el National Institute of Mental Health (NIMH) y el Substance Abuse & Mental Health Care in America Center for Mental Health Services (SAMHSA/CMHS). Otros organismos centrales en este ámbito como el Institute of Medicine (IOM) (2001) también han realizado estudios para analizar las formas en que se podrían mejorar los servicios de salud, potenciando las nuevas ideas centradas en la recuperación. Todos estos esfuerzos han contribuido para que cristalizara un enfoque de cuidados centrado en el consumidor y en su familia. Esto significa que se espera su participación activa a lo largo de todo el proceso que supone el diseño, la implementación y la evaluación de los cuidados centrados en la salud. El criterio de éxito de este tipo de cuidados orientados a la recuperación y al logro de la resiliencia es lograr que la persona pueda trabajar y sea capaz de vivir de forma satisfactoria en la comunidad. Además, se insiste también en el importante papel que pueden desempeñar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en este ámbito, sin duda, su ayuda va a resultar cada vez más apreciada y necesaria (Power y Manderscheid, 2004).

4.1. La Annapolis Coalition

La Annapolis Coalition es una organización dedicada a mejorar todos los aspectos relacionados con la provisión de cuidados en la salud mental. Fue fundada por el American College of Mental Health Administration (ACMHA) y el Academic Behavioral Health Consortium (ABHC) (<http://www.annapoliscoalition.org/>). Desde el año 2001, se ha centrado en subrayar la necesidad de abordar seriamente los problemas de salud mental en Estados Unidos (Power, 2005).

Desde este organismo se insiste en que no se están poniendo los medios para solucionar estos problemas y en que, a menos que se produzcan cambios dramáticos en el sistema, va a resultar imposible cubrir las necesidades futuras. La solución que se propone es poner en marcha una estrategia que apoye la transformación del actual sistema de cuidados para la atención de las personas que padecen un trastorno mental (Power, 2005). Como informa esta autora, precisamente el 11 de septiembre de 2001, la Annapolis Coalition estaba en

el segundo día de una conferencia centrada en los problemas y las posibles mejoras que se podían llevar a cabo en el ámbito de la salud mental. Ese día, los ataques terroristas dejaron, no sólo un rastro de destrucción física de edificios, calles y coches, sino también de vidas y comunidades enteras destrozadas. Millones de americanos sufrieron ansiedad, depresión y trastorno de estrés post-traumático. Las necesidades de todas estas personas sometieron al sistema de provisión de salud de Estados Unidos a una extraordinaria presión. Surgió una importante demanda que puso a prueba toda la infraestructura del sistema de salud mental. Desgraciadamente, se comprobó que éste era *deficiente*. Para la Annapolis Coalition los aspectos centrales que resumen el problema serían: una clara dificultad para encontrar y retener en el sistema de salud a personas bien cualificadas y bien formadas (especialmente en el ámbito de la atención a niños, a adolescentes y a personas de la tercera edad); envejecimiento de los profesionales en activo sin que se aprecie una afluencia adecuada de personas más jóvenes; una mayor intensificación de estos mismos problemas en las zonas rurales; la utilización de programas de formación inadecuados e ineficaces debido a problemas de financiación; disminución también de las tareas de supervisión necesarias de los profesionales; ausencia de entrenamiento en dirección y liderazgo para los que se supone van a ser los responsables del sistema en los próximos años y, finalmente, ausencia de entrenamiento y apoyo para las personas que sufren el problema y para sus familiares.

Teniendo en cuenta todo esto, el objetivo claro que se plantea la Coalición es mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades, reforzando la efectividad de todas aquellas estrategias que resulten eficaces para prevenir, tratar y apoyar la recuperación de problemas relacionados con la salud mental y/o el abuso de sustancias.

4.2. Las recomendaciones de la New Freedom Commission on Mental Health

En abril de 2002, el presidente George Bush creó la New Freedom Commission on Mental Health, como parte del compromiso establecido por su administración para la eliminación de las desigualdades entre los americanos con algún tipo de incapacidad. La instrucción que tenía la Comisión era delimitar planes y políticas de acción para identificar las desigualdades y los problemas, así como identificar políticas y planes de acción que maximizaran los recursos existentes, mejoraran la coordinación de los tratamientos y los servicios y promocionaran la integración en la comunidad de las personas con problemas de salud mental. El informe final: *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America* (2003) (<http://www.mentalhealthcommission.gov/>) que realizó la Comisión, sin

duda, ha supuesto un documento central y un paso definitivo que ha acelerado el movimiento hacia la recuperación orientada al consumidor y centrada en la familia y en la comunidad. Al comienzo del informe (pág. 1) se presenta la siguiente declaración de principios:

«Vislumbramos un futuro en el que cada persona con un problema mental se recupere, un futuro en el que la enfermedad mental pueda ser prevenida o curada, un futuro en el que la enfermedad mental se detecte precozmente; y un futuro en el que cada persona que sufra una enfermedad mental en cualquier etapa de su vida tenga acceso a tratamiento y a apoyo efectivos —aspectos esenciales para vivir, trabajar, aprender, y participar plenamente en la comunidad».

Resulta fácil comprobar los puntos de contacto claros que existen entre esta declaración y la definición de recuperación planteada por Ralph (2000) y defendida por el Movimiento hacia la Recuperación. También es importante señalar la ayuda que supuso para la New Freedom Commission on Mental Health el trabajo realizado previamente en el seno de la Annapolis Coalition. Power y Manderscheid (2004) reconocen la influencia que tuvieron los planteamientos de esta última al ayudar a la Comisión a darse cuenta, tanto de la extensión y de las implicaciones del problema, como de la urgencia y la necesidad de hacerle frente.

Al igual que antes ya lo hicieran otros organismos, en el informe final de la Comisión se subrayan los problemas de los actuales sistemas de salud, básicamente, centrados en manejar las discapacidades asociadas a los problemas de salud mental y no tanto en promover la recuperación. Se recomienda, pues, focalizarse en promover la recuperación y en construir resiliencia, esto es, en fomentar capacidades que permitan a la persona hacer frente de forma más adecuada y satisfactoria al estrés y a los retos de la vida cotidiana.

La estructuración y la puesta en marcha del nuevo enfoque podría suponer el logro de cambios importantes: en lugar de fracaso escolar, institucionalización, incapacidad a largo plazo, personas sin hogar, etc., se pretende lograr metas como: participación activa, satisfacer metas personales y sociales, establecer la posibilidad de vivir una vida satisfactoria para todas las personas con problemas de salud mental, ya sean niños o jóvenes, adultos o personas mayores. Para ello, se proponen seis metas que suponen una serie de principios y recomendaciones. Se insiste en que el logro de dichas metas transformaría de forma radical el sistema de salud mental en Estados Unidos.

- Meta 1. Los americanos comprenden que la salud mental resulta esencial para la salud global.

- Meta 2. La atención a la salud mental está dirigida (*driven*) por el consumidor y la familia.
- Meta 3. Las desigualdades en los servicios de salud mental han sido eliminadas.
- Meta 4. El cribado (*screening*) precoz respecto a la salud mental, la evaluación, y la remisión a los servicios es una práctica común.
- Meta 5. Se proporcionan cuidados excelentes a las personas que tienen problemas de salud mental y se ha potenciado la investigación.
- Meta 6. Se utiliza la tecnología para proporcionar el acceso a los cuidados de salud mental y a la información sobre salud mental.

En suma, las metas subrayan la urgencia y la magnitud de los cambios que se proponen. En el informe se da una gran importancia al hecho que las personas comprendan que la salud mental es una parte integral y fundamental de su salud global, y se recomienda que los problemas de salud mental se aborden con la misma urgencia y rapidez con que se abordaría cualquier condición médica. Se subraya, también, la necesidad de eliminar el estigma asociado a padecer un trastorno mental, ya que supone una barrera para la búsqueda de ayuda.

Claramente, el nuevo enfoque implica modificar de forma radical el modo en que se organiza la prestación de cuidados. Serán las necesidades y preferencias del consumidor y no las exigencias burocráticas las que marcarán las pautas. Para lograrlo, la Comisión recomienda cambios en los programas federales, una mejor planificación para que los servicios sean más eficaces y que se sitúe al consumidor y a la familia en el centro de las decisiones. Se detecta, también, en el informe, una preocupación por las minorías y por la población que vive en áreas rurales; ya que, a menudo, tienen un peor acceso a los recursos y peores cuidados. Se recomienda lograr servicios que sean *culturalmente competentes* que resulten eficaces y eficientes para personas con marcos culturales distintos.

Desgraciadamente, se pone de manifiesto que, muchas veces, los problemas de salud mental se detectan demasiado tarde y entonces resulta mucho más difícil lograr la deseada recuperación. La recomendación que se propone es bastante lógica, promover la detección y la intervención precoces que impidan que se produzca el deterioro. Para lograr esta meta será necesario trabajar conjuntamente con los profesionales de atención primaria y también llevar a cabo programas de atención en colegios, o programas especiales para personas en riesgo (por ejemplo: delincuencia juvenil); o programas para apoyar el empleo y el retorno a la comunidad.

En el informe se subraya la notable brecha que existe entre los resultados de investigación y la práctica clínica cotidiana, es decir, los nuevos resultados y procedimientos, validados por la investigación controlada, tardan demasiado tiempo en incorporarse al quehacer habitual de los profesionales. Se hace una llamada para que sean precisamente los procedimientos basados en la evidencia los que conformen los cimientos del nuevo sistema de atención y de provisión de servicios. Por lo tanto, habrá que lograr que tales PBE sean las que se apliquen y que las universidades (y cualquier otro centro de formación continuada para los profesionales) impartan y formen en estos tipos de intervenciones basadas en la evidencia. Para acortar el tiempo que suele transcurrir entre el logro de un descubrimiento y que se convierta en rutinario (entre 15 y 20 años) se recomienda acelerar la investigación relevante para la promoción de la recuperación, la cura y la prevención de la enfermedad mental.

Finalmente, se plantea la necesidad perentoria de lograr que los servicios sean capaces de utilizar, de forma mucho más eficaz, todas las posibilidades y potencialidades que ofrezcan las tecnologías de la comunicación y de los ordenadores para mejorar el acceso a los cuidados de salud y para mejorar su calidad. Este tipo de tecnologías, si tienen en cuenta la necesaria protección de la privacidad, pueden mejorar de forma sustancial los cuidados que se presten en las áreas rurales y a personas con difícil acceso al sistema de salud, pueden ayudar a prevenir los errores y, también, reducir de forma sustancial el trabajo administrativo y la burocracia.

4.3. El movimiento *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)* y el *Depression Report* de la London School of Economics

En el Día Mundial de la Salud Mental, de octubre de 2007, el gobierno inglés anunció la puesta en marcha de un programa sin precedentes, se trataba de una iniciativa para conseguir que todas las personas que tuvieran problemas de ansiedad o de depresión pudieran tener acceso a TPBE en el sistema nacional de salud de Inglaterra: es decir, el movimiento denominado *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)*. <http://www.iapt.nhs.uk/> Entre 2008 y 2011 se destinarían 173 millones de libras esterlinas adicionales, cada año, a los fondos ya existentes. Iba a ser necesario contratar, al menos, a 3.600 nuevos psicólogos terapeutas. Además, también era necesario formarlos para que pudieran aplicar los tratamientos recomendados por el National Institute for Clinical Excellence (NICE), esto es, lo que se denomina las directrices *NICE* (Clark, y otros, 2009).

El programa IAPT se puso en marcha a partir de influencias varias y distintas, sin duda, los planteamientos que se desarrollaron en Estados Unidos, citados anteriormente, como el Movimiento hacia la Recuperación y la importancia dada a la salud mental, fueron factores determinantes. Ahora bien, un desencadenante cercano y directo fueron los trabajos llevados a cabo por el economista de la salud Richard Layard.

