

PSICOTERAPIAS Y PSEUDOTERAPIAS EN BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA. LA CIENCIA Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Moriana, Juan A.; Gálvez-Lara, Mario

PSICOTERAPIAS Y PSEUDOTERAPIAS EN BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA. LA CIENCIA Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Papeles del Psicólogo, vol. 41, núm. 3, 2020

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77865632007>

DOI: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2946>

PSICOTERAPIAS Y PSEUDOTERAPIAS EN BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA. LA CIENCIA Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Psychotherapies and pseudo-therapies in search of scientific evidence. Science and professional practice in clinical psychology

Juan A. Moriana

Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Educación y Psicología. Universidad de Córdoba., España
jamoriana@uco.es

DOI: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2946>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77865632007>

Mario Gálvez-Lara

Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba, España

Recepción: 26 Junio 2020

Aprobación: 13 Julio 2020

RESUMEN:

La psicología está considerada una disciplina científica, pero algunas de sus especialidades, como la psicología clínica, tienen importantes dificultades para aplicar el método científico y trasladar los resultados de la investigación experimental al contexto profesional. Esta situación es especialmente problemática cuando multitud de teorías hacen que proliferen numerosos tratamientos psicológicos y que se sustente la idea (¿equivocada?) de que todos funcionan. El enfrentamiento entre posicionamientos basados en los aspectos comunes de las psicoterapias, en confrontación con los centrados en las técnicas, ha facilitado el camino y la expansión de pseudoterapias y la confusión de la población en general. Todo esto ocurre dentro de un contexto en el que ya existía un importante desencuentro entre la ciencia y la práctica clínica que afecta a muchos ámbitos profesionales de la psicología. El debate sobre los tratamientos y la asunción de que todos son eficaces permite mantener una actitud permisiva ante el uso de cualquier tratamiento, a veces avalados por algunas universidades, colegios profesionales y sociedades científico-profesionales, sin establecer restricciones a la difusión de propuestas pseudocientíficas, que no han sido sometidas a contraste empírico. En este trabajo presentamos un análisis del estado actual del tema y debatimos algunos de los aspectos más importantes.

PALABRAS CLAVE: Tratamientos psicológicos, Psicoterapias, Pseudoterapias, Psicología basada en la evidencia, Ensayos clínicos aleatorizados..

ABSTRACT:

Psychology is considered to be a scientific discipline, but some of its specialties, such as clinical psychology, have significant difficulties in applying the scientific method, and in transferring the results of experimental research into the professional context. This situation is especially problematic when a multitude of theories fosters the proliferation of numerous treatments, as well as the (erroneous?) idea that all of them work. The confrontation between stances based on the common aspects of psychotherapies and those focused on techniques has opened up a path for pseudo-therapies and their expansion, along with the confusion of the general population. This situation takes place within a context in which there was already significant disagreement between science and clinical practice that impacts many professional areas within psychology. The debate about the efficacy and the assumption that all treatments are effective enables the maintaining of a permissive attitude towards the use of any treatment, sometimes even supported by some universities, professional associations, and scientific-professional societies, without restraints on the dissemination of pseudoscientific proposals that have not yet been empirically tested. This work analyzes the current state and discusses some of its most important aspects.

KEYWORDS: Psychological treatments, Psychotherapies, Pseudo-therapies, Based-evidence psychology, Randomized clinical trials..

Only science can distinguish good interventions
from bad ones.

(Westen, Novotny y Thompson-Brenner, 2004, p. 632)

Uno de los mayores debates de la psicología clínica está centrado en la búsqueda y delimitación de qué tratamientos son mejores para una determinada persona que presenta un problema concreto. Esta situación es especialmente compleja en un ámbito en el que trabajamos con humanos en su hábitat natural, con una enorme diversidad conductual que dificulta el control de muchas de las variables que intervienen en el proceso científico de validación de tratamientos. El principal problema con los objetivos de las psicoterapias y tratamientos, en general, es que los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAs, Randomized Clinical Trials-RCTs) pueden demostrar que un tratamiento funciona, pero es mucho más difícil demostrar cómo lo hacen (Cuijpers et al., 2019) o cuáles de sus componentes provocan un determinado efecto (Primero y Moriana, 2011). Conocer por qué funcionan los tratamientos psicológicos y qué procesos explican el cambio clínico son preguntas claves difíciles de contestar (Froján, 2011).

La variedad existente de enfoques, modelos y teorías psicológicas ha propiciado el desarrollo de multitud de tratamientos y, aunque una tendencia muy generalizada está dirigida a defender que todos ellos funcionan, la realidad parece ser otra (Chambless y Ollendick, 2001; Kazdin, 2008; Moriana et al., 2017). Muchos de estos tratamientos no solo no funcionan, alcanzando resultados similares a un placebo, sino que pueden llegar a ser perjudiciales. Además, se produce un importante desencuentro entre la ciencia y la práctica clínica cuando comprobamos que no siempre los tratamientos que la ciencia afirma que funcionan son los que se emplean en el ámbito clínico, ni todo lo que hacen los profesionales en sus consultas está contrastado desde la evidencia empírica. Esta brecha afecta profundamente a muchos ámbitos, desde la enseñanza de la psicología en las universidades hasta en la práctica profesional, pasando por la información de la que dispone el ciudadano. A esta situación se une la proliferación de pseudoterapias, originando un importante problema sanitario, económico y profesional. A lo largo de este trabajo vamos a exponer un análisis de la situación actual e intentar proponer algunas recomendaciones y alternativas para centrar el debate y mejorar el proceso de validación de tratamientos psicológicos.

LA PSICOPATOLOGÍA Y EL DIAGNÓSTICO Y SU RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Una parte importante de las dificultades que tenemos para investigar tratamientos psicológicos tiene sus raíces en la propia psicopatología. Según Cuijpers (2019), si realmente aún no sabemos muy bien qué son los trastornos mentales, cómo deberían definirse y cuáles son los mecanismos causales que conducen a ellos, ¿cuáles deberían ser los objetivos de los tratamientos y cómo podemos medir sus resultados?

