

# LA PSICOTERAPIA BASADA EN EVIDENCIA EN LA CLÍNICA ACTUAL

**Kerman, Bernardo**  
Universidad de Flores (UFLO)

**Scherb, Elena**  
Universidad de Flores (UFLO)

## Introducción

El objetivo del presente trabajo es desarrollar el concepto de Psicoterapia Basada en Evidencias desde sus orígenes hasta sus desarrollos actuales, y esbozar, a modo orientativo, algunos de los principales hallazgos, sin profundizar ni ampliar en los modelos teórico-técnicos en sí mismos.

Las Prácticas Basadas en Evidencias surgen originalmente en el campo de las Ciencias Médicas, a partir de la observación de graves errores en la aplicación de tratamientos para curar enfermedades. En la actualidad, constituye una manera de abordar los fenómenos con una metodología científica, no solamente en las Ciencias Médicas sino en múltiples disciplinas como la Psicología Clínica, la Educación, la Antropología, la Sociología. Esta perspectiva tiene como objetivo integrar los hallazgos de la investigación, aplicando las metodologías adecuadas, con la perspectiva del consultante o cliente, las condiciones contextuales intervinientes, y todos los factores que influyan en el proceso y realizar una evaluación continua de resultados. El fin último es proveer el mejor nivel de información disponible para facilitar la toma de decisiones sobre cómo intervenir clínicamente con

fundamento en la evidencia, que pueda estar a disposición de toda la comunidad y que sea pasible de revisión toda vez que sea necesario a partir de la evolución de los conocimientos y de los avances científicos y sociales.

### Antecedentes históricos

Previo al establecimiento de las prácticas basadas en evidencias, son muchos los errores cometidos en la aplicación de tratamientos. Dentro de lo vinculado a dolencias psíquicas, se citan algunos ejemplos con consecuencias deletéreas, como el caso de las prácticas del Doctor Henry Cotton, en la 1era mita del Siglo XIX, en lo que se dio en llamar el "Asilo de lunáticos de Trenton"; o la aplicación masiva de lobotomías de la mano del Premio Nobel Edgar Moniz, hasta más allá de la década del '70 del siglo pasado. En otros ejemplos más actuales, el tratamiento indiscriminado de reemplazo hormonal, "Hormonal Replacement Therapy", para mujeres con síntomas menopáusicos severos sin tener en cuenta el caso particular.

¿Qué es lo que tenían en común estas prácticas médicas? Básicamente, que se basaban en la observación directa, sin datos sistemáticos que respalden la evidencia, ni comprobación empírica de las hipótesis. La toma de decisiones se realizaba en base a procedimientos intuitivos y la posibilidad de generalizar se aplicaba a casos o grupos de casos y no a poblaciones, ya que no se empleaban métodos estadísticos de muestreo. El sonado caso de la teoría de la etiología de la salud mental basada en la sepsis de algunos órganos del Dr. Henry Cotton (1876 - 1933), quien procedía a la extracción quirúrgica de los dientes para "extirpar" la enfermedad mental subyacente, tuvo nefastas consecuencias. Cuando no obtenía los resultados deseados, continuaba extirpando otros órganos hasta provocar la muerte del paciente. Este constituyó un caso extremo de sesgo en el razonamiento de un médico, que llevó a que un 45% de sus consultantes falleciera como resultado de ellos. A diferencia de lo que serían hoy los requerimientos de contrastación en una práctica basada en evidencias, ante la observación del fracaso en la aplicación del tratamiento, en lugar de ponerlo en revisión o en duda, se aplicaba más de lo mismo.