El planteamiento de Layard era que si se proporcionaran fondos al Department of Health, mejoraría de forma sustancial la posibilidad de aplicar terapias psicológicas para el tratamiento de la depresión y de la ansiedad crónica; y esto, a su vez, tendría un impacto positivo en el número de personas que podría permanecer de forma activa trabajando y manteniendo unas buenas tasas de productividad. Además, todo ello repercutiría de forma sustancial en la disminución de los costes por incapacidad para este sector de la población, lo cual redundaría en un ahorro importante para el Department of Work and Pensions. Layard reforzó estos argumentos al tener también en cuenta una serie de aspectos morales y éticos: puso de manifiesto la desigualdad existente respecto a la provisión de atención psicológica, las largas listas de espera, y la falta de consistencia al aplicar las directrices clínicas NICE para el tratamiento de la depresión y la ansiedad. Tuvo en cuenta todos los datos de prevalencia de estos trastornos, los costes que supondría entrenar y contratar a una serie de terapeutas, los ahorros potenciales para la administración en Inglaterra, y los beneficios que ello podría suponer para los individuos y para la sociedad (dado que mejorarían la salud y el bienestar). La propuesta de Layard se organizó y se concretó a partir del esfuerzo conjunto de otros investigadores clínicos y economistas y ha tenido una amplia difusión por medio de lo que se ha denominado el *Depression Report* de la London School of Economics, que más adelante comentaremos (Layard, Bell, Clark, y otros, 2006; Layard, Clark, Knapp y Mayraz, 2007). En definitiva, se logró que el gobierno dedicara una gran cantidad de fondos al proyecto, que se basó en lo que se denominan las directrices o las guías clínicas NICE, y que suponía la creación de una serie de centros en los que se aplicarían TPBE y apoyo psicológico.

Por lo tanto, otra influencia (o posibilitante) central fue la serie de trabajos llevados a cabo en el National Institute for Clinical Excellence, ello supuso la revisión de las evidencias disponibles acerca de una serie de tratamientos. Trabajos que dieron lugar a la publicación de las directrices NICE (NICE, 2004a, 2004b, 2005a, 2005b, 2006). En dichas directrices se recomienda la utilización de tratamientos psicológicos para todos los trastornos de ansiedad y para la depresión. También se subraya que, dado que algunas personas también responden bien a tratamientos de *baja intensidad*, se recomienda también su

utilización en la medida de lo posible. Aquí se incluirían procedimientos de autoayuda dirigida y apoyada por el terapeuta; o programas de tratamiento informatizados (como los programas *Beating the Blues*, *FearFighter* o *OCFighter*, diseñados y sometidos a prueba por Isaac Marks). Se recomienda, también, un enfoque de actuación paso a paso, o sea, apelar a los programas disponibles, que puedan suponer una mayor o menor actuación del clínico, en función de la situación clínica de cada persona (véase la figura, 4).

Figura 4. Enfoque basado en pasos para el manejo de la depresión

¿Quién es responsable del cuidado?	¿Cuál es el foco?	¿Qué es lo que se hace?
Paso 5: Cuidado de pacientes hospitalizados. Equipo de Crisis	Riesgo para la vida, auto abandono grave	Medicación, tratamientos combinados, terapia electroconvulsiva (ECT)
Paso 4: Especialistas en Salud Mental, incluyendo el equipo de crisis	Depresión psicótica recurrente y aquellas condiciones con riesgo significativo resistentes al tratamiento	Medicación, intervenciones psicológicas complejas, tratamientos combinados
Paso 3: Equipo de atención primaria, trabajadores sociales en atención primaria en la salud mental	Depresión grave o moderada	Medicación, intervención psicológica, apoyo social
Paso 2: Equipo de atención primaria, trabajadores de atención primaria en la salud mental	Depresión leve	Atención cuidadosa y prestación de apoyo, auto-ayuda guiada, TCC computarizada, ejercicios, intervenciones psicológicas breves
Paso 1: Médico en atención primaria, especialistas en enfermería	Detectar y reconocer los problemas	Evaluación

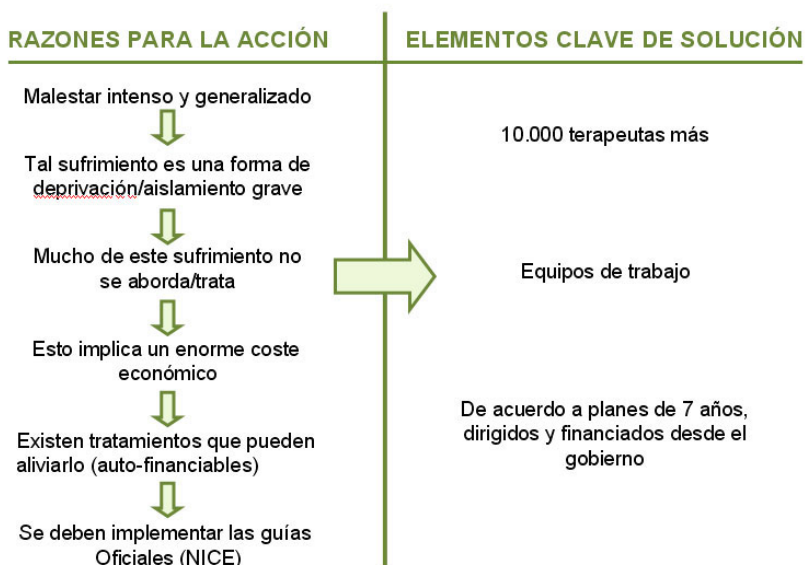
Fuente: Cohen, A. (2008) *IAPT: A Brief History*. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal*, April, 8-11.

Finalmente, otro aspecto relevante a considerar en el IAPT fue la financiación, por parte del gobierno inglés, de dos proyectos de investigación para someter a prueba la iniciativa. Se puso en marcha, como demostración piloto, en dos lugares: Doncaster, y en Newham, en Inglaterra y supuso el lanzamiento del movimiento *Improving Access to Psychological Therapies Programme (IAPT)*, en Inglaterra. Ya existen datos acerca de los resultados correspondientes al primer año de aplicación del programa (Clark, Layard y Smithies, 2008; Richards y Suckling, 2008, 2009; Clark, y otros, 2009). Es posible consultar toda la información disponible sobre el programa y sobre su implantación en la web www.iapt.nhs.uk.

Anteriormente, he hecho referencia al informe sobre la depresión (*Depression Report*) (Layard y otros, 2006; Layard, Clark, Knapp y Mayraz, 2007) como uno de los posibilitantes del IAPT y, dado el enorme impacto que ha tenido, conviene prestarle aquí una atención algo más detallada. En junio de 2006, apareció, en Inglaterra, un trabajo titulado: *The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders*, que fue elaborado por el Mental Health Policy Group del Centre for Economic Performance's de la London School of Economics. Conformaban el grupo de trabajo responsable del informe personas de gran relevancia científica en el ámbito de los tratamientos psicológicos, como David Clark, y su contenido se basaba directamente en las ideas defendidas por Richard Layard.

En el informe se analizan los datos existentes respecto a salud mental en Inglaterra, las repercusiones económicas a las que estos problemas dan lugar y la propuesta que lanzan para solucionar este estado de la cuestión. En la figura número 5 aparecen los aspectos centrales que se plantean en el informe y, dada su importancia, a continuación, se resumen los aspectos fundamentales del mismo.

**Figura 5. Informe sobre la depresión:
razones para la acción y elementos clave de solución**



Fuente: *The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders* (2006) Mental Health Policy Group del Centre for Economic Performance's de la London School of Economics.

1. **Primera razón.** La primera de las razones que se aduce para actuar es la notable carga que supone la salud mental y los importantes costes que ella supone. Como ya comenté anteriormente (véase las figuras 1 y 2), los problemas de salud mental suponen un tercio del total de toda la carga por enfermedad en todo el mundo y en Inglaterra. Alrededor de seis millones de personas, es decir, uno de cada seis adultos está afectado y esto se produce por igual en ambos sexos. Un 40% de todos los beneficios que se conceden por incapacidad se deben también a problemas de salud mental. Por otra parte, la atención a estos pacientes supone un tercio del tiempo de los médicos de atención primaria.
2. **Segunda razón.** Se insiste en que no se está haciendo referencia a meras preocupaciones, bien al contrario, se trata de personas realmente incapacitadas (*crippled by their distress*) ya que el *dolor mental* es a menudo mucho peor que el *dolor físico*. Subrayan que, los problemas de salud mental son algo mucho peor que la pobreza, habría muy pocas formas de privación y desventura peores para una persona que la enfermedad mental crónica.
3. **Tercera razón.** Sin embargo, muchos de estos problemas no son tratados. Sólo una cuarta parte de estos trastornos recibe tratamiento y la mayoría de las veces este tratamiento está prescrito por personal no especializado. En muchos casos, reciben algún psicofármaco prescrito por el médico de atención primaria, aunque la mayoría de los pacientes hubiera preferido recibir *terapia psicológica* (Chilvers y otros, 2001). La cuestión es que los tratamientos psicológicos no están disponibles para la población y ello se debe a distintas razones: por una parte, se han desarrollado más recientemente que los psicofármacos; pero, la razón fundamental se debe a las prioridades existentes en cuanto a desembolso: mientras que la ansiedad y la depresión dan lugar a un tercio de toda la incapacidad, sólo se les dedica un 2% de los recursos disponibles. Los mayores desembolsos se centran en las personas que padecen trastornos muy graves como la esquizofrenia o el trastorno maniácodepresivo. Sin embargo, en este último caso se trata sólo del 1% de la población. ¿Qué ocurre con el 16% de la población que padece ansiedad crónica o depresión? Pues, simplemente, *no se la trata* y ello da lugar a elevados costes personales, económicos y sociales.
4. **Cuarta razón.** Respecto a los costes económicos, la depresión y la ansiedad impiden a muchas personas trabajar, algunas personas pierden su puesto de trabajo y muchas otras están de baja laboral, presentan absentismo o tienen una muy baja productividad. Todo ello

supone unos enormes costes para la sociedad. El informe los cifra en 2 billones de libras al año y considera que se trata de un enorme coste cuando se compara con los 0,6 billones de libras que supondría poner en marcha un adecuado sistema de atención psicológica. Aunque ésta pudiera ser una buena razón, el nuevo sistema sólo se justificaría en términos de eficacia y eficiencia, esto es, si ayudara las personas a sentirse mejor y a volver al trabajo.

5. **Quinta razón.** Afortunadamente, se dispone ya de protocolos de tratamiento psicológico con buenas tasas de éxito. Estos tratamientos han sido sometidos a prueba utilizando ensayos clínicos controlados, y los resultados generales ponen de manifiesto que los tratamientos psicológicos son tan eficaces como los tratamientos farmacológicos a corto plazo, e incluso a largo plazo sus efectos son más duraderos que los de los fármacos. Además, estos tratamientos resultan rentables desde un punto de vista de coste-beneficio. Los datos del informe indican que, teniendo en cuenta los costes del tratamiento psicológico (básicamente, se habla de tratamientos psicológicos cognitivoconductuales) y los distintos beneficios a los que da lugar (en términos de menos bajas, menos consultas a los profesionales de la salud, menos costes derivados de los beneficios sociales por incapacidad, menos costes en fármacos, etc.) hacen que se pueda concluir que el tratamiento se paga sobradamente a sí mismo. Se trataría, por lo tanto, de una buena inversión.
6. **Sexta razón.** Se apela a la utilización de las guías clínicas elaboradas por The National Institute of Clinical Excellence (*NICE Guidelines*) ya que, en estas guías, se llega a las mismas conclusiones respecto a la eficacia de los tratamientos: los tratamientos psicológicos cognitivoconductuales son tan eficaces como los tratamientos farmacológicos y los costes resultan similares. Las guías NICE están elaboradas a partir de una revisión exhaustiva de la literatura y en base a los criterios y principios de los TPBE. La recomendación que proponen es que los pacientes que padecen ansiedad crónica y/o depresión deberían tener la opción de recibir un tratamiento psicológico eficaz. Sin embargo, por desgracia, esto no se puede llevar a cabo: las listas de espera suelen ser de nueve meses o más y, en muchos lugares, estos tratamientos no están disponibles en absoluto. Por lo tanto, se considera una tarea prioritaria, en la reforma de la salud mental, poner en marcha los medios para que se puedan aplicar a todo aquel que lo necesite las directrices de las guías clínicas NICE.

El informe propone una serie de aspectos clave para solucionar los anteriores retos.