Casi toda la investigación, y en especial los ECAs, se han centrado en la reducción de síntomas como variable principal, en congruencia con la dominancia de los sistemas de diagnóstico categoriales DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) e ICD (International Classification of Diseases). Sin embargo, se cuenta con escasa información sobre otras variables como los resultados percibidos por el paciente, resultados intermedios, desenlaces negativos, resultados económicos y otras variables relacionadas.

A pesar de que los trastornos mentales son uno de los problemas de salud pública más importantes, no disponemos de pruebas objetivas o parámetros para establecer con exactitud si existe un trastorno mental, ni tampoco existen umbrales claros para determinar cuándo un paciente tiene un trastorno y cuándo no (Cuijpers, 2019). La mayoría de los psicólogos trabajan con personas “normales”, no necesariamente enfermas, que presentan problemas que no deberían considerarse “trastornos mentales” (Primero y Moriana, 2011). En esta línea, estudios realizados en contextos aplicados muestran que entre un tercio y la mitad de los pacientes no pueden diagnosticarse con el DSM porque sus problemas no encajan o porque tienen niveles sub-umbral para distintas categorías (Stirman et al., 2003; Westen et al., 2004). Por lo tanto, aunque parece una necesidad tener que contar con un sistema de clasificación y poder nombrar estos fenómenos, quizás deberíamos proponer otros términos en los casos en los que no haya diagnósticos bien conformados (p. ej.

problemas de la vida, problemas psicosociales, malestar...), que facilitaran la normalización de estos eventos, y evitaran el estigma y la “psicopatologización” de la vida cotidiana.

Para algunos psicólogos, los trastornos mentales deberían considerarse como dimensiones a lo largo de las cuáles se posiciona el individuo (p. ej. neuroticismo-estabilidad) (Castro, 2011). Sin embargo, en muchos casos, tampoco pueden circunscribirse en exclusiva solo a una cuestión de posicionamiento a lo largo de una dimensión, sino también a otras variables igualmente relevantes como los malestares, incomprendimientos, amenazas, vacíos, motivaciones u objetivos vitales. Debido a estas razones, los sistemas de evaluación y diagnóstico tradicionales (DSM e ICD) han recibido numerosas críticas y propuestas de mejora (Barlow et al., 2013; Kazdin, 2008; Wampold, 2007).

En este contexto, han surgido nuevas propuestas alternativas a la psicopatología, evaluación y diagnóstico tradicional, como la teoría de redes (Blanco et al., 2019), los modelos transdiagnósticos (Sauer-Zavala et al., 2017), los Research Domain Criteria (RDoC) (Cuthbert, 2014), la Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) (Kotov et al., 2017), el Marco de Poder Amenaza y Significado (Marco PAS) (Johnstone y Boyle, 2018), otras opciones muy utilizadas en la práctica clínica como el análisis funcional (Froján, 2011), o las más de ochenta teorías de cambio psicológico (Michie et al., 2014). Aunque muchas de ellas podrían ser incluso complementarias, la realidad es que la asunción de unas u otras implica no solo la utilización de un lenguaje específico, sino también una particular interpretación de las bases del comportamiento humano.

Todos estos sistemas tienen ventajas y limitaciones. Sin embargo, la necesidad de clasificar y comunicarnos hace evidente que tendremos que optar por alguno. Pero si ya tenemos desacuerdos y dificultades hasta para nombrar nuestros problemas, imaginen para buscar un tratamiento para algo que ni si quiera sabemos muy bien qué es.

LOS POSICIONAMIENTOS ENFRENTADOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Aunque existen multitud de opiniones y acepciones al respecto, hay un continuo entre dos posicionamientos tradicionalmente enfrentados, que defienden, por un lado, los aspectos contextuales, basados en las relaciones o “factores comunes” de las psicoterapias y, por otro lado, los basados en las “técnicas” específicas de tratamiento.

En el primero de ellos, uno de sus representantes más relevantes ha sido Wampold (1997; 2007; 2015). Este autor defiende que lo que prevalece en la eficacia de los tratamientos son los factores comunes referidos al paciente, al terapeuta, a la relación entre ambos, o al proceso terapéutico en sí, más que a los componentes específicos de cada técnica. Un reciente metaanálisis de 84 estudios sobre intervenciones psicológicas en depresión sugiere la posibilidad de que el efecto beneficioso de la terapia psicológica se pueda deber a factores comunes a todas las terapias (Palpacuer et al., 2017). Este planteamiento ha sido defendido por todo tipo de organizaciones profesionales y corrientes terapéuticas, más centradas en el desarrollo del individuo y en su crecimiento personal, que en trastornos y diagnósticos concretos.

Dentro de este marco, el “veredicto del pájaro Dodo” en psicología (Wampold, 1997) defiende la equivalencia de psicoterapias: “todas ganan y todas merecen premios”, es decir, no hay diferencias significativas de eficacia entre los tratamientos. Esta hipótesis ha sido defendida por unos (Pérez-Álvarez, 2019) y criticada por otros (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017), que dudan de su plausibilidad (Ehlers et al., 2010; Lilienfeld, 2007). ¿Cómo puede ser cierto que “todos los tratamientos ganen o sirvan”, si la mayoría de los tratamientos no han sido investigados en condiciones controladas?

Existen razones sociopolíticas que explicarían la persistencia del veredicto del Dodo, ya que el eslogan “todos ganan” permite mantener una actitud permisiva ante el uso de cualquier tratamiento, sin restricciones ni penalizaciones a la difusión de actividades pseudocientíficas, que aún no han sido sometidas a contraste empírico, y que podrían tener efectos perjudiciales de forma directa o indirecta.

En el otro polo del continuo está la postura que defiende que el éxito terapéutico se debe, principalmente, a la técnica utilizada y da protagonismo a los procedimientos terapéuticos manualizados que hayan demostrado su eficacia en estudios controlados. Autores como Chambless y Hollon (1998) o Kazdin (2008) defienden que entre toda la multitud de intervenciones que desarrollan y ofertan los psicólogos, es poco realista pensar que todas son efectivas. Habrá intervenciones que en mayor o menor medida serán eficaces, otras que serán ineficaces e incluso habrá algunas que sean contraproducentes o generen efectos perjudiciales.