En el segundo ejemplo, el de las lobotomías, era la década del '40 del Siglo XX, y todavía no existían tratamientos efectivos para los "enfermos mentales graves", y la lobotomía o leucotomía fue recibida como un tratamiento milagroso en los círculos médicos de aquel entonces. Fue en este contexto que el neurólogo portugués Egas Moniz (1874 - 1955) desarrolló la lobotomía, o leucotomía, en 1935. Su procedimiento consistía en perforar un par de agujeros en el cráneo y empujar un instrumento afilado en el tejido cerebral. Luego lo barría de un lado a otro para cortar las conexiones entre los lóbulos frontales y el resto del cerebro. Los médicos habían experimentado con la terapia de choque de insulina y la terapia electroconvulsiva con un éxito limitado y los asilos estaban llenos de consultantes que no tenían esperanza de curarse o de regresar a casa. En esa época, los lobotomistas eran a menudo reformadores progresistas, impulsados por el deseo de mejorar la vida de sus pacientes. Por lo general se practicaban en esquizofrenias, depresión grave o trastorno obsesivo compulsivo (TOC), pero también, en algunos casos, en personas con dificultades de aprendizaje o problemas para controlar la agresión. Solo en el Reino Unido se realizaron más de 20.000 lobotomías entre principios de la década de 1940 y finales de la de 1970. Si bien una minoría de personas experimentó una mejora en sus síntomas después de la lobotomía, la mayoría quedaron atontadas, incapaces de comunicarse, caminar o inclusive alimentarse por sí mismas. Recién en la década de 1950 aparecieron los fármacos, que inicialmente resultaron más eficaces y seguros. A diferencia de lo que sería hoy en una práctica basada en evidencias, incluir la perspectiva del consultante y el monitoreo constante de los resultados de los tratamientos, lo que se medía en aquella época, era el éxito desde una conceptualización simplista del cerebro, como un órgano donde se podían "meter o sacar cosas", sin considerar las complejidades del pensamiento y de la mente humana. El procedimiento se masificó y fue tal la popularidad de este tratamiento que figuras tales como Rosemary Kennedy, quien quedó con incontinencia y sin poder hablar con claridad después de una lobotomía a la edad de 23 años fue una de las pacientes. En USA, Freeman realizó 3500 lobotomías incluidos 19 niños, el más joven de solo 4 años. Cuando los médicos investigaron los resultados a largo plazo de sus consultantes, descubrieron que solo un tercio había experimentado alguna mejora, mientras que otro tercio estaba significativamente peor.

Ya para 1983, al promulgarse la Ley de Salud Mental, se aplican controles más estrictos y prácticamente no se realizan operaciones psicoquirúrgicas salvo muy raras excepciones. Pero fue a partir de la década del '90 cuando el afamado neurocirujano Henry Marsh (1950 - ) puso en evidencia los errores garrafales que se cometieron por el abuso de las lobotomías, que hoy son el último recurso para un grupo muy reducido de consultantes, excepcionales, en los cuales se hayan agotado absolutamente todas las opciones alternativas, y realizada sólo por un muy selecto y capacitado equipo de neurocirugía.

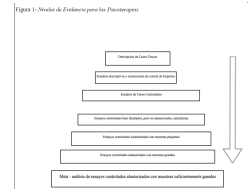


FIGURA 1

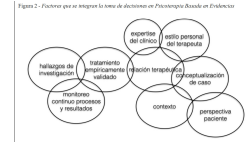


FIGURA 2

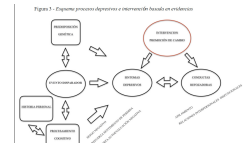


FIGURA 3

El ejemplo con los tratamientos de reemplazo hormonal para mujeres con síntomas menopáusicos (Hormone Replacement Therapy) es ya posterior a la era de la práctica basada en evidencias y demuestra justamente su importancia. El resultado de dos grandes estudios (Heart and Estrogen/progestin Replacement Study, HERS y el de Women's Health Initiative), indicó que la Terapia de Reemplazo Hormonal (HRT), no reducía el riesgo de eventos cardiovasculares ni producía tendencias favorables para prevenir fracturas, cáncer o muerte. Más aún, incrementaba significativamente tanto la incidencia de trombos venosos y el ratio de cirugía biliar. Asimismo, se demostró que dicha terapia no era la indicada para la prevención secundaria de enfermedad cardíaca. Estos estudios se realizaron en miles de mujeres, doble ciego, comparando grupos con enfermedad coronaria asignados aleatoriamente a un tratamiento con HRT y a placebo, con seguimiento a cuatro años. La investigación comparando con grupos control, aleatorizada y doble ciego, permite obtener resultados generalizables a grandes poblaciones (Grady et al., 1998).

Sin ir más lejos, en 2020 y 2021, gran parte de la población ha experimentado la ansiedad por conocer los resultados de los ensayos de eficacia de las vacunas contra el COVID - 19, de los medicamentos para combatir la enfermedad de una manera como nunca antes, y se ha visto forzada a comprender la importancia de los estudios de eficacia y efectividad de los tratamientos.