- 1. Primera solución.** Supone la creación de un *nuevo servicio* que pueda asegurar la posibilidad de proporcionar tratamientos psicológicos a quien lo necesite. La razón está clara: si se pretende implantar las guías clínicas, será necesario dar solución a muchos interrogantes: ¿quién aplicará los tratamientos?, ¿cuántos terapeutas nuevos serán necesarios?, ¿cómo se debería organizar su trabajo?. Por lo tanto, habría que organizar un servicio al que se pudiera derivar a las personas que lo necesitaran, o al que se pudiera acudir a solicitar ayuda. Dicho servicio debería estar disponible cerca de los hogares de las personas, y tendría que estar organizado de forma muy profesional, para garantizar su calidad. Esto significa que los terapeutas deberían trabajar en equipo (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, etc.) y que un clínico capacitado y con la suficiente experiencia tendría que guiar, formar y supervisar a terapeutas jóvenes. Resultaría fundamental obtener datos cuantitativos acerca de los progresos de los pacientes, utilizando instrumentos validados, que permitieran la comparación de los datos obtenidos por distintos equipos. Un equipo típico podría cubrir una población de 200.000 habitantes y cada uno de ellos tendría una sede, aunque la mayor parte del trabajo se llevaría a cabo en distintos lugares de la comunidad (centros de atención primaria, centros de empleo, centros de trabajo, etc.). Cada equipo operaría atendiendo a un esquema de redes con el objetivo de lograr un control de calidad adecuado. Además, la recomendación es que el servicio estuviera separado de los servicios tradicionales de salud mental (que seguirían atendiendo a personas con trastornos muy graves, como la esquizofrenia o la depresión maníaca) y mucho más conectados con los profesionales de atención primaria.
- 2. Segunda solución.** Se plantea la necesidad de contar con 10.000 nuevos terapeutas (puesto que se calcula que cada terapeuta podría atender a unas 80 personas por año) y sería necesario atender a 800.000 personas cada año. Se indica que, a primera vista, puede parecer una cifra elevada; pero, realmente, no lo es tanto si se tiene en cuenta que, actualmente, hay 70.000 profesionales en los servicios de salud mental atendiendo, de forma fundamental, a pacientes con esquizofrenia y depresión maníaca. Por lo tanto, se plantea entrenar a 10.000 nuevos terapeutas en los próximos siete años. De los cuales, 5.000 deberían ser *psicólogos clínicos* (esto es, que tuvieran

tres años de entrenamiento supervisado —postgraduación— en el sistema nacional de salud). Esto sería posible si se ampliara, de forma temporal, el número de profesionales en formación de los actuales 550 por año a 800; o si se contratara a profesionales externos al sistema nacional de salud. Además, el entrenamiento se debería centrar en los tratamientos psicológicos, fundamentalmente, los cognitivoconductuales. A la vez, se podría entrenar a otros 5.000 *terapeutas* entre los 60.000 *terapeutas* ocupacionales, enfermeras, trabajadores sociales que ya están trabajando en salud mental, en el sistema nacional de salud. Se trataría de aprovechar su experiencia y formarles, adicionalmente, como *terapeutas psicológicos* durante uno o dos años a tiempo parcial. Por lo tanto, habría dos niveles de cualificación, uno de ellos permitiría a la persona aplicar los tratamientos; el otro permitiría, además, supervisar y entrenar a otros *terapeutas*.

- 3. Tercera solución.** Si se procediera de la forma propuesta sería posible contar con un nuevo servicio, en el año 2013, que estaría preparado para aplicar los TPBE. Ahora bien, lograrlo no sería tarea fácil y supondría poner en marcha una cantidad de trabajo y de recursos notables que permitieran llevar a cabo una serie de planes de forma sistemática y ordenada. Se propone, por tanto, un plan de trabajo para los próximos siete años que tiene como objetivo establecer 40 nuevos equipos cada año. Estos equipos proporcionarían el entrenamiento a los *terapeutas* futuros. Los costes se establecerían de forma escalonada a lo largo de los siete años para no gravar excesivamente al sistema nacional de salud. Además, sería necesario establecer un patrón de desarrollo y la puesta en marcha del plan *dirigido y financiado de forma centralizada* por el gobierno.

Se concluye, en el informe, que, dado que millones de personas están desatendidas, resulta necesario establecer un nuevo plan (*New Deal*) que permita abordar adecuadamente la ansiedad crónica y la depresión. Claramente, se trata de una revolución para dar solución a un problema nacional. Poner en marcha las guías clínicas NICE significa dar a las personas que sufran problemas de salud mental la posibilidad de *elegir recibir terapia psicológica*.

Como hemos visto anteriormente, el plan ya está en marcha en Inglaterra, en otros países se están dando pasos en la misma dirección. En España, aunque todavía se está lejos de lograr avances similares; por lo menos, se plantea la necesidad de darlos. Desde aquí quiero reclamar la necesidad imperiosa de hacerlo.

5. Nuevos retos

5.1. La psicología positiva

Desde que Wundt puso en marcha, en Leipzig, el primer laboratorio de psicología, hace más de 100 años, esta disciplina se ha centrado de forma fundamental en lo *negativo*, esto es, en lo patológico, en lo anormal, en los trastornos. Básicamente, lo que interesaba conocer era lo que iba mal en los cerebros de las personas, en su conducta, en sus relaciones personales, en su vida emocional: por qué fracasaba Ana, por qué se sentía mal Juan, por qué se hacía daño a sí misma Marta, por qué José era capaz de maltratar a otros, o por qué Teresa deseaba con tanta fuerza suicidarse.

Este estado de cosas cambió al surgir lo que se ha denominado «psicología positiva»: una nueva línea de trabajo, iniciada por Martin Seligman en la década de los '90 y que ha cobrado un auge enorme. Merece subrayarse que, en el año 2000, la revista *American Psychologist* dedicó un monográfico a este tema con motivo del inicio del milenio (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). También resulta necesario reconocer los méritos de Seligman y sus importantes aportaciones a la psicología. Por una parte, sus trabajos sobre la indefensión aprendida y lo que esto supuso para avanzar en la comprensión de la depresión (Seligman, 1975); por otra, como ya he señalado, fue durante su presidencia de la APA, en 1993, cuando se puso en marcha el movimiento de los TPBE. En estos momentos, Seligman lidera una auténtica revolución dentro de la psicología, el interés ya no tiene por qué centrarse sólo en los problemas, las debilidades, los traumas, las inferioridades. Lo que preconiza Seligman es que ha llegado el momento de abordar, con el mismo rigor científico de siempre y utilizando la misma metodología, las emociones placenteras, el crecimiento, la capacidad de hacer frente, de superación y la búsqueda de la felicidad, los rasgos positivos del carácter y los puntos fuertes de las organizaciones.

La psicología positiva no está interesada en suplantar ni desplazar los conocimientos ya disponibles en psicología sobre el sufrimiento humano y los trastornos. Lo que pretende es lograr una comprensión más equilibrada y global de la experiencia humana. Esto es, desea tener en cuenta el complejo conjunto de determinantes que conforma globalmente dicha experiencia, los altibajos, los malos momentos, y también los buenos. Sensatamente, si estamos interesados en comprender la conducta de los seres humanos habría que prestar atención, tanto al sufrimiento como a la felicidad, a la tristeza y a la alegría para comprender mejor cómo se podría disminuir aquella y potenciar

esta última, pues seguramente los procedimientos, en cada caso, no tienen por qué ser los mismos (Seligman y Steen, 2005).

En opinión de Seligman, existen dos estrategias básicas y complementarias para mejorar la condición humana: se puede intentar eliminar, mejorar, aliviar todos aquellos aspectos negativos que aparecen en nuestras vidas; o, por el contrario, es posible intentar potenciar todo aquello que es positivo. La psicología clínica tradicional, generalmente, se ha centrado en la primera de las opciones, mientras que la psicología clínica positiva se centra en la segunda. Desde la psicología positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), se defiende que los tratamientos psicológicos no deberían centrarse únicamente en reparar lo que está dañado o en hacer desaparecer los síntomas y el malestar, sino también en potenciar lo que funciona bien y crear nuevas condiciones que impidan que aparezcan otros problemas en el futuro.

Como puede verse, todo esto está estrechamente relacionado con la posibilidad real de llevar a cabo *prevención*, el leitmotiv básico de la psicología de la salud. ¿Es posible potenciar los puntos fuertes, crear habilidades y competencias que puedan realmente *proteger* a las personas? Convendría recordar aquí el concepto de *salutogénesis* de Antonovsky, y lo que este autor denominó *recursos de resistencia generalizados* (Antonovsky, 1979), y poner todo ello en relación con la afirmación de Seligman acerca de la importancia de determinadas fuerzas humanas y sociales que actúan como factores protectores contra la enfermedad mental: valentía, coraje, optimismo, habilidades interpersonales, esperanza, honestidad, perseverancia, la capacidad de vivir con una conciencia plena, etc. (Seligman, 2002). Buen ejemplo de ello es el famoso estudio de las monjas de Notre Dame (Danner, Snowdon y Friesen, 2001). En dicho estudio se comprobó que las emociones positivas funcionaban como factores protectores y aumentaban la salud física y la longevidad de las hermanas de la congregación. No es de extrañar, por tanto, que una tarea importante de la psicología clínica positiva en los próximos años sea delimitar cuál o cuáles de todos estos factores *protectores* resultan indispensables, para qué personas y situaciones y cómo potenciarlos de la forma más eficaz y efectiva posible (Seligman, 2002, 2008).

Aunque no sea factible abordar aquí en detalle los distintos temas de investigación que se están llevando cabo en estos momentos en el ámbito de la psicología positiva, no es posible dejar de mencionar un planteamiento que resulta central para la clínica, se trata de la *Broaden-and-build theory* (que se podría traducir por *ampliación y construcción*) de Barbara Fredrickson

(1998, 2001). Según Fredrickson, las emociones positivas tienen un objetivo que va mucho más allá de la sensación agradable que proporcionan. La teoría sugiere que las emociones positivas desempeñan un importante papel en la evolución: amplían nuestros recursos intelectuales, físicos y sociales y los hacen más duraderos. Acrecientan las reservas a las que podemos recurrir cuando se nos presenta una amenaza o una oportunidad. Emociones como la alegría, la felicidad o el interés amplían nuestra conciencia, potencian las acciones exploratorias y la aparición de pensamientos originales y distintos. Es decir, *abren, amplían y ayudan a generar y estructurar reservas de recursos psicológicos*. A lo largo del tiempo, se construyen repertorios comportamentales de habilidades y recursos. Según Fredrickson (1998, 2001), esto está en claro contraste con los efectos de las emociones negativas; éstas promueven conductas más inmediatas y focalizadas hacia la supervivencia (por ejemplo, la emoción de ansiedad da lugar a la conducta de lucha o huida). Las emociones positivas no tienen un valor inmediato para la supervivencia, debido a que no se centran en las necesidades y estresores inmediatos. Sin embargo, obviamente, las nuevas habilidades y recursos promocionados por las emociones positivas también ayudan, de algún modo, a potenciar la supervivencia a medio y a largo plazo. La teoría sostiene también que las emociones positivas tienen dos tipos de efectos beneficiosos: por una parte, ayudan a regular las emociones negativas (podrían, por lo tanto, funcionar como antídotos o anticuerpos frente a las emociones negativas); por otra, desencadenan una espiral ascendente hacia mayores niveles de bienestar psicológico (por lo tanto, podrían funcionar potenciando defensas psicológicas, resiliencia y fortaleza hacia el futuro).

Relacionado con ello, cabe recordar también la aportación de Victor Frankl en su planteamiento de la logoterapia (1960, 1967) respecto a la importancia del sentido del humor para ayudar a potenciar la capacidad de distanciamiento del ser humano de los problemas y de las cosas. Es como si Frankl hubiera tenido ya constancia de la importancia y los efectos de la famosa *sonrisa genuina* de Guillaume Duchenne (1990). En suma, parece que para el logro del bienestar psicológico y para promocionar la supervivencia resulta de la mayor importancia aprender a sonreír, reír, jugar y disfrutar. Cada vez hay más pruebas que lo avalan, la reciente revisión de Seligman (2008) pone de manifiesto la importancia de las emociones positivas y del optimismo en el caso de las enfermedades cardiovasculares, pues disminuye la probabilidad de muerte (Giltay y otros, 2004; Kubzansky y otros, 2001), y también se observa que las emociones positivas y el optimismo están relacionados con una recuperación mejor después de un infarto (Leedham y otros, 1995; Scheier y otros, 1989). En el mismo sentido, se han obtenido resultados en el caso de

otras enfermedades: el sida (Ostir y otros, 2001), el resfriado común y la gripe (Cohen y otros, 2006), o la mortalidad en edad avanzada (Cohen y Pressman, 2006; Maruta y otros, 2000). En definitiva, de alguna forma, tendremos que aprender de los niños.