Como indica Kazdin (2018), para la mayoría de las recomendaciones y declaraciones sobre tratamientos basados en la evidencia (TBEs), se considera que un tratamiento tiene apoyo empírico si cumple la mayor parte de los siguientes criterios: 1) comparaciones del tratamiento con una condición de control, 2) asignación aleatoria de los participantes al tratamiento y a la condición de control, 3) especificación cuidadosa de la población, 4) uso de manuales de tratamiento que especifiquen con detalle el procedimiento terapéutico, 5) múltiples medidas de cambio terapéutico, 6) diferencias estadísticamente significativas al final del periodo de intervención entre el tratamiento y la condición de control, y 7) replicación de los resultados por un investigador o equipo de investigación independiente que pueda reproducir los hallazgos obtenidos en el estudio original.

La aparición de los primeros listados de TBEs (denominados inicialmente “tratamientos empíricamente validados”) generó bastante polémica (Chambless y Ollendick, 2001). En este sentido, Estupiñá (2012) señala que los listados fueron criticados por tres razones principales: 1) el término “tratamiento empíricamente validado” puede sugerir que el resto de tratamientos son inválidos o ineficaces; 2) el enfoque aplicado en la elaboración de los listados favorece las terapias conductuales o cognitivo-conductuales sobre otros paradigmas clínicos menos centrados en procedimientos de estandarización como la manualización del tratamiento; y 3) los listados de tratamientos están planteados desde la hipótesis de que el elemento activo del tratamiento psicológico es la técnica, lo que va en contra de las corrientes psicológicas que plantean que el agente activo de la terapia es la relación terapéutica.

Con el objetivo de hacer frente a la polémica generada desde la aparición de los listados de TBEs, la American Psychological Association (APA) propuso la definición de “práctica basada en la evidencia” (PBE) como “la integración de la mejor investigación disponible con la pericia clínica en el contexto de las características, la cultura y las preferencias del paciente” (APA, 2006, p. 273). Por lo tanto, el concepto de PBE podría entenderse como un proceso de toma de decisiones formado por tres pilares (Spring, 2007): 1) la evidencia científica disponible; 2) la pericia clínica, que es el resultado de la combinación de la formación académica acumulada, la capacitación y la experiencia clínica; y 3) las preferencias del paciente, que incluyen factores tales como las características del cliente, el contexto, la disposición al cambio o el grado de apoyo social.

LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN PSICOLOGÍA. A LO QUE TODOS ASPIRAMOS Y MUCHAS VECES NO CONSEGUIMOS

La ciencia básica y la ciencia aplicada tienen unas diferencias ostensibles en lo que respecta al control de variables. Mientras que la básica utiliza el control experimental, preferiblemente en laboratorio, con medidas objetivas, la ciencia aplicada trabaja frecuentemente en contextos reales con personas, sujetos únicos con miles de particularidades y singularidades difíciles de controlar, y con numerosas variables que modulan o contaminan los efectos principales de las variables en estudio.

En lo que respecta a la investigación de tratamientos psicológicos, existe una pirámide de evidencias científicas que compartimos con la medicina y otras disciplinas. Dentro de esta pirámide destacan los ECAs y los metáanálisis como el estándar de oro de la evidencia. Los ECAs son considerados el diseño más adecuado para demostrar que una intervención es efectiva (Akobeng, 2005). En este tipo de estudios, los pacientes son asignados de forma aleatoria a varias condiciones de intervención o control, siendo esta última un tratamiento

habitual, un placebo o lista de espera. Aunque la existencia de uno o dos ECAs con un diseño metodológico de calidad suele ser un requisito para alcanzar los primeros niveles de evidencia, es recomendable que los resultados de los ensayos individuales sean respaldados por estudios metaanalíticos. Más abajo, en la pirámide existen otras aproximaciones (p. ej. los estudios de caso único o el consenso entre expertos) que suelen complementar la evidencia de los ECAs y metaanálisis, pero, que por sí solos, no justificarían la validez de un tratamiento psicológico.

Algunos autores sugieren que el hecho de que los ECAs sean apropiados para la investigación en medicina no implica que necesariamente sean la forma más adecuada de investigar los resultados de la psicoterapia (Westen y Morrison, 2001), planteando que no deberían ser el “estándar de oro” de la investigación en psicología clínica al no aportar mayor evidencia que los estudios cualitativos (Gyani et al., 2015).

Esto ha dado lugar a una situación en la que numerosas modalidades psicoterapéuticas presentan muy pocas evidencias científicas en estudios controlados, dadas las dificultades para manualizar tratamientos con grandes dosis de individualización. Sin embargo, estas dificultades no les eximen de la responsabilidad y necesidad de evaluar sus resultados, como han intentado hacer desde modelos psicodinámicos (Steiner et al., 2017), humanistas (Mullings, 2017) o sistémicos (Van der Pol et al., 2017). Por lo tanto, estas terapias deberían hacer todo lo posible por aplicar fundamentos científicos para demostrar empíricamente los mecanismos que subyacen a sus cambios terapéuticos.

Por el contrario, los tratamientos de corte cognitivo y conductual, con mayor tradición y facilidad para manualizar técnicas y paquetes de tratamiento, han validado numerosas terapias en ensayos controlados. Esta situación ha dado lugar a que en la mayoría de los listados de tratamientos eficaces promovidos por instituciones científico-profesionales proliferen las recomendaciones de tratamientos de tipo cognitivo y conductual, frente a otros modelos mucho menos representados.

HASTA LOS MODELOS CIENTÍFICOS TIENEN PROBLEMAS

Con el aumento de los ECAs y los metaanálisis a partir de los años 80, surgieron organizaciones como Cochrane Collaboration, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), o la American Psychological Association (APA), que lideraron la iniciativa de revisar y difundir listas de tratamientos, guías de TBEs, ECAs y revisiones sistemáticas. Estas instituciones crearon sus propios criterios y procedimientos de evaluación, dando lugar a la coexistencia, hoy en día, de numerosos sistemas para graduar la calidad de la evidencia de las diferentes intervenciones psicológicas.

No es propio de una disciplina científica como la psicología que cada organización tenga sus propios criterios de evidencia y sistemas para determinar qué tratamientos se deben recomendar y cuáles no. Teniendo en cuenta que todos estos criterios estaban basados en ECAs y revisiones sistemáticas, era de esperar que las recomendaciones acerca de los tratamientos de elección para los distintos trastornos pudieran ser similares, o muy parecidas. Sin embargo, la realidad es otra. Moriana et al. (2017) revisaron un total de 135 tratamientos psicológicos para 23 trastornos mentales en población adulta, comparando el nivel de recomendación y acuerdo entre los listados de tratamientos, guías, ECAs y metanálisis de la División 12 de APA (Society of Clinical Psychology), Cochrane, NICE y la Australian Psychological Society. Estos autores llegaron a la conclusión de que el nivel de acuerdo entre estas instituciones era menor de lo esperado, apareciendo numerosas discrepancias y contradicciones entre sus recomendaciones. En un estudio similar, Gálvez-Lara et al. (2018) compararon un total de 137 tratamientos para 17 trastornos mentales en población infantil y adolescente, utilizando también las recomendaciones de las instituciones revisadas en el estudio anterior (en el caso de APA, se revisaron las recomendaciones de la División 53, Society of Clinical Child and Adolescent Psychology). Los resultados indicaron que el desacuerdo entre organizaciones en población infantil era aún mayor que en población adulta.

Los hallazgos de los dos estudios anteriores sugieren la presencia de una falta de consenso acerca del significado de la evidencia científica, que podría ser malinterpretada. En este sentido, casi todos los profesionales de la psicología aluden a los TBEs, defendiendo que lo que hacen en la práctica clínica está basado en la evidencia, aunque sospechamos que esta afirmación está sobredimensionada. Por esta razón, la comunidad científica debería promover un consenso internacional para establecer criterios y procedimientos de evaluación comunes que ayuden a determinar qué terapias psicológicas tienen un efecto beneficioso para los pacientes y cuáles carecen de pruebas suficientes que abalen su eficacia.

A pesar de que los ECAs son la opción más indicada para validar tratamientos psicológicos, presentan importantes limitaciones derivadas de su aplicación al estudio del comportamiento humano, entre las que podemos destacar:

1. Sesgos en la selección de la muestra. Las muestras no representan el paciente habitual de la práctica clínica (Gyani et al., 2015), no cumplen criterios mínimos de severidad de síntomas (Stirman et al., 2003), o excluyen pacientes que presentan comorbilidad, de forma que los resultados obtenidos en situaciones controladas no pueden ser extrapolados a contextos habituales de tratamiento (McLeod et al., 2017), existiendo importantes diferencias entre ambas (Weisz et al., 1995).
2. Sesgos asociados al terapeuta (personalidad, estilo, alianza, disponibilidad...) y al terapeuta-investigador (Fonagy y Clark, 2015).
3. La muerte experimental es muy elevada (estimada entre el 20-30%; Wood et al., 2004).
4. Utilización de criterios diagnósticos y síntomas según DSM/ICD (casi de forma exclusiva), sin tener en cuenta los mecanismos de acción y cambio de los tratamientos (Dozois, 2013), ni otros objetivos como obtener trabajo, encontrar amigos o vivienda.
5. Se utilizan una multitud de instrumentos de medida para un mismo constructo (Cuijpers, 2019), que en ocasiones presentan bajos niveles de validez y fiabilidad.
6. Se estima que solo en un 45% de los ensayos en psicología se aplica evaluación ciega, cuando en medicina suele ser un 98% (Huhn et al., 2014).
7. En los ECAs el tratamiento “personalizado”, aunque deseable, presenta limitaciones, ya que no es fácil manualizar tratamientos de forma flexible como para que puedan adaptarse al individuo sin perder un sentido homogéneo o común entre las intervenciones (Morian y Martínez, 2011).
8. Efectos adversos de la terapia psicológica. Los efectos negativos de algunas psicoterapias y tratamientos son una realidad. Al igual que existen efectos secundarios en las terapias farmacológicas, las psicológicas también pueden generar efectos adversos, como los que se han indicado para las terapias de recuperación de recuerdos reprimidos, el debriefing, las técnicas de renacimiento o las intervenciones para infundir miedo (Berk y Parker, 2009; Lilienfeld, 2007). Incluso un número importante de pacientes adultos que participan en ensayos clínicos de psicoterapias (entre un 5 y un 10%) terminan peor que al inicio del tratamiento (Lambert y Ogles, 2004).
9. Dificultades para medir y controlar los efectos comunes a las diferentes terapias, como pueden ser la pericia clínica, la alianza terapéutica, la empatía, el carisma, habilidades del terapeuta, etc. (Stewart et al., 2012).
10. Como ocurre en otros ámbitos de la psicología, los ECAs también tienen problemas de replicación, sesgos de publicación (tendencia a publicar resultados positivos y no los negativos), “lealtad” al modelo psicoterapéutico del investigador, y prácticas de investigación cuestionables como la fabricación y falseamiento de datos. La psicología es una de las disciplinas más propensas a publicar resultados positivos (Aarts, 2015; Waters et al., 2020).
11. Se publican demasiados ensayos clínicos de baja calidad metodológica. Muchos ECAs en psicología no se registran previamente en un repositorio. Las revistas no controlan ni revisan la veracidad de muchos de los datos, y los autores no los facilitan de forma abierta, transparente

y anónima. Muchas revistas no requieren informe sobre aprobación de las investigaciones por comités éticos. Además, las revistas, autores e instituciones utilizan frecuentemente criterios de evidencia diferentes.