En relación a todo lo anterior, merece la pena recordar aquí también que Richard Layard escribió sobre la felicidad (Layard, 2005) poco antes de proponer los planteamientos que dieron lugar al IAPT. Como claramente subrayó Layard, la causa más importante de las miserias humanas en los países industrializados no es la pobreza, no; lo que da lugar al mayor sufrimiento, a las mayores desgracias e infortunios son los problemas de salud mental. Por tanto, no es descabellado pensar que, probablemente, un modo importante para ayudar a solucionar estos problemas sea potenciar aquellos factores y procedimientos que puedan proporcionar bienestar, alegría y felicidad. Teniendo en cuenta, eso sí, que los grandes teóricos que han meditado sobre este tema, como Bertrand Russell (1930), han tenido buen cuidado en subrayar que la felicidad no está asociada, simplemente, al hedonismo y al disfrute de bienes materiales. Como bien señalan Avia y Vázquez (1998), la felicidad incluye alegría, pero también muchas otras emociones, algunas de las cuales no son precisamente positivas (por ejemplo, compromiso, lucha, reto, e incluso dolor). Y también es posible estar globalmente satisfecho y no sentirse feliz, sino sólo experimentar un sentimiento de resignación con lo que a uno le ha tocado en suerte vivir. No se trata sólo de experimentar estados afectivos deseables, sino de albergar la idea que uno está encaminado hacia el logro de los objetivos o metas que valora. En suma, estamos en deuda con la *eudaimonia* aristotélica. Esta idea central que supone exhortar a los hombres a vivir de acuerdo con su *daimon*, ideal o criterio de perfección hacia el que uno aspira y que dota sentido a la vida está muy presente en el ámbito de los tratamientos psicológicos y se refleja en los escritos de autores de orientación humanista y existencial como Rogers, Maslow o Ericsson y también, de alguna forma, lo recogen lo que se denominan nuevos enfoques en terapia de conducta (Linehan, 1993; Hayes 2004). Actualmente, Csikszentmihalyi (1990), ha profundizado en el estudio de un concepto que tiene también puntos de contacto con estas ideas, el concepto de *fluir* (*flow*). La experiencia de *flow* supone un conjunto de cosas: la existencia de una meta que implica un reto, concentración, dominio, implicación personal y una aparente falta de esfuerzo; además, el yo parece desvanecerse y el tiempo detenerse. Ejemplos paradigmáticos de este tipo de experiencias podrían ser lo que quizás experimentaron Fred Astaire y Eleanor Powell en 1940 al grabar el zapateado *Begin the Beguine*, de Cole Porter, para la película *Melodías de Broadway*. Según los expertos, el mejor número

de zapateado de todos los tiempos e, increíblemente, la filmación se realizó sin cortes, en una única toma; o lo que quizás pudo experimentar Herbert von Karajan cuando dirigió el antológico concierto de la Orquesta Filarmónica de Viena del día de Año Nuevo de 1985; o lo que quizás puede experimentar algún profesor universitario mientras está terminado de redactar alguna publicación importante.

En suma, la psicología positiva se centra en el estudio científico de lo que está bien o funciona bien en las personas, en los lugares de trabajo, las organizaciones y las comunidades. Pretende potenciar el bienestar y la felicidad. Está interesada en comprender cómo se generan y se mantienen factores como el optimismo, el amor, la perseverancia o la originalidad. Quiere saber cómo se pueden activar las capacidades y los recursos que sirven para optimizar la vida de las personas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Los defensores de la psicología positiva creemos que esta disciplina no sólo tiene un enorme potencial para revolucionar las raíces de la investigación en muchos ámbitos de la psicología, como la clínica, el mundo laboral y el de las organizaciones, o el de la educación; sino que puede modificar de forma sustancial las actitudes y las habilidades básicas que utilizan los profesionales de todos estos ámbitos en su actividad cotidiana.

En los últimos años, la psicología positiva se ha expandido de forma muy importante. Se la ha reconocido como una prometedora área de investigación y ha dado lugar a aportaciones y aplicaciones en muy variadas facetas: la psicología clínica, la psicología social, la psicología del trabajo y de las organizaciones, la psicología de la salud, la psicología educativa, la psicología general, etc. (ejemplo reciente de ello es la noticia aparecida, el pasado mes de agosto, en el *New York Times*, informando que el ejército de los Estados Unidos va a dedicar importantes fondos para entrenar a más de un millón de soldados para que sean emocionalmente más resilientes). Un desarrollo sustancial lo plantea también Seligman (2008) cuando propone una nueva disciplina, la salud positiva. Disciplina que: «describe un estado más allá de la mera ausencia de enfermedad y es definible y medible» (pág. 3). Según Seligman, en un futuro próximo, dará lugar a una importante disminución de costes personales y sociales; a una mejora, en nuestro bienestar y en la calidad de nuestras vidas, cada vez mayor.

En España tenemos una magnífica implantación de la psicología positiva. Se debe, en buena medida, al esfuerzo de personas como Carmelo Vázquez, M. Dolores Avia, Enrique Fernández-Abascal o Marisa Salanova. Ya han

aparecido excelentes publicaciones sobre el tema (Fernández-Abascal, 2009; Vázquez y Hervás, 2008 a, b; Salanova, Grau, Martínez, y otros, 2004) y se está organizando una asociación científica centrada en este ámbito, presidida por Carmelo Vázquez. También está ya presente en el ámbito académico, y aquí queremos subrayar que en la Universitat Jaume I de Castelló se han puesto en marcha los dos primeros másteres de nuestro país que abordan estos temas, y también que es la primera universidad que tiene, en su nuevo plan de estudios de Psicología, una asignatura de grado con esta denominación. Por lo que respecta a investigación, nuestro grupo (www.labpsitec.es) está trabajando en el desarrollo y en la experimentación de nuevos componentes de tratamientos psicológicos basados en la utilización de emociones positivas (Baños, García-Soriano, Botella y otros, 2009) y hemos desarrollado un protocolo de tratamiento para los trastornos adaptativos que combina elementos de la psicología positiva con las nuevas tecnologías TIC (Botella, Baños y Guillén, 2008). Éste es un tema realmente apasionante. De hecho, la historia de la humanidad es la historia de cómo es posible hacer frente a la adversidad, de cómo es posible sobrevivir y de cómo es posible seguir adelante disfrutando, en cada momento, del regalo de la vida, a pesar de todas las desgracias y todas las pérdidas que pueda conllevar. Al pensar en ello, de inmediato surgen las preguntas, ¿por qué unas personas sobreviven y otras se dejan abatir y morir (o malvivir)?, ¿de qué factores depende el éxito o el fracaso en el esfuerzo y la gloria del *buen vivir*? Se trata de temas centrales de la moderna psicología positiva. Estamos en ello; esperamos que en éste camino podamos encontrar algunas respuestas.

5.2. Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia y la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC)

En los últimos años, las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) se han desarrollando a un ritmo vertiginoso y, debido al enorme potencial que ofrecen, creemos que pueden dar lugar a notables mejoras en los tratamientos psicológicos ya existentes. Sobre todo, por lo que se refiere al eje I de la guía de los TPBE, es decir, el eje de la efectividad o de la utilidad clínica. En este contexto, han surgido términos como: *E-Therapy*; terapia virtual, o terapia computerizada. Todos ellos podrían quedar incluidos en términos más amplios como *ciberterapia*, que da nombre a una de las conferencias con más prestigio en el campo (*Cybertherapy*) o terapia asistida por ordenador (*Computer-aided Psychotherapy*), nombre propuesto por Isaac Marks (Marks, Cavanagh y Gega, 2007). En todos los casos, supone el uso de ordenadores como la herramienta para proporcionar la ayuda o para facilitar o mejorar de alguna forma la terapia. En principio, estas herramientas pueden servir como dispositivos de comunicación que proporcionan acceso a nuevas formas

de interacción a distancia, como dispositivos de simulación para crear mundos virtuales, y como dispositivos de recogida y manejo de datos, ya que permiten almacenar una gran cantidad de datos clínicos que pueden mejorar y asegurar el cuidado de los pacientes. Ahora bien, desde nuestro punto de vista, al hablar de ciberterapia hay que ir más allá del ordenador, se debería considerar también la utilización de cualquier nuevo dispositivo o desarrollo basado en las TIC que pueda ayudar a mejorar el ámbito de la psicología clínica, en general, y el de los tratamientos psicológicos, en particular (Botella, García-Palacios, Baños, y Quero, 2009). A continuación, resumo los principales avances que se han llevado a cabo en este campo hasta el momento.

5.2.1 Realidad virtual (RV)

Una primera e importante contribución de las TIC para los TPBE vino de la mano de la realidad virtual inmersiva (VR). El trabajo pionero de Barbara Rothbaum (Rothbaum, y otros, 1995), centrado en una fobia específica (acrofobia), abrió el campo a otros muchos desarrollos. Desde su surgimiento, numerosos estudios han demostrado la eficacia de la RV como una nueva forma de aplicar determinados tratamientos psicológicos. Los primeros estudios se centraban básicamente en las fobias. Posteriormente, se ha ampliado mucho el ámbito de aplicación (trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, trastornos alimentarios, duelo complicado, trastornos adaptativos, etc.).

Nuestro grupo llevó a cabo el primer estudio de caso que sometió a prueba con éxito la utilidad de la RV para el tratamiento de la claustrofobia (Botella y otros, 1998). Además, estos resultados preliminares se replicaron en otros estudios con un mayor grado de control (Botella, Baños, Villa, Perpiñá y García-Palacios, 2000). También desarrollamos otras aplicaciones de RV para el tratamiento de otros trastornos como: la fobia a volar (Baños, Botella, Perpiñá y Quero, 2001; Botella, Osma, García-Palacios, Quero y Baños, 2004), la acrofobia (Juan, Baños, Botella y otros, 2006), el trastorno de pánico con agorafobia (Botella, García-Palacios, Villa, Baños y otros, 2007). Además, hemos colaborado con el grupo de Hoffman en el tratamiento de la fobia a las arañas (García-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness y Botella, 2002). Desarrollamos un sistema de RV para el tratamiento de los problemas relacionados con la imagen corporal, frecuentes en los trastornos alimentarios (Perpiñá y otros, 1999; Perpiñá, Marco, Botella y Baños, 2003); y también hemos desarrollado un sistema de RV para el tratamiento del juego patológico (Botella, Quero, Serrano, García-Palacios y Baños, 2008), el estrés postraumático (Botella, y otros, 2004), y el duelo complicado (Baños y otros, 2008, Botella, Osma, García-Palacios, Guillén y Baños, 2008).

En este ámbito, existen ya numerosos estudios controlados, trabajos de revisión y meta-análisis que ponen de manifiesto el avance de este campo (véase, por ejemplo, Andersson, Jacobs y Rothbaum, 2004; Emmelkamp, 2005; Krijn, Emmelkamp, Olafsson y Biemond, 2004; García-Palacios y otros, 2006; Marks, Cavanagh y Lega, 2007; Powers y Emmelkamp, 2008).

5.2.2. Realidad aumentada (RA)

Otra aplicación de las TIC más reciente, que también ha mostrado su capacidad para mejorar la eficacia y efectividad de algunos tratamientos psicológicos, es la realidad aumentada (AR o RA). La RA es una variación de la RV en la que se integran y se superponen objetos virtuales en el mundo real. Las escasas aplicaciones existentes de RA en los tratamientos psicológicos se han dirigido al tratamiento de dos fobias específicas: la fobia a animales pequeños y la acrofobia. Se han obtenido resultados preliminares que muestran la eficacia de este sistema en una sola sesión de exposición intensiva, siguiendo las directrices de Öst, Salkovskis y Hellström (1991), en un estudio de caso (Botella y otros, 2005) y, más recientemente, en un estudio que utiliza un diseño de línea de base múltiple entre sujetos (Botella, Bretón-López, Quero, Baños y García-Palacios, 2008d).

5.2.3. Telepsicología

Otra contribución importante, ya muy consolidada, es la telepsicología o provisión de ayuda a distancia, que supone la convergencia de dispositivos electrónicos y comunicación terapéutica. La telepsicología se puede definir como el uso de las TIC para poner en contacto a los pacientes con los profesionales de la salud, ya sea con fines diagnósticos o de tratamiento, para la transmisión de información, la investigación o cualquier otra actividad relacionada con el cuidado de la salud (Brown, 1998). Las distintas aplicaciones de la telepsicología pueden facilitar aspectos centrales del trabajo del psicólogo cuando la comunicación cara a cara no es posible. De hecho, una serie de aplicaciones basadas en telepsicología han logrado que los TPBE estén disponibles para las personas que los necesiten y que, por distintas razones (por ejemplo: vivir en áreas remotas), no puedan acudir a un centro clínico en el que dichos tratamientos estén disponibles. Nuestro grupo ha desarrollado dos aplicaciones de telepsicología que utilizan procedimientos de autoayuda y pueden ser totalmente autoadministradas a través de Internet para el tratamiento de fobias específicas: el miedo a hablar en público y la fobia a los animales pequeños (cucarachas, arañas y ratones). En la actualidad, disponemos de datos acerca de la eficacia de ambos sistemas (Botella, Hoffman y Moscovitz, 2004a; Botella y otros, 2007a; Botella y otros, 2008a; Botella y otros, 2008b).