LA APARICIÓN DE LAS PSEUDOTERAPIAS

Aunque llevan con nosotros desde siempre, la situación ha empeorado con la fulgurante entrada en escena de las pseudoterapias. Muchas de ellas están disfrazadas de cientifismo y exprimen al máximo el efecto placebo, el be-friendly (ser amable o tratar al paciente como a un amigo), el carisma (y la manipulación) y las habilidades terapéuticas aplicadas a personas predispuestas, algunas de ellas incluso desesperadas.

Se considera pseudoterapia a la sustancia, producto, actividad o servicio con pretendida finalidad sanitaria que no tenga soporte en el conocimiento ni en la evidencia científica que avale su eficacia y su seguridad. Se basan en teorías que parecen científicas y muy lógicas, siendo los falsos terapeutas verdaderos especialistas en explicar de forma sencilla y para todos los públicos, teorías no contrastadas de una forma mucho más didáctica de lo que somos capaces de hacerlo muchos psicólogos, profesores y científicos.

Según la Asociación para Proteger al Enfermo de Terapias Pseudocientíficas (APETP), muchas personas acuden a curanderos y pseudoterapeutas porque el paciente se encuentra en una situación emocional de debilidad, porque requiere de una serie de necesidades que no están cubiertas por el sistema sanitario público o, simplemente, porque alguien lo ofrece como eficaz. Así mismo, las visitas a pseudoterapeutas se mantienen por comportamientos supersticiosos, casualidades, placebo, carisma, por compañía ante la soledad o, sencillamente, por estar en disposición de pagar porque alguien les preste atención.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó un documento en el que identificaba y analizaba 139 técnicas en el ámbito de las terapias naturales, de las cuales solo una parte (según el documento) tiene influencia directa sobre la salud y el resto van fundamentalmente dirigidas al “bienestar o confort del usuario”. En este informe se afirma que la evidencia científica disponible sobre su eficacia es muy escasa y si bien en la mayoría de los casos estas terapias son inocuas, no están completamente exentas de riesgos. Precisamente, por esta razón, y aun en el supuesto caso de que fueran “inocuas”, el ciudadano tendría el derecho de ser informado por la administración de las evidencias de una actividad ofertada como sanitaria, para que cada persona decidiera si finalmente quiere hacer uso de ella. Pero quizás, más apropiado que hacer un listado de pseudoterapias sería más pertinente hacer un listado de terapias eficaces con sus correspondientes niveles de evidencia.

Hay muchas terapias que se encuentran en sus inicios, en fases experimentales, en las que todavía no han tenido tiempo para la demostración empírica con estudios controlados. ¿Qué pasaría entonces con las nuevas terapias psicológicas? ¿Podrían quedar clasificadas como pseudoterapias? Podría darse el caso de que una nueva y moderna terapia psicológica antes de contar con ECAs u otras evidencias a su favor se clasifique como pseudoterapia. Por esta razón, lo más importante sería ir actualizando y publicitando aquellos tratamientos que aportaran evidencias y analizar su nivel y su correspondiente evolución. También, en algunas ocasiones, podría cambiarse la denominación “tratamiento” por otras con otras implicaciones (p.ej. actividades no científicas ni sanitarias que podrían aumentar el bienestar personal).

¿POR QUÉ MUCHOS PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA NO UTILIZAN TBES?

Numerosos estudios sugieren que los hallazgos obtenidos por parte de la investigación tienen poco impacto sobre la práctica clínica, no llegando a consolidarse del todo en los ámbitos aplicados (Barlow et al., 2013; Fernández-Álvarez et al., 2020; Gálvez-Lara et al., 2019). Además, según Kazdin (2018, p. 82), “la mayoría

de los tratamientos en uso no están respaldados por la evidencia y muchos tratamientos apoyados no son de uso generalizado”.

La existencia de una brecha entre la investigación científica y la psicología clínica aplicada ha sido puesta de manifiesto por multitud de autores (Castonguay et al., 2013; Kazdin, 2018; Lilienfeld, 2010). Esta situación, además de ser una limitación profesional para el investigador y el clínico, puede tener un impacto negativo en el bienestar del paciente, porque si los resultados de la investigación no son aplicados a la práctica diaria, los pacientes no se podrán beneficiar del conocimiento acumulado ni de sus evidencias (Tasca et al., 2015).

Existen varios argumentos que podrían explicar las razones por las cuáles los psicólogos aplicados no usan o valoran los resultados derivados de la investigación científica. Los psicólogos clínicos sienten, a menudo, que los hallazgos de la investigación no reflejan la realidad de la práctica clínica (Tasca et al., 2015), por lo que, debido a la diferencia existente entre intervenir bajo condiciones controladas e intervenir en situaciones cotidianas, dichos hallazgos no pueden ser extrapolables a contextos de tratamiento habituales (McLeod et al., 2017).

Algunos terapeutas sugieren que existe una incompatibilidad entre centrarse en la alianza terapéutica y basar la práctica clínica en los resultados de la investigación, considerando que la alianza terapéutica es más importante que la técnica usada (Stewart et al., 2012). Además, afirman que no usan tratamientos manualizados debido a que los consideran muy rígidos, lo que iría en detrimento de la alianza terapéutica (Gyani et al., 2015).

A pesar del ingente esfuerzo realizado por las diferentes organizaciones para trasladar la información aportada por la investigación a los diferentes actores involucrados (p. ej. a través de la publicación de listados y guías de tratamiento de forma online), la mayoría de los avances en el terreno de los tratamientos psicológicos se divulgan a través de revistas científicas, pudiendo ocasionar que esa información no llegue a los sectores profesionales aplicados (Echeburúa et al., 2010). En este sentido, en una encuesta realizada a psicólogos clínicos, el 32% de los encuestados nunca leía revistas científicas (Beutler et al., 1995) y preferirían leer materiales que se centren en cómo practicar una determinada técnica (Stewart y Chambless, 2007). Una encuesta en la misma línea que la anterior, dio como resultado que las publicaciones científicas eran la fuente de información menos útil para la práctica clínica, por detrás de la experiencia clínica acumulada y la consulta o supervisión profesional (Safran et al., 2011). Estos resultados han sido replicados por varias encuestas (Stewart et al., 2012; Stewart et al., 2018), por lo que podemos afirmar que la mayoría de los psicólogos clínicos se basan en su experiencia clínica o en la de sus compañeros para tomar sus decisiones de tratamiento, más que en los resultados aportados por la ciencia a través de las revistas científicas.

PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LOS ECAS Y DE LA INVESTIGACIÓN EN TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Entre tal magnitud de datos contradictorios, críticas, posicionamientos rígidos y dogmáticos quizás solo cabe apelar a la flexibilidad y humildad para reconocer las limitaciones de la psicología clínica aplicada e intentar adoptar posturas que puedan contribuir al desarrollo de nuestra disciplina desde un enfoque científico-experimental.

Creemos que todas las aproximaciones tienen postulados válidos, ventajas y limitaciones. Los efectos comunes de las psicoterapias y variables basadas en la interacción terapeuta-paciente y contexto son una realidad innegable, y tienen su efecto. Aunque quizás no esté lo suficientemente estudiado desde abordajes experimentales. Por otro lado, los enfoques centrados en las técnicas son necesarios porque, también cumplen una importante función y son una de las alternativas más plausibles de las que disponemos, aunque sea susceptible de mejoras.

Quizás, una posición integracionista con la ciencia como común denominador podría apoyar tanto los modelos basados en los aspectos comunes como los centrados en las técnicas, intentando que ambos

posicionamientos se esfuercen por adoptar el método científico como vehículo para demostrar sus presupuestos y convertirlos realmente en evidencias. Si lo mejor que tenemos son los ECAs, y tienen muchas limitaciones, también debemos intentar trabajar en nuevos abordajes y métodos que aporten elementos más precisos a nuestros constructos, variables y medidas.

Algunas propuestas de mejora de los ECAs e investigación en tratamientos psicológicos, en general, podrían tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Incorporar la perspectiva de los pacientes (Cuijpers, 2019), que deberían ser mucho más consultados, involucrados e informados en todo lo relativo a la investigación y tratamientos implicados con su salud.
2. Intentar conseguir que las muestras sean realmente representativas. Potenciar las evaluaciones externas y el cegamiento de los evaluadores de los ECAs.
3. Intentar estudiar mejor los efectos comunes de las psicoterapias, en especial los asociados al terapeuta.
4. Establecer protocolos para aumentar la adherencia al tratamiento y los seguimientos.
5. Evaluar unidades de análisis simples que determinen por qué un determinado componente de un tratamiento es eficaz y potenciar la psicología clínica experimental y la traslación de sus resultados al ámbito aplicado.
6. Incorporar medidas psicofisiológicas (RDoC) y otras variables tanto cuantitativas como cualitativas, objetivas y subjetivas (calidad de vida, malestar subjetivo, etc.).
7. Fomentar listados o bancos de recursos de evaluación que informen sobre las evidencias de los instrumentos (fiabilidad, validez).
8. Construir redes de investigación orientadas a la práctica (Fernández-Álvarez et al., 2020).
9. Respecto a la manualización de tratamientos, establecer un límite flexible entre concretar aspectos comunes o esenciales de las técnicas que sean compatibles con la individualización del tratamiento.
10. Una alternativa a los grupos de lista de espera sería los grupos “be-friendly”, donde el psicólogo adopta una postura amigable y de escucha durante un tiempo similar al del grupo experimental. Aumentar el número de brazos del ECA y añadir más grupos experimentales puede aumentar la calidad de los ensayos.
11. La validación de tratamientos no solo debería considerar exclusivamente ECAs sino también otro tipo de estudios y diseños (diseños de caso único, de pocos sujetos).
12. Recomendar el registro previo del protocolo de estudio (p. ej. clinicaltrials.gov; anzctr.org.au). Permitir que los datos estén disponibles en “open repositories” (p. ej. www.osf.io), lo que también beneficiaría la realización de metaanálisis y la transparencia en general.
13. Potenciar el papel de instituciones externas a las que desarrollan el ECA para que supervisen el seguimiento y la calidad y facilitar las colaboraciones entre organismos y centros de investigación para garantizar un aumento de la potencia y un tamaño de muestra adecuado.
14. Fomentar el desarrollo y uso de estándares de diseño y medición (Ryan et al., 2019). Por ejemplo:
 - CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials). <http://www.consort-statement.org/>
 - PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). <http://www.prisma-statement.org>
 - EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency of Health Research). <http://www.equator-network.org/toolkits/peer-reviewing-research/>
15. Que la comunidad científica adopte los mismos criterios para graduar la evidencia. Uno de los más utilizados es el sistema GRADE (Balslem et al., 2011) o el recientemente propuesto por Tolin y su equipo (Tolin 2020, Tolin et al., 2015).

16. Potenciar instituciones que informen sobre evidencias y faciliten información que ayude al clínico a tomar una decisión para mejorar la elección de tratamientos (p. ej. Cochrane Collaboration, NICE; un ejemplo de buenas prácticas en España es Psicoevidencias; <https://www.psicoevidencias.es/>).

En cuanto al papel y relevancia de las publicaciones científicas, Waters et al. (2020), plantean la adopción de “prácticas de publicación de calidad” (Quality Publication Practices-QPP, lo que implicaría que investigadores, clínicos, revistas, instituciones sanitarias y organismos científico-profesionales se alineen en pro del aumento de la calidad de las publicaciones sobre tratamientos psicológicos. Aunque la mejora de las prácticas de publicación en revistas es un objetivo importante, todo no puede basarse exclusivamente en los artículos científicos. Las monografías, guías de tratamientos, guías de práctica clínica y las webs actualizadas deberían cobrar mayor protagonismo en la divulgación de tratamientos psicológicos.

CONCLUSIONES

Una de las claves más importantes del tema tratado en este artículo está relacionada con la educación y la información que tienen los ciudadanos en general, y los profesionales en particular, pasando por estudiantes, profesores y otros colectivos como asociaciones y colegios profesionales. ¿Cómo pueden saber qué tratamientos son eficaces? ¿Qué y cómo enseñamos en nuestras universidades?