Recientemente, varios estudios han demostrado la eficacia de los programas que utilizan Internet como apoyo de aplicación para una serie de problemas como el estrés postraumático, la fobia social, el duelo complicado, la depresión, el trastorno de pánico o el dolor crónico, entre otros (para una revisión véase, Andersson, 2009; Carlbring y Andersson, 2006; Ritterband y otros, 2003).

5.2.4. Aplicaciones basadas en computación ubicua y computación persuasiva

Están comenzando a aparecer otras aplicaciones posibles, basadas en las TIC, para los tratamientos psicológicos, que integran la *computación ubicua* y la *computación persuasiva*. El primer término fue acuñado por Weiser, en 1991, como un paradigma de interacción en el cual el ordenador se *distribuye e integra* en el entorno del sujeto, tratando de ocultar su presencia mediante dispositivos pequeños y diversos que se integran en el contexto y permiten la interacción hombre-máquina de forma sencilla. Implica la tecnología de lo diminuto, de lo casi invisible, pequeños sistemas que se comunican de forma espontánea y con cualidades que les permiten *incrustarse o formar parte* de una gran cantidad de objetos. Es la tendencia de la informatización y de la conexión en red entre nosotros mismos y con múltiples dispositivos de nuestro entorno. Ejemplos de la implementación de esta tecnología los encontramos en los teléfonos móviles y los PDA con conexión a Internet. Se trata de lograr un acceso flexible y libre a la información desde cualquier lugar y en cualquier momento. Es previsible que esta continua tendencia dé lugar a la fusión completa del ordenador con los objetos que utilizamos de manera cotidiana (Mattern, Ortega y Lorés, 2001).

El término *computación persuasiva* fue acuñado por Fogg, en 1999, y se puede definir como el uso de la tecnología con el propósito explícito de cambiar las actitudes y las conductas de las personas. Los seres humanos tenemos una gran capacidad de persuasión, sin embargo, la capacidad persuasiva de los ordenadores ha hecho que este concepto atraiga la atención de las personas que trabajamos en el campo de la interacción persona-máquina. Los ordenadores pueden ser más persistentes que los seres humanos de muchas formas, por ejemplo, utilizando muchos métodos distintos para crear una experiencia convincente (textos, archivos sonoros, imágenes, vídeos, contextos virtuales, efectos especiales, animaciones, etc.). Además, esta experiencia convincente se puede multiplicar fácilmente y distribuir, de forma simultánea, a un gran número de personas. Su uso, en el ámbito de la salud, se ha dirigido a persuadir a las personas para la adopción de hábitos saludables y a la prevención de determinados problemas (por ejemplo, páginas web *persuasivas* para dejar de fumar). La computación persuasiva se ajusta a una serie de directrices:

- a) *Justo a tiempo*: mensajes disponibles en el momento en que se tiene que tomar una decisión, como el uso de la PDA, para proporcionar mensajes persuasivos en la selección de comida sana (Intille, Kukla, Farzanfar y Baku, 2003);
- b) *Simulación de experiencias*: simulaciones que permiten vivir experiencias útiles en la toma de decisiones y,
- c) *Personalización*: envío de información personalizada para captar e incrementar la atención del usuario. Puede decirse que existe ya una importante línea de trabajo en esta dirección (Fogg y Eckles, 2007).

Hasta ahora, el dispositivo más utilizado, tanto en el campo de la computación ubicua como en el de la computación persuasiva, es el teléfono móvil y se ha llegado a afirmar que: «*los teléfonos móviles se convertirán en la plataforma más importante para cambiar la conducta humana*» (Fogg, 2007, pág. 5). Su rápida integración y su presencia en todos los contextos en los que actúan seres humanos han permitido la creciente utilización de este dispositivo en la salud. Se ha utilizado, por ejemplo, para proporcionar consejo psicológico a pacientes con sida (Skinner, Rivette y Bloomberg, 2007); en el tratamiento de la adicción al tabaco, a través del envío regular y personalizado de mensajes de texto advirtiendo de los riesgos y ofreciendo soporte y distracción (Rodgers y otros, 2005), en el entrenamiento de estrategias en el control del estrés (Riva, Preziosa, Grassi y Villani, 2006), o en el tratamiento a través de técnicas de afrontamiento del estrés causado por exposición a ambientes de combate hostiles (Riva, Grassi, Villani y Preziosa, 2007). En esta línea, Bang, Timpka, Eriksson, Holm y Nordin (2007) han hecho una propuesta para integrar estrategias de entrenamiento en técnicas cognitivoconductuales en los teléfonos móviles. Nuestro grupo está utilizando este tipo de dispositivos combinándolas con estrategias de *serious games*, en el marco de la prevención de la obesidad en niños (Baños, Cebolla, Frías, y otros, 2009) y en la utilización de los teléfonos móviles para ayudar en el tratamiento de fobias (Botella, Bretón-López, Quero y otros, en revisión).

Los nuevos dispositivos centrados en el usuario parece que se están convirtiendo en la tendencia hacia la que se dirigen las TIC en el siglo XXI. Cabe pensar que el rápido avance en el desarrollo de este campo, y la creciente investigación de sus posibilidades para la psicología clínica, en general, y para los TPBE, en particular, nos permitirá contar con un número cada vez mayor de posibilidades para diseñar, mejor y con más precisión, las futuras estrategias de intervención psicológica del siglo XXI.

En estos momentos, es posible afirmar que el uso de las TIC en los tratamientos psicológicos intenta facilitar el trabajo de los terapeutas y la integración de los pacientes en el proceso terapéutico. Concretamente, para los pacientes una de las mayores ventajas de las TIC es la seguridad, el control y la confidencialidad que les proporcionan: pueden recibir el tratamiento de forma segura sin estar expuestos a los ojos de los demás; y, además, en algunos casos pueden afrontar su problema, ya sea en la consulta del terapeuta o, incluso, en el mismo hogar del paciente. Se trata de hacer los tratamientos psicológicos mucho más accesibles para todos y de romper algunos de los estigmas existentes en torno a ellos. Sin duda, esto hace que se promocionen mejoras en los actuales programas de tratamiento, al permitir generar una diversidad de contextos y de alternativas terapéuticas para los pacientes.

6. Algunas consideraciones éticas

No quisiera finalizar un trabajo centrado en los tratamientos psicológicos sin prestar atención a los aspectos éticos. Al menos, de algunas de las implicaciones de estos nuevos retos.

La tecnología tiene un enorme potencial para el cambio. La tecnología nos cambia y la tecnología cambia el mundo en el que vivimos. Sólo hace falta recordar los cambios efectuados en toda la progenie humana debido al uso de herramientas; o las variaciones que se han producido en nuestro planeta, debido al uso progresivo de artefactos cada vez más y más sofisticados (carros, barcos, coches, trenes, aviones, lanzaderas espaciales, imprenta, ordenadores, Internet, etc.). Todos estos aparatos han permitido avances extraordinarios, han ayudado al establecimiento de distintas culturas y a la conquista de nuevos espacios en el planeta Tierra y, más allá, en el espacio.

Algo similar se puede decir de la psicología y de los tratamientos psicológicos. Los mensajes y las instrucciones que se den a una persona (o a una sociedad) pueden salvarla o tener un efecto devastador. Cabe aquí recordar a Skinner cuando señalaba las sencillas técnicas basadas en el aprendizaje operante que estaban en la base del *lavado de cerebro*. Si los conocimientos progresan, los procedimientos de intervención se perfeccionan y se añaden más elementos a utilizar, la capacidad de control puede llegar a ser notable. Recordemos las críticas a la modificación de conducta inicial, el trabajo de Skinner en *Más allá de la libertad y la dignidad* (1972) y las cautelas acerca de *quién controla al controlador*.

Antiguamente, los padres y/o la tribu marcaban el camino, señalaban lo que era conveniente aprender. Los límites eran sus conocimientos, sus métodos y la propia tribu. Más tarde, además de lo anterior, también se contaba con los maestros y los libros (y los terapeutas). Este hecho supuso ensanchar notablemente los límites. Pero, aún así, sólo se tenía acceso a determinados maestros (los que tocaban en suerte) a determinados libros (los que había en el entorno) y a determinados terapeutas con unos conocimientos específicos (los tratamientos que existían y también, en este caso, los terapeutas que tocaban en suerte). La aparición de la imprenta potenció la publicación de muchos más libros. La aparición de tecnologías revolucionarias como el teléfono, la radio o la televisión supuso una importante apertura a otras ideas, a otros contextos y a otras fuentes de información. Los esfuerzos y el trabajo que han dado lugar a los tratamientos basados en la evidencia han abierto la posibilidad de afrontar muchas miserias humanas de forma mucho más eficaz. Ahora bien, la combinación de las distintas TIC como Internet, RV, dispositivos móviles, sensores, etc.; junto con los nuevos procedimientos de terapia, supone una ampliación significativamente mayor en cuanto a la apertura de los límites y de las posibilidades.

Sin duda, las nuevas tecnologías van a llegar a todos los lugares, van a afectar a todo y a todos, se convertirán en tecnologías *líquidas*. En estos momentos, tenemos ya aquí la *Generación C*, descrita por Peter Marsh como la verdadera generación hija de Internet (definida por muchas posibles ces: creatividad, conectividad, colaboración, comunicación). Una generación desarrollada bajo la ideología de Internet, es decir, el acceso libre a la información, la cooperación y la posibilidad de intercambiar información. Ojala sea cierto y no tenga que ser recordada por otras cosas, pues también es posible pensar en futuros descendientes de la *Generation C*, como seres *conectados*, que constantemente aumenten un espacio privado personal y cada vez sean más autistas.

Como ha sucedido a lo largo de la evolución humana, la utilización masiva de estos ingenios basados en las TIC puede producir cambios en nuestro *aparato para conocer el mundo* (Lorenz, 1977). De la misma forma que se perdieron el vello de los primates y los molares de determinados mamíferos, pueden desaparecer otras cosas; sólo que aquí los cambios pueden ser más drásticos o peligrosos. Quizás perdamos maravillosos tesoros como el lenguaje no verbal o la calidez del contacto físico. No sabemos a largo plazo los efectos que esto puede tener sobre el funcionamiento del ser humano como ser social, e incluso sobre su desarrollo desde un punto de vista físico. Cabe la posibilidad de que los nuevos *digital natives* (por usar terminología de Marc Prensky), nuestros descendientes, ya no necesiten las piernas: puede que ya no les haga falta *ir*

a ninguna parte, toda la información, toda la diversión, todo lo necesario que puedan requerir lo podrán *traer*. Gran parte de la vida llega a ser digital.

En este contexto, cobran especial relevancia los planteamientos de Kurzweil (2005), ¿hasta qué punto la modificación del *mundo* podría hacer *emerger* una conciencia diferente en un ser humano que viva en mundos virtuales, o que viva en mezclas de realidades físicas y virtuales? Esta fusión íntima entre humanos y tecnología es sólo la etapa precursora; ya que, cada vez va a cobrar más importancia la *inteligencia no biológica*. Esta nueva inteligencia ya está aquí y, sin duda, ocupa y rige buena parte de nuestras vidas. ¿Qué opinaríamos si se nos dijera que hemos perdido *todos* nuestros archivos digitales, o que ya no podemos tener acceso a Internet y a las bases de datos? Como señala Kurzweil, esta *inteligencia no biológica*, se podrá rediseñar a sí misma, cada vez en mayor medida; se podrá mejorar más y más, y a ritmos también más acelerados progresivamente. Para Kurzweil, el aspecto central, realmente peligroso y que marca la diferencia, es que aquella inteligencia humana que no haya sido estimulada y no haya progresado lo suficiente, quizás ni siquiera llegue a darse cuenta de lo que está sucediendo o que ni siquiera lo pueda llegar a entender. La conclusión es que *nuevos seres* podrán progresar infinitamente aunque su cuerpo se agote, podrán seguir indefinidamente existiendo en silicio en lugar de en carbono. Se trata de ir más allá todavía de lo que planteaba Daniel Dennet en sus *Brainstorms* (1981): «¿Soy Dennet, soy Yorick o soy Hubert?». Aún será más difícil tener claro cuál pueda ser la verdadera identidad personal de esos *nuevos seres*.

Si en los próximos 100 años todo va en la línea que se está planteando, los nuevos tratamientos psicológicos generarán cambios de importancia. La introducción pautada y sistemática de los avances que se puedan producir en los TPBE, junto con los nuevos desarrollos de la psicología positiva y las sofisticadas aplicaciones que suponen las TIC, puede dar lugar a cambios radicales en el funcionamiento humano. En este contexto, quisiera recordar a Zubiri (1963) cuando insiste en que: «*la capacidad de habérselas con las cosas como realidades*» y no como meros estímulos, es lo que claramente diferencia al hombre de otros organismos vivos.

«El hombre es el único animal que no está encerrado en un medio específicamente determinado, sino que está constitutivamente abierto al horizonte indefinido del mundo real. Mientras el animal no hace sino resolver situaciones, incluso construyendo pequeños dispositivos, el hombre trasciende de su situación actual y produce artefactos no sólo hechos ad hoc para una situación determinada, sino que situado en la realidad de las cosas, de lo que éstas son ‘de suyo’,

construye artefactos aunque no tenga necesidad de ellos en la situación presente, sino para cuando llegue a tenerla; es que maneja las cosas como realidades...En una palabra, mientras el animal no hace sino 'resolver' su vida, el hombre 'proyecta' su vida. Por esto su industria no se halla fijada, no es mera repetición, sino que denota una innovación producto de una invención, de una creación progrediente y progresiva». (Zubiri, 1964, pág. 148).

Pinillos (1975), recordando al maestro, afirma también que el hombre es un: «*animal de realidades*», de hecho, el ser humano sería el único animal que puede crear realidades: Pinillos subraya la clara diferencia existente entre percibir un *medio*, esto es, un conjunto de estímulos prefijados, a percibir un *mundo* en el que las cosas no están prefijadas, se trata de algo formalmente abierto.

Sin duda, el existir es un proceso de construcción continua. Se trata de aprender, se trata de progresar, como dice Popper (1994), a partir de los errores. Mi lema durante años ha sido, y sigue siendo: «*Naciendo y aprendiendo, muriendo y aprendiendo*». La cuestión aquí sería, por lo tanto: ¿A dónde nos conducen estos nuevos aprendizajes? ¿Hacia qué realidades vamos? Es un imperativo ético dedicarle algo de atención y reflexionar sobre este tema. Conviene recordar, en este contexto, la teoría de sistemas de Bertalanffy (1967, 1968) con su visión del ser humano como un sistema abierto, como un agente activo; de hecho, de alguna forma, una visión cercana a la de Zubiri. Para Bertalanffy el hombre no es un ser receptor pasivo de los estímulos que provienen del mundo externo, él puede crear su propio universo. En este contexto, cobra todo el sentido su afirmación acerca de que cualquier intervención, cualquier artificio humano tiene un precio, no importa lo bien intencionado que sea el agente de tal intervención. ¿Hacia qué universo y hacia que ser humano (o hacia qué organismo cibernético) nos dirigimos? No convendría contribuir a la destrucción o la perturbación de procesos humanos centrales y necesarios. Sí que convendría facilitar la aparición de patrones de funcionamiento que pudieran resultar útiles en el proceso de evolución humana (tanto para uno mismo como para otros), como el crecimiento personal, la empatía y la compasión.

Por lo tanto, cada vez va a ser más necesario: definir con cuidado los posibles marcos de actuación, delimitar rigurosamente los programas de observación/intervención, intentar siempre apresar y/o anticipar posibles efectos colaterales negativos e intentar controlar/paliar los efectos negativos, si se produjeran. Todo ello, bajo el paraguas de una adecuada metodología científica. Será necesario poner en marcha programas de investigación con los oportunos controles, tanto metodológicos como éticos. En este territorio nuevo, todavía no conquistado sólo

podemos ir a tientas. Como elemento de ayuda no estaría mal que recurriéramos al *saber acumulado* de la progenie humana. Se necesitan cerebros pensantes y éticos (¿o éticos y pensantes?) que tengan tiempo y recursos para profundizar adecuadamente en el tema. Como siempre, la tecnología y los avances en el conocimiento son neutrales. El punto importante pasa a ser entonces: ¿Por qué decidirse? ¿Hacia dónde ir? ¿Qué intervenciones, qué aplicaciones pueden tener más sentido o resultar más útiles, tener más impacto o beneficiar a más personas? A todos nos afecta este reto sobre qué *terapias* conviene aplicar y qué *ciberespacio* psicológico conviene crear.

7. A modo de conclusión

Una clara implicación de todo lo anterior es que resulta imperativo seguir trabajando en distintos frentes: desde mejorar los TPBE ya existentes; pensar en otros enfoques o alternativas posibles que puedan resultar de utilidad para distintos trastornos, obtener evidencia empírica acerca de todos ellos; someter a prueba cómo ponerlos a disposición de más y más personas; hasta informar a los responsables de las políticas de salud, y a la sociedad en general, acerca de los avances con los que ya contamos.

Sin duda, tenían razón Eysenck, Rachman y Wilson al pedir que nuestras intervenciones tuvieran apoyo empírico, es demasiado peligroso ir por otro camino. Quedarse al margen de todos estos esfuerzos supone demasiados riesgos y no puede justificarse. En cualquier caso, sigo estando de acuerdo con las lúcidas preguntas que planteó Beutler (1998) hace una década y con los aspectos fundamentales de sus respuestas (Botella, 2001):

- a) ¿Debería la profesión identificar tratamientos que tuvieran apoyo empírico? Sí. De cualquier modo, habrá presiones para identificarlos y el tema es tan importante que no es posible dejarlo en manos de los legisladores o los responsables de las políticas de salud.
- b) ¿Son adecuados los actuales criterios para delimitar los tratamientos basados en la evidencia? Sí. Aunque quizás fueran deseables algunas correcciones.
- c) ¿El hecho de seleccionar criterios más amplios podría dar lugar a conclusiones distintas? No. No parece que ampliar los criterios cambie de forma sustancial los resultados. Por lo tanto, no hay justificación para liberalizar los criterios. Quizás se debería incluir, cada vez más, elementos en las valoraciones como ha sucedido con la práctica psicológica basada en la evidencia.

En estos momentos, habría que añadir alguna consideración adicional centrada, no tanto en los criterios, como en otros aspectos relevantes para el campo de los tratamientos.

d) ¿Habría que considerar nuevas perspectivas, tanto teóricas como prácticas, que pudieran mejorar los TPBE? La respuesta, una vez visto todo lo anterior, necesariamente tiene que ser: sí.

e) ¿Habría que considerar nuevas formas de aplicar los TPBE? De nuevo, la respuesta tiene que ser afirmativa.

La cuestión es examinar todo este movimiento alrededor de los TPBE no como un tema cerrado, sino como un proceso dinámico en continua expansión. La ciencia no está nunca terminada. Como siempre, conviene que sigamos aprendiendo de nuestros errores. La cuestión es que las consecuencias de determinados errores pueden ser triviales, mientras que otros pueden tener efectos dramáticos. Como se ha señalado anteriormente, ahora sabemos que el funcionamiento psicológico óptimo es mucho más que, simplemente, *estar a gusto y no tener problemas*. El funcionamiento psicológico óptimo *no se regala y tampoco se puede comprar*. En buena medida, depende del establecimiento de *metas con significado personal y, a poder ser, que supongan un beneficio para otros*. Generalmente, esto supone esfuerzo, dedicación, trabajo y disciplina. Sin embargo, la recompensa es muy elevada. La buena vida, la *vida plena no es la ausencia de problemas*, sino desarrollar la capacidad, la fuerza, la valentía y la alegría de hacerles frente y superarlos y, si no es posible, aceptarlos.

Todo ello tiene importantes implicaciones para la época que nos ha tocado vivir. Estamos en una profunda crisis económica y también en una profunda crisis de valores. Buena parte de la sociedad (al menos, la occidental) se había (o nos habíamos) acostumbrado a tenerlo todo; y tenerlo, además, rápidamente y con poco esfuerzo. A corto plazo, esto podía resultar satisfactorio, a medio o a largo plazo, sin duda, es una catástrofe personal y social. La terapia de conducta ya nos enseñó durante la primera mitad del siglo XX que para un desarrollo adecuado, los niños necesitan una combinación de afecto y de normas claras de actuación (el mundo es demasiado complicado), normas que deben cumplirse. Ahora ya sabemos que para lograr desarrollarnos como personas de forma óptima, para poder alcanzar altas cotas de satisfacción personal, de bienestar y de felicidad, hacen falta otras cosas. Sin duda, las más importantes son el esfuerzo, la dedicación, el trabajo, la implicación personal y tener muy cuenta las repercusiones que puede tener todo ello sobre otras personas y sobre la sociedad. Como subraya Layard en su libro sobre la felicidad: «*Las personas necesitan sentirse necesarias*».

Por tanto, resulta necesario llamar la atención a los responsables políticos y a las autoridades académicas acerca de la importancia de transmitir estos valores y promocionar este tipo de perspectivas, tanto entre nuestros colegas, como entre nuestro estudiantado en la universidad. Todos deberían saber que la forma más sencilla de alcanzar un alto grado de satisfacción personal y de felicidad; y, además, promocionar así su salud física y mental, y sus posibilidades de supervivencia, depende de algo tan sencillo y tan barato como *trabajar y esforzarse en el logro de una meta que les resulte interesante, potenciar el optimismo y darse a los otros.*

En la psicología comunitaria de los años '60 se insistía en la exigencia ética de hacer llegar los mensajes importantes a *los que tuvieran en su mano la posibilidad de modificar las cosas.* En deuda con aquellos tiempos, también se exponen aquí estos hechos. Sin embargo, las cosas, afortunadamente han cambiado y esta necesidad ya no es tan imperiosa. Ya no dependemos tanto de los responsables políticos, sean del signo que sean. Ahora, gracias a las nuevas tecnologías *persuasivas* existen otras posibilidades. Algunas de ellas ya se han planteado, se basan en las posibilidades de Internet desde un punto de vista social: el *crowdsourcing* (Travis, 2008) se centra en las posibilidades que ofrece el hecho de que una ingente masa de personas decida trabajar para llegar a solucionar determinados problemas y ofrecer premios y reconocimiento a quienes lo logren; o el *crowdfunding* (Gaggioli y Riva, 2008), es decir, la democratización de la ciencia, una estrategia contra la posible falta de recursos destinados a investigación. Se trata de lograr que también una ingente masa de personas proponga, analice y decida qué proyectos o qué ideas resultan financierables y pague pequeñas cantidades por los proyectos preferidos. Démonos cuenta que, en ambos casos, el *impulso* y la *fuerza* del concepto viene dado por el *ingente conjunto de personas implicadas* se le llame multitud de personas, muchedumbre, sociedad o *crowd*. Habrá que diseñar estrategias para hacer llegar estos sencillos mensajes acerca de cómo lograr un adecuado funcionamiento psicológico a todas las personas a las que puedan beneficiar.

Mientras tanto, y desde una perspectiva más tradicional, no puedo dejar de recordar dos de las enseñanzas que Ortega y Gasset nos transmitió en su famosa conferencia de 1930 acerca de la *Misión de la universidad*, ya que creo que resultan relevantes para el tema que nos ocupa. En primer lugar, su afirmación clara acerca de que la ciencia implica esfuerzo, dedicación y vocación: *«El científico viene a ser el monje moderno»*. Por otra, sus planteamientos acerca de la vida y cómo vivirla y resolverla:

«La realidad que solemos nombrar *vida humana*, nuestra vida, la de cada cual, no tiene nada que ver con la biología o ciencia de los cuerpos orgánicos. La biología, como cualquiera otra ciencia, no es más que una ocupación a la que algunos hombres dedican su *vida*. El sentido primario y más verdadero de esta palabra *vida* no es, pues, biológico, sino biográfico, que es el que posee desde siempre en el lenguaje vulgar. Significa el conjunto de lo que hacemos y somos, esa terrible faena —que cada hombre tiene que ejecutar por su cuenta— de sostenerse en el Universo, de llevarse o conducirse por entre las cosas y seres del mundo. *Vivir es, de cierto, tratar con el mundo, dirigirse a él, actuar en él, ocuparse de él*. Si estos actos y ocupaciones en que nuestro vivir consiste se produjesen en nosotros mecánicamente, no serían vivir, vida humana. El autómatas no vive. Lo grave del asunto es que la vida no nos es dada hecha, sino que, queramos o no, tenemos que ir la decidiendo nosotros instante tras instante. En cada minuto necesitamos resolver lo que vamos a hacer en el inmediato, y esto quiere decir que la vida del hombre constituye para él un problema perenne. Para decidir ahora lo que va a hacer y ser dentro de un momento, tiene, quiera o no, que formarse un plan, por simple o pueril que éste sea. No es que deba formárselo, sino que no hay vida posible, sublime o ínfima, discreta o estúpida, que no consista esencialmente en conducirse según un plan. Incluso abandonar nuestra vida a la deriva en una hora de desesperación es ya adoptar un plan. Toda vida, por fuerza, se *planea* a sí misma». (2002, pág. 28).