En este sentido, consideramos necesario que los programas de formación universitaria (grado y posgrado), así como aquellos que acrediten o cualifiquen profesionalmente (Máster en Psicología General Sanitaria o P.I.R.), incluyan entre sus contenidos no solo cómo realizar ciertas terapias paso a paso, sino cómo y dónde encontrar información sobre TBEs que le sea útil al estudiante en el futuro profesional y cómo distinguir entre pseudoterapias y tratamientos con diferentes niveles de apoyo empírico. En consecuencia, una buena capacitación debería permitir al psicólogo actualizarse sobre los avances en tratamientos psicológicos, potenciando los beneficios que la formación continua tendría para los pacientes. Las guías clínicas, los listados y revisiones para valorar hasta qué punto un tratamiento es eficaz, aunque tengan limitaciones, son una medida necesaria y recomendable para mantener informados y actualizados a estudiantes clínicos, gestores-políticos y usuarios.

En lo que respecta a la población general, sería necesario aumentar sus conocimientos sobre los tratamientos psicológicos que están basados en la evidencia. Para ello, el Estado, las universidades y los colegios y asociaciones profesionales deberían facilitar y contribuir a la divulgación de la cultura científica en materia de tratamientos psicológicos. Así mismo, el ciudadano debería estar informado acerca de las pseudoterapias y de sus posibles efectos, incluso de la inocuidad. En el caso de que este tipo de actividades se ofrecieran a la población, en su descripción o recomendación deberían incluirse mensajes parecidos a los que informan de los efectos secundarios, síntomas adversos o contraindicaciones de los fármacos: “este tipo de intervención no cuenta con evidencias científicas contrastadas, por lo que no podemos afirmar que sea eficaz para resolver su motivo de consulta. Parte de su efecto y posible bienestar podría deberse al efecto placebo (actividad que careciendo por sí misma de acción terapéutica, produce algún efecto favorable si la persona que lo recibe está convencida de que posee realmente tal acción) y a otras circunstancias como su capacidad de sugestión, dependencia, desesperación, paso del tiempo, etc. Usted es libre de su consumo, pero le sugerimos que pregunte antes a su médico de familia y a otros profesionales colegiados e independientes y se informe bien antes de decidir si poner todas sus esperanzas y recursos en dicho procedimiento”.

En el ámbito de la psicología española quizás abusemos de un modelo basado en el adoctrinamiento, en intentar inculcar determinadas ideas o creencias y atacar ferozmente las que sean contrarias a nuestros posicionamientos. Esto debería llevar a plantearnos si por el contrario sería mejor migrar a un modelo basado en la educación, lo que implicaría desarrollar en nuestros alumnos, profesionales y ciudadanos la

capacidad de análisis y crítica reflexiva, exponiendo de forma clara y accesible distintos puntos de vista que proporcionen todas las herramientas para tomar una decisión libre, lo más objetiva posible y fundamentada, con independencia de manipulaciones y adoctrinamientos.

En conclusión, no solo el psicoanálisis y la psicología humanista tienen problemas para demostrar la eficacia de sus actuaciones. Los modelos científicos también tienen importantes dificultades y muchos retos por delante. Quizás se acerque el momento de que más que criticarse los unos a los otros, cada uno intente mirar hacia sí mismo, con una cierta dosis de autocrítica y hacer todo lo posible por contribuir a la mejora de la psicología como disciplina científica.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Aarts, A. A., Anderson, J. E., Anderson, C. J., Attridge, P. R., Attwood, A., Axt, J., et al. (2015). Psychology. Estimating the reproducibility of psychological science. *Science*, 349(6251), <http://dx.doi.org/10.1126/science.aac4716>.
- Akobeng, A. K. (2005). Understanding randomized controlled trials. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 840-844. <http://dx.doi.org/10.1136/ad.2004.058222>
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Balshem, H., Helfand, M., Schunemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., ... Guyatt, G. H. (2011). GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 401-406. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015>
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S. y Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185629>
- Berk, M. y Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 787-794. <https://doi.org/10.1080/00048670903107559>
- Beutler, L. E., Williams, R. E., Wakefield, P. J. y Entwistle, S. R. (1995). Bridging scientist and practitioner perspectives in clinical psychology. *American Psychologist*, 50, 984-994. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.984>
- Blanco, I., Contreras, A., Valiente, C., Espinosa, R., Nieto, I. y Vázquez, C. (2019). El análisis de redes en psicopatología: Conceptos y metodología. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(1): 87-106.
- Castonguay, L. G., Barkham, M., Lutz, W. y McAleavy, A. (2013). Practice oriented research: Approaches and applications. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 85-133). Hoboken, NJ: Wiley.
- Castro, L. (2011). Modelo integrador en psicopatología: un enfoque transdiagnóstico. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobbles (Dirs). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 43-76). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Chambless, D. y Hollon, S. (1998). Defining empirically-supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>
- Chambless, D. y Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- Cuijpers, P. (2019). Targest and outcomes of psychotherapies for mental disorders: An overview. *World Psychiatry*, 18, 276-285. <https://doi.org/10.1002/wps.20661>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M. y Ebert, D. D. (2019). Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28, 21-30. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000057>