Las enseñanzas de Ortega, afortunadamente, nos aclaran cosas y nos ayudan a diferenciar los aspectos centrales que habría que cuidar y mimar en esas nuevas realidades que pueden emerger para que la vida siguiera siendo *vida, vida humana*.

A comienzos de la década de los '80, cuando empecé a disfrutar impartiendo mis primeras clases en la universidad, era bien distinta la información que se podía transmitir a los estudiantes en una lección magistral centrada en el tema de los tratamientos psicológicos. Como hemos visto, afortunadamente, las cosas han cambiado y durante el siglo XX el avance en los conocimientos en esta esfera ha sido espectacular. La predicción es que durante el siglo XXI este avance será, si cabe, mucho mayor.

Os aseguro que ha sido un enorme privilegio, no sólo haber sido testigo atento de todos estos avances, sino también haber podido contribuir, de alguna forma, a que se produjeran. Repetiré hoy lo mismo que les vengo diciendo a mis alumnos desde hace muchos años. Quisiera animarlos a seguir este camino de exploración y descubrimiento que supone la investigación científica. Sinceramente, creo que no existe ninguna otra actividad humana que pueda resultar tan absorbente, divertida y estimulante. De nuevo, le doy las gracias a Karl Popper (1994) por recordarnos que: «*el futuro está abierto y el optimismo es un deber*».

Bibliografía:

- Allen, J.P., y Kadden, R.M. (1995). Matching clients to alcohol treatment. En R.K. Hester y W.R. Miller (eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives* (2ª ed.) (pág. 278-291). Boston: Allyn and Bacon.
- American Psychiatric Association (APA) (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2ª ed.) (DSM-II). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed. rev.), Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed. rev.) (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychological Association Task Force on Psychological Intervention Guidelines (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychological Association (2002a). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052-1059.
- American Psychological Association (2002b). Criteria for practice guideline development and evaluation. *American Psychologist*, 57, 1048-1051.
- American Psychological Association. Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence- based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Andersson, P., Jacobs, C., y Rothbaum, B.O. (2004). Computer-supported cognitive behavioral treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 253-267.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 175-180.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Avia, M.D., y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Alianza Editorial.
- Bang, M., Timpka, T., Eriksson, H., Holm, E., y Nordin, C. (2007). Mobile phone computing for in-situ cognitive behavioral therapy. *Studies in Health Technology Informatics*, 129, 1078-1082.

- Baños, R.M., Botella, C., Guillén, V., García-Palacios, A., y Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos: un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26, 303-316.
- Baños, R.M., Botella, C., Perpiñá, C., y Quero, S. (2001). Tratamiento mediante realidad virtual para la fobia a volar: Un estudio de caso. *Clínica y Salud*, 12, 391-404.
- Baños, R., Cebolla, A., Frías, A., Etchemendy, E., Botella, C., García-Palacios, A., y otros (2009). *The ETIOBE MATES: A Serious Game platform to improve the learning of nutritional information in children*. Presentada en 14th Annual Cybertherapy and CyberPsychology Conference, junio, Verbania, Italia.
- Baños, R., García-Soriano, G., Botella, C., Oliver, E., Etchemendy, E., Bretón, J., y otros (2009) *Positive mood induction and well being*. Ponencia presentada en Human System Interaction (HSI-09), Catania, Italia.
- Barlow, D.H. (1994). Psychological interventions in the era of managed competition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 109-123.
- Barlow, D.H. (1996). The effectiveness of psychotherapy: Science and Policy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 236-240.
- Barlow, D.H. (2008) *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4^a ed.). New York, NY, US: Guilford Press.
- Barlow, D.H., y Cerny, J.A. (1988) *Psychological treatment of panic*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Barlow, D.H., y Hoffman, S.G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. En D.M. Clark y C.G. Fairburn (eds.), *Science and practice of cognitive behavior therapy* (pág. 95-117). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Barlow, D., Levitt, J., y Bufka, L. (1999). The dissemination of empirically supported treatments: a view to the future. *Behavior Research and Therapy*, 37, 147-162.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression. A treatment manual*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Bergin, A.E. (1967). Further comments on psychotherapy research for therapeutic practise. *International Journal of Psychiatry*, 3, 317-323.
- Bertalanffy, K.L. (1967) *Robots, Men and Minds: Psychology in the Modern World*. New York: George Braziller.
- Bertalanffy, K.L. (1968). *General System theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller
- Beutler, L.E. (1998). Identifying empirically supported treatments: What if we didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 113-120.
- Botella, C. (1986). Introducción a los tratamientos psicológicos. Promolibro.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13, 465-478.

- Botella, C., Baños, R., y Guillén, V. (2008). Creciendo en la adversidad. Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos. En Vázquez, C. y Hervás, G. (eds.), *Psicología Positiva aplicada*. Bilbao. DDB.
- Botella, C., Baños, R.M., y Guillén, V. (2008) Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos: creciendo en la adversidad. En C. Vázquez y G. Hervás (comp.) *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.
- Botella, C., Baños, R.M., Perpiñá, C., y Ballester, R. (1998). Realidad virtual y tratamientos psicológicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 5-26.
- Botella, C., Baños, R.M., Perpiñá, C., Villa, H., Alcañiz, M., y Rey, B. (1998b). Virtual reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 239-246.
- Botella, C., Baños, R.M., Villa, H., Perpiñá, A., y García-Palacios, A. (2000). Virtual reality in the treatment of claustrophobic fear: A controlled, multiple-baseline design. *Behavior Therapy*, 31, 583-595.
- Botella, C., Bretón-López, J., Quero, S., Baños, R., y García-Palacios, A. (En prensa). Treating Cockroach Phobia with Augmented Reality. *Behavior Therapy*.
- Botella, C., Bretón-López, J., Quero, S., Baños, R., García-Palacios, A., Zaragoza, I., y otros. (en revisión). *Treating Cockroach Phobia Using a Serious Game on a Mobile Phone and Augmented Reality Exposure: A Single Case Study*.
- Botella, C., García-Palacios, A. Baños, R.M., y Quero, S. (2009). Cybertherapy: Advantages, Limitations, and Ethical Issues. *PsychNology Journal*, 7, 77-100.
- Botella, C., García-Palacios, A., Villa, H., Baños, R.M., Quero, S., Alcañiz, M., y otros. (2007). Virtual Reality Exposure in the Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia: A controlled study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 164-175.
- Botella, C., Guillén, V., Baños, R.M., García-Palacios, A., Gallego, M. J., y Alcañiz, M. (2007). Telepsychology and self-help: The treatment of fear of public speaking. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 46-57.
- Botella, C., Hoffman, S. G., y Moscovitz, D.A. (2004). A self-applied Internet-based intervention for fear of public speaking. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1-10.
- Botella, C., Juan, M.C., Baños, R., Alcañiz, M. Guillén, V., y Rey, B. (2005). Mixing Realities? An Application of Augmented Reality for the Treatment of Cockroach Phobia. *Cyberpsychology & Behavior*, 8, 162-171.
- Botella, C. Osma, J., García-Palacios, A., Quero, S., y Baños, R.M. (2004). Treatment of flying phobia using virtual reality: Data from a 1-year follow-up using a multiple baseline design. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 311-323.
- Botella, C., Osma, J., Palacios, A. G., Guillén, V., y Baños, R. (2008). Treatment of complicated grief using virtual reality: a case report. *Death Studies*, 32, 674-692.

- Botella, C., Quero, S., Baños, R., Perpiñá, C., García-Palacios, A., y Riva, G. (2004). Virtual Reality and Psychotherapy. En G. Riva, C. Botella, P. Legeron y G. Optale (eds.), *Cybertherapy, Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience*. Amsterdam: IOSS Press.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., García-Palacios, A., y Baños, R.M. (2008). El uso de la Realidad Virtual en el tratamiento del juego patológico. En J. del Pozo, L. Pérez, y M. Ferreras (comp.), *Adicciones y Nuevas tecnologías de la Información y de la Comunicación: perspectivas de su uso para la prevención y el tratamiento*. Gobierno de La Rioja: Consejería de Salud.
- Brown, F.W. (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*, 49, 963-964.
- Burt, M. (2001). What will it take to end homelessness? Washington, DC: Urban Institute.
- Carlbring, P., y Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, 22, 545-553.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E, Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., y otros. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D.L., y Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions. Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D. L., Sandersson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Cristoph, P., y otros (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.
- Chiles, J. A., Lambert, M.J., y Hatch, A.L. (2002). Medical cost offset: A review of the impact of psychological interventions on medical utilization over the past three decades. En N.A. Cummings, W.T. O'Donohue, y K.E. Ferguson (eds.), *The impact of medical cost offset on practice and research* (pág. 47-56). Reno, NV: Context Press.
- Chilvers, C., Dewey, M., Fielding, K., Gretton, V., Miller, P., Palmer, B., y otros (2001). Counselling versus Antidepressants in Primary Care Study Group. Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. *British Medical Journal*, 322, 722725.
- Clark, D. M., Layard, R. y Smithies, R. (2008). *Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of the two demonstration sites*. Disponible en London School of Economics Centre for Economic Performance. <http://www.iapt.nhs.uk> Paper #1648.
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D.A., Suckling, R., y Wright, B. (2009). *Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites*. Behaviour Research and Therapy. El programa y sobre su implantación en la web: <http://www.iapt.nhs.uk>.

- Cohen, A. (2008). IAPT: a brief history. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal*, April, 8-11.
- Cohen, S., Alper, C.M., Doyle, W.J., Treanor, J.J., y Turner, R.B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or Influenza A virus. *Psychosomatic Medicine*, 68, 809-815.
- Cohen, S., y Pressman, S.D. (2006). Positive affect and health. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 122-125.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper and Row.
- Danner, D., Snowdon, D., y Friesen, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.
- Davidson, K.W., Trudeau, K.J., Ockene, J.K., Orleans, C.T., y Kaplan, R.M. (2003). A primer on current evidence-based review systems and their implications for behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 161-171.
- Dennet, D. (1981). *Brainstorms: Philosophical Essays on Mind and Psychology*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Dornan, D.H., Felton, C., y Carpinello, S. (2000). *Mental Health Recovery from the Perspectives of Consumers/Survivors*. Presentation at the American Public Health Association Annual Meeting. November, 14, Boston.
- Duchenne, G. (1990). *The Mechanism of Human Facial Expression*. New York: Cambridge University Press.
- Duffy, M. (Ed.) (1999). *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*. New York: Wiley.
- Emmelkamp, P.M. (2005). Technological Innovations in Clinical Assessment and Psychotherapy. *Psychotherapy Psychosomatics*, 74, 336-343.
- Evidence Based Medicine Working Group (1992). Evidence based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of The American Medical Association*, 268, 2421-2425.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H.J. (1966). *The effects of psychotherapy*. New York: International Science Press.
- Fernández-Abascal, E. (2009). *Emociones positivas*. Madrid: Pirámide.
- Frankl, V. (1960). Paradoxical intention. A logotherapeutic technique. *American Journal of Psychotherapy*, 14, 520-535.
- Frankl, V. (1967). *Psychotherapy and Existentialism: Selected Papers on Logotherapy*. Whashington: Square Press.
- Fredrickson, B. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.

- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in Positive Psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, *56*, 218-226.
- Fogg, B.J. (1999). The elements of computer credibility. Proceedings of the SIGCHI conference on Human factors in computing systems: the CHI is the limit (pág. 80-87). Pittsburgh, Pennsylvania, United States.
- Fogg, B.J., y Eckles, D. (2007). *Mobile persuasion*. Stanford, California: Stanford University.
- Gaggioli, A., y Riva, G. (2008). Working the crowd. *Science*, *321*, 1443.
- García-Palacios, A., Botella, C., Hoffman, H., Baños, R.M., Osmá, J., Guillén, V., y otros. (2006). Treatment of Mental Disorders with virtual reality. En M.J. Roy (ed.), *Proceedings of the NATO advanced research workshop on PTSD*. Amsterdam: IOS Press.
- García-Palacios, A., Hoffman, H., Carlin, A., Furness, T.A., III, y Botella, C. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 983-993.
- Giltay, E.J., Geleijnse, J., Zitman, M., Hoekstra, F.G., y Schouten, E.G. (2004). Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 1126-1135.
- Harding, C. (2004). Remission vs. recovery: Two very different concepts. *Conference presentation at Reclaiming Lives: What Professionals Need to Know About Assessment, Planning, and Treatment for People Who Appear to be Stuck on the Road to Recovery*. Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation at the Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, April 13.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*, 639-665.
- Herink, R. (ed.) (1980). *The psychotherapy handbook: the A to Z guide to more than 250 different therapies use today*. New York: New American Library.
- Hollon, S.D., Stewart, M.O., y Strunk, D. (2006). Enduring effects for CBT in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, *58*, 352-359.
- Institute of Medicine (IOM) (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Intille, S.S., Kukla, C., Farzanfar, R., y Bakr, W. (2003). *Just-in-time technology to encourage incremental, dietary behavior change*. Proceedings of the AMIA, 2003 Symposium.
- Jones, M.C. (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary*, *31*, 308-315.

- Kazdin, A.E. (1978). *History of behavior modification: experimental foundations of contemporary research*. Baltimore: University Park Press.
- Kazdin, A.E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 95-105.
- Kazdin, A.E. (1996). Validated treatments: Multiple perspectives and issues. Introduction to the Series. *Clinical Psychology: Science and Practice, 3*, 216-217.
- Kazdin, A.E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist, 63*, 146-159.
- Kazdin, A.E., y Weisz, J.R. (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Kendall, P.C., y Chambless, D.L. (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 3-167.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., y Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.
- Korchin, S.J. (1976). *Modern clinical psychology: principles of intervention in the clinic and community*. New York: Basic Books.
- Krijn, M., Emmelkamp, P.M.G., Olafsson, R.P., y Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review, 24*, 259-281.
- Kubzansky, L.D., Sparrow, D., Vokonas, P., y Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosomatic Medicine, 63*, 910-916.
- Kurzweil, R. (2005). *The Singularity Is Near: When Humans Transcend Biology*. Viking Adult.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E., y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos eficaces. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Labrador, F.J., Vallejo, M.A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., y Fernández-Montalvo, J. (2003). *La eficacia de los tratamientos psicológicos*. *INFOCOP, 17*, 25-30.
- Layard, R. (2005). *Happiness: Lessons from a New Science*. Penguin Press HC.
- Layard, R. (2006). Happiness and Public Policy: a Challenge to the Profession. *The Economic Journal, 116*, 24-33.
- Layard, R., Bell, S., Clark, D. M., Knapp, M., Meacher, M., Priebe, S., y otros. (2006). *The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders*. London School of Economics. Disponible en: <http://cep.lse.ac.uk>. Centre for Economic Performance Report.

- Layard, R., Clark, D.M., Knapp, M., y Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202, 90-98.
- Leedham, B., Meyerowitz, B.E., Muirhead, J., y Frist, W.H. (1995). Positive expectations predict health after heart transplantation. *Health Psychology*, 14, 74-79.
- Levitt, E.E. (1957). The results of psychotherapy with children: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 189-196.
- Levitt, E.E. (1963). Psychotherapy with children: A further evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 326-329.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lipsey, M.W., y Wilson, D.B. (2001). The way in which intervention studies have "personality" and why it is important to meta-analysis. *Evaluation and the Health Professions*, 24, 236-254.
- López, A.D., Mathers, C.D., Ezzati, M., Murray, C.J.L. y Jamison, D.T. (2006). *Global burden of disease and risk factors*. New York: Oxford University Press.
- Lorenz, K. (1977) *Behind the mirror*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Marks, I.M., Cavanagh, K., y Gega, L. (2007). Computer-aided psychotherapy: revolution or bubble? *British Journal of Psychiatry*, 191, 471-473.
- Maruta, T., Colligan, R.C., Malinchoc, M., y Offord, K.P. (2000). Optimists vs. pessimists: Survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clinic Proceedings*, 75, 140-143.
- Mattern, F., Ortega, M., y Lorés, J. (2001). *Ubiquitous Computing: The Trend Towards the Computerization and Networking of All Things*. Disponible en <http://www.upgrade-cepis.org/issues/2001/5/up2-5Present.pdf>
- Nathan, P.E. (1998). Practice guidelines: Not yet ideal. *American Psychologist*, 53, 290-299.
- Nathan, P.E., y Gorman, J.M. (eds.) (2002). *A guide to treatments that work*. London: Oxford University Press (traducido: *Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan*. Madrid: Alianza Editorial).
- Nathan, P.E., Gorman, J.M., y Salkind, N.J. (2002). *Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan*. Madrid: Alianza Editorial.
- National Alliance on Mental Illness (2006). *Grading the states: A report on America's health care system for serious mental illness*. Arlington, VA.
- National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD). Disponible en: http://www.nasmhpd.org/spec_e-report.
- New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.

- NICE (2004a). *Depression: Management of depression in primary and secondary care (clinical guideline 23)*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence. <http://www.nice.org>.
- NICE (2004b). *Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with and without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care (clinical guideline 22)*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence. <http://www.nice.org>.
- NICE (2005a). *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder (clinical guideline 31)*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence. <http://www.nice.org>.
- NICE (2005b). *Post-traumatic stress disorder (ptsd): The management of ptsd in adults and children in primary and secondary care (clinical guideline 26)*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence. <http://www.nice.org>.
- NICE (2006). *Computerized cognitive behaviour therapy for depression and anxiety: Technology appraisal 97*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence. <http://www.nice.org>.
- Norcross, J.C. (2001). Purposes, processes, and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 345-356.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Organización Mundial de la Salud (1946). Preámbulo de la Carta Fundacional de la Organización Mundial de la Salud. *Registros Oficiales de la Organización Mundial de la Salud*, 2, 100.
- Organización Mundial de la Salud (2001). World Health Report 2001. Geneva
- Organización Mundial de la Salud (2003). Mental Health in the European Region. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud (2004). World Health Report 2004: Changing History. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud (2008). The global burden of disease, 2004 update. Geneva.
- Öst, L., Salkovskis, P., y Hellström, K. (1991). One-session therapist directed exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*, 22, 407-422.
- Ostir, G.V., Markides, K.S., Peek, M.K., y Goodwin, J.S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 63, 210-215.
- Pekarik, G. (1993). Beyond effectiveness. Uses of consumer-oriented criteria in defining treatment outcomes. En T.R. Giles (eds.), *Handbook of effective psychotherapy* (pág. 409-436). New York: Plenum Press.

- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C., y Amigo, I. (coords) (2003a). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces Vol. I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C., y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003b). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (Vol. 2: Psicología de la salud)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C., y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003c). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (Vol. 3: Infancia y adolescencia)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Perpiñá, C., Botella, C., Baños, R. M., Marco, J. H., Alcañiz, M., y Quero, S. (1999). Body image and virtual reality in eating disorders: Exposure by virtual reality is more effective than the classical body image treatment? *CyberPsychology & Behavior*, 3, 149-159.
- Pinillos, J.L. (1975). *Principios de psicología*. Madrid. Alianza Editorial.
- Popper, K. (1994). *La responsabilidad de vivir*. Barcelona: Paidós.
- Power, A.K. (2005). Achieving the Promise through Workforce Transformation: A View from the Center for Mental Health Services. *Administration & Policy in Mental Health*, 32, 489-495.
- Power, A.K., y Manderscheid, R.W. (2004) New Federal Perspective: Recovery, Now! NASMHPD e-Report on Recovery. Disponible en http://www.nasmhpd.org/spec_e-report
- Powers, M.B., y Emmelkamp, M.G. (2007). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 561-569.
- Rachman, S. (1971). *The effects of psychotherapy*. Oxford, UK: Pergamon Press.
- Rachman, S., y Wilson. G.T. (1980). *The effects of psychological therapy*. Oxford, UK: Pergamon Press.
- Ralph, R. (2000). *Review of recovery literature: A synthesis of a sample of recovery literature 2000*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning (NTAC).
- Reisman, J.M. (1966). *The development of clinical psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Richards, D.A., y Suckling, R. (2008). Improving access to psychological therapy: the Doncaster demonstration site organisational model. *Clinical Psychology Forum*, 181, 9-16.
- Richards, D.A., y Suckling, R. (2009). Improving access to psychological therapies: phase IV prospective cohort study. *British Journal of Clinical Psychology*.
- Ritterband, L.M., Gonder-Frederick, L.A., Cox, D.J., Clifton, A.D., West, R.W., y Borowitz, S.M. (2003). Internet interventions: in review, in use and into the

- future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 527-534.
- Riva, G., Grassi, A., Villani, D., Gaggioli, A., y Preziosa, A. (2007). Managing exam stress using UMTS phones: the advantage of portable audio/video support. *Studies in Health Technology Informatics*, 125, 406-8.
- Riva, G., Preziosa, A., Grassi, A., y Villani, D. (2006). Stress management using UMTS cellular phones: a controlled trial. *Studies in Health Technology and Informatics*, 119, 461-463.
- Rodgers, A., Corbett, T., Bramley, D., Riddell, T., Wills, M., Lin, R.B., y Jones, M. (2005). Do u smoke after txt? Results of a randomised trial of smoking cessation using mobile phone text messaging. *Tobacco Control*, 14, 255-261.
- Rosenthal, R. (1990). How are we doing in soft psychology? *American Psychologist*, 45, 775-777.
- Roth, A., y Fonagy, P. (2004). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2ª ed.). New York: Guilford Press.
- Rothbaum, V.O., Hodges, L.F., Kooper, R., Opdyke, D., Williford, J.S., y North, M. (1995). Virtual-Reality Graded Exposure in the Treatment of Acrophobia - A Case Report. *Behaviour Therapy*, 26, 547-554.
- Russell, B. (1930). *The conquest of happiness*. Unwind Iman Limited. (Edición española, Madrid. Espasa-Calpe 2000).
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B. y Richardson, W.S. (1996) Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Sackett, D.L., Straus, S. E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., y Haynes, R.B. (2000). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM* (2ª ed.). London: Churchill Livingstone
- Salanova, M., Grau, R., Martínez, I, Cifre, E., Llorens, S. y García-Renedo, M. (2004). *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I.
- Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J.F., Magovern, G.J., Lefebvre, R.C., Abbott, R.A., y otros. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on positive physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Seligman, M.E.P. (1998). En Nathan, P.E., y Gorman, J.M. (eds.). *A guide to treatments that work* (1ª ed.). London: Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M.E.P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An International review*, 57, 3-18.

- Seligman, M.E.P., y Csikszentmihalyi (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., y Peterson, C. (2005) Positive Psychology Progress Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Shakow, D., Hilgard, E.R., Kelly, E.L., Luckey, B., Sanford, R.N., y Shaffer, L.F. (1947). Recommended graduate training program in clinical psychology. *American Psychologist*, 2, 539-558.
- Silverman, W.H. (1996). Cookbooks, manuals, and paint-by-numbers: Psychotherapy in the 90's. *Psychotherapy*, 33, 207-215.
- Skinner (1972). *Más allá de la libertad y la dignidad*. Barcelona: Fontanella.
- Skinner, D., Rivette, U., y Bloomberg, C. (2007). Evaluation of use of cellphones to aid compliance with drug therapy for HIV patients. *AIDS Care*, 19, 605-607.
- Sox, H.C., Jr., y Woolf, S.H. (1993). Evidence-based practice guidelines from the US Preventive Services Task Force. *Journal of the American Medical Association*, 169, 2678.
- Taks Force on Promotion a Dissemination of Psychological Procedures (1993). *Taks Force on promotion a dissemination of psychological procedures*. A Report adopted by the APA Division 12 Board, October, 1-17.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Thorne, F.C. (1947). The Clinical Method in Science. *American Psychologist*, 2, 159-166.
- Travis, J. (2008). Science by the Masses. *Science*, 319, 1750-1752.
- Vázquez, C., y Hervás, G. (2008a). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: DDB.
- Vázquez, C., y Hervás, G. (eds.) (2008b). *Bienestar: Fundamentos científicos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Wampold, B.E., Lichtenberg, J.W., y Waehler, C.A. (2002). Principles of empirically supported interventions in counseling psychology. *Counseling Psychologist*, 30, 197-217.
- Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., y Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.
- Wang, P.S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., y Kessler, R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 603-613.
- Watson, J., y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.

- Weiser, M. (1991). The computer for the 21st century. *Scientific American*, 265, 94-104.
- Weisz, J.R., Hawley, K.M., y Doss, A.J. (2004). Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 729-815.
- Weisz, J.R., Jensen, A.L., y McLeod, B.D. (2005). Development and dissemination of child and adolescent psychotherapies: Milestones, methods, and a new deployment-focused model. En E.D. Hibbs y P.S. Jensen (eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (2ª ed) (pág. 939). Washington, DC: American Psychological Association.
- Yates, B.T. (1994). Toward the incorporation of costs, cost-effectiveness analysis, and cost-benefit analysis into clinical research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 729-736.
- Zarit, S.H., y Knight, B.G. (eds.). (1996). *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zubiri, X. (1963). El hombre, realidad personal. *Revista de Occidente*, 1, 5-29.
- Zubiri, X. (1964). El origen del hombre. *Revista de Occidente*, 17, 146-173.