- Cuthbert, B. (2014). The RDoC framework: Facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry*, 13, 28-35. <https://doi.org/10.1002/wps.20087>
- Dozois, D. J. A. (2013). Psychological treatments: Putting evidence into practice and practice into evidence. *Canadian Psychology*, 54(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/a0031125>
- Echeburúa, E., Corral, P. y Salaberria, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 85-99. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4088>
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D.M. y Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30, 269-276. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.001>
- Estupiñá, F. J. (2012). Hacia una práctica de la psicología clínica basada en la evidencia empírica. En F. J. Labrador y M. Crespo (Coors.). *Psicología basada en la evidencia* (pp. 47-59). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Álvarez, J., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Molinari, G., Gómez-Penedo J. M. y Youn, S. J. (2020). La brecha entre la investigación y la práctica clínica: hacia la integración de la psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 81-90. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2932>
- Fonagy, P. y Clark, D. (2015) Update on the Improving Access to Psychological Therapies programme in England. Commentary on: Children and young people's Improving Access to Psychological Therapies. *BJPsych Bulletin*, 39, 248-251. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052282>
- Froján, M. X. (2011). ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos? *Clínica y Salud*, 22 (3), 201-204. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a1>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Moreno, E., Venceslá, J. F., Sánchez-Raya, A. y Moriana, J. A. (2018). Psychological treatments for mental disorders in children and adolescents: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 21, 366-387. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0257-6>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Velasco, J. y Moriana, J. A. (2019). El conocimiento y el uso en la práctica clínica de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. *Clínica y Salud*, 30(3), 115-122. <https://doi.org/10.5093/cl2019a12>
- González-Blanch, C. y Corral-Fernández, L. (2017). ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 94-106. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2828>
- Gyani, A., Shafran, R., Rose, S. y Lee, M. (2015). A qualitative investigation of therapists' attitudes towards research: Horses for courses? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(4), 436-448. <https://doi.org/10.1017/S1352465813001069>
- Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L. M., Kissling, W., Forstl, H., Pitschel-Walz, G., ... Leucht, S. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of metaanalyses. *JAMA Psychiatry*, 71, 706-715. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.112/>
- Johnstone, L. y Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. y Read, J. (2018). *The power threat meaning framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society. Available from: www.bps.org.uk/PTM-Overview.
- 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. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>
- Kazdin, A. (2011). Evidence-based treatment research: Advances, limitations and next steps. *American Psychologist*, 66, 685-698. <https://doi.org/10.1037/a0024975>
- Kazdin, A. E. (2018). *Innovations in psychosocial interventions and their delivery*. New York: Oxford University Press.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... Wright, A.G.C. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>

- Lambert, M. J. y Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed., pp. 139 –193). New York: Wiley.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Psychological Science*, 2, 53-70. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x>
- Lilienfeld, S. O. (2010). Can psychology become a science? *Personality and Individual Differences*, 49, 281-288. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.024>
- McLeod, B. D., Southam-Gerow, M., Jensen-Doss, A., Hogue, A., Kendall, P. C. y Weisz, J. R. (2017). Benchmarking treatment adherence and therapist competence in individual cognitive-behavioral treatment for youth anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. doi: 10.1080/15374416.2017.1381914
- Michie S, Atkins L y West R. (2014) *The behaviour change wheel: A guide to designing interventions*. London: Silverback Publishing.
- Moriana, J. A., Gálvez-Lara, M. y Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review*, 54, 29-43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.008>
- Moriana, J. A. y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353>
- Morrow-Bradley, C. y Elliott, R. (1986). The utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist*, 41, 188-197. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.188>
- Mullings, B. (2017). *A literature review of the evidence for the effectiveness of experiential psychotherapies*. Melbourne: PACFA.
- Palpacuer, C., Gallet, L., Drapier, D., Reymann, J., Falissard, B. y Naudet, F. (2017). Specific and non-specific effects of psychotherapeutic interventions for depression: Results from a meta-analysis of 84 studies. *Journal of Psychiatric Research*, 87, 95-104. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.12.015>
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Primero, G. y Moriana, J. A. (2011). Tratamientos con apoyo empírico. Una aproximación a sus ventajas, limitaciones y propuestas de mejora. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(2), 189-207. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v14i2.2107>
- Ryan, K. M., Zimmer-Gembeck, M. J., Neumann, D. L. y Waters, A. M. (2019). The need for standards in the design of differential fear conditioning and extinction experiments in youth: A systematic review and recommendations for research on anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 112, 42-62. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.009>
- Safran, J. D., Abreu, I., Ogilvie, J. y DeMaria, A. (2011). Does psychotherapy research influence the clinical practice of researcher-clinicians? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(4), 357-371. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01267.x>
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R. y Barlow, D. H. (2017). Current definitions of “transdiagnostic” in treatment development: a search for consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128-138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 611-631. <https://doi.org/10.1002/jclp.20373>
- Steiner, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J. y Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174, 943-953. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057>
- Stewart, R. E. y Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *Journal of Clinical Psychology*, 63, 267-281. <https://doi.org/10.1002/jclp.20347>
- Stewart, R. E., Chambless, D. L. y Stirman, S. W. (2018). Decision making and the use of evidence-based practice: Is the three-legged stool balanced? *Practice Innovations*, 3(1), 56-67. <https://doi.org/10.1037/pri0000063>

- Stewart, R. E., Stirman, S.W. y Chambless, D. L. (2012). A qualitative investigation of practicing psychologists' attitudes toward research-informed practice: Implications for dissemination strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 100-109. <https://doi.org/10.1037/a0025694>
- Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P. y Brody, P. E. (2003). Are samples in randomized controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 963-972. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.963>
- Stobie, B., Taylor, T., Quigley, A., Ewing, S. y Salkovskis, P. M. (2007). "Contents May Vary": A pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 273-282. <https://doi.org/10.1017/S135246580700358X>
- Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B., ... Wilson, B. (2015). What clinicians want: Findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy*, 52(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/a0038252>
- Tolin, D. F. (2020). Advances in the identification of empirically supported psychological treatments. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 00:e12356. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12356>
- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D. y Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 22(4), 317-338. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12122>
- Van der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J., Doreleijers, T. A., Van Domburgh, L. y Vermeiren, R. (2017). Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems. A meta analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 532-545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119-127. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.018>
- Wampold, B. E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7, 21-43. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331853>
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.857>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Waters, A. M., LeBeau, R. T., Young, K. S., Dowell, T. L. y Ryan, K. M. (2020). Towards the enhancement of quality publication practices in clinical psychological science. *Behaviour Research and Therapy*, 124, 103499. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103499>
- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S. y Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (5), 688-701. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.5.688>
- Westen, D. y Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875-899. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.875>
- Westen, D., Novotny, C. M. y Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.631>
- Wood, A.M., White, I.R. y Thompson, S.G. (2004) Are missing outcome data adequately handled? A review of published randomized controlled trials in major medical journals. *Clinical Trials*, 1, 368-376. <https://doi.org/10.1191/1740774504cn032oa>