### **Advenimiento de las Prácticas Basadas en Evidencias en Ciencias Médicas**

La Prácticas Basada en Evidencias surge a partir de la necesidad de contrarrestar los errores en la aplicación de tratamientos para curar enfermedades físicas como los que ejemplificamos en los párrafos anteriores. Sustituye a la observación directa, sin datos sistemáticos que respalden la intervención, por la utilización de la metodología de la investigación y la estadística en una gran cantidad de consultantes, apoyándose en la evidencia y para la comprobación empírica de las hipótesis. Contribuye así en la toma de decisiones del clínico aportando datos objetivos en lugar de solamente basándose en la intuición, y aplicando metodología estadística para poder generalizar los resultados, a través de estudios aleatorizados ciego o doble ciego.

Se desarrolló en los años sesenta del siglo XX, cuando se empezó a aplicar el diseño de los ensayos clínicos al campo médico, de la mano de Archie Cochrane (1885 - 1958). El proclamaba por la liberación de los resultados de la investigación sobre la efectividad de los tratamientos, en el sentido de hacerlo accesible a toda la comunidad, justamente para prevenir los sesgos exagerados que provocaron tanto daño. El proclamaba por un registro internacional de las investigaciones randomizadas sobre efectividad de los tratamientos, que sólo vio la luz varias décadas después. Hoy el Cochrane Controlled Trials Register (<https://www.cochranelibrary.com/central/about-central>) representa todo un movimiento para mejorar las metodologías y la comunicación de los hallazgos científicos. El concepto de "basado en pruebas" lo expresó, como tal, por primera vez David Eddy en 1982 (Mandel, 2014). Después vendría el desarrollo explosivo de la medicina basada en pruebas, primero en un círculo restringido, en 1991, y después en todo el mundo, desde 1992, por influencia del canadiense Evidence-Based Medicine Working Group. En noviembre de 1992, el "Evidence-Based Medicine Working Group" (EBMWG) de la Universidad McMaster, en Ontario, Canadá, publicó en la revista JAMA, el artículo titulado: "Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine" (Guyatt et al., 1992). Se iniciaba la difusión de un nuevo enfoque para la práctica de la medicina. Este trabajo proponía un cambio en el modelo o paradigma del aprendizaje y el ejercicio de la medicina, y formulaba el ideario del movimiento. Las metodologías empleadas para determinar la mejor prueba científica fueron establecidas por el equipo de McMaster, conducido por David Sackett y Gordon Guyatt.

### **Definiciones de la Medicina Basada en Evidencias**

La medicina basada en evidencias es el uso informado con toma de consciencia explícita y jurídicamente establecida de la mejor evidencia de investigación en la toma de decisiones respecto del cuidado del consultante individual. Requiere la integración de la expertise del clínico con los mejores datos disponibles que provienen de la investigación científica. Con el tiempo, el concepto se expandió e incluye la consideración de las preferencias del consultante, sus comportamientos, su estado clínico general y las circunstancias.

En 1993, se funda la Colaboración Cochrane bajo el liderazgo del doctor Iain Chalmers, organización sin ánimo de lucro que a través del trabajo de miles de investigadores voluntarios de todas partes del mundo genera un proceso riguroso y sistemático de revisión de las intervenciones en salud para facilitar la toma de decisiones que enfrentan los profesionales de la salud, los consultantes, los responsables de la formulación de políticas de salud y otros interesados, de acuerdo con los principios de la medicina basada en la evidencia.

### **Investigación en Psicoterapia - la búsqueda de la eficacia**

Mientras tanto y paralelamente, se desarrolla la investigación en el campo de la Psicoterapia. Hoy esta es una práctica considerada científica y por ende sometida a los mismos requerimientos metodológicos que las demás, aunque, obviamente, con sus particularidades en tanto y en cuanto es una práctica conversacional, donde la subjetividad y la intersubjetividad son una parte esencial de su implementación.

¿Cómo se llegó a este estado de cosas, desde los inicios de la "cura por la palabra" a la práctica científica?

A los primeros enfoques psicoanalíticos y psicodinámicos, se sumaron las técnicas comportamentales que surgieron de la aplicación de los principios de la Psicología científica, las humanístico - existenciales, sistémicas y más recientemente, las de raigambre cognitiva, en constante evolución de la mano de las modernas neurociencias. Para mediados de la década del '60 del siglo XX, la cantidad de técnicas psicoterapéuticas reconocidas excedía las 300. Se generaron los movimientos de Integración de la Psicoterapia, representados en la Sociedad para la Integración de la Psicoterapia (SEPI) y de investigación en Psicoterapia, en todos los institutos universitarios en Psicología Clínica y Salud Mental. La SPR (Society for Psychotherapy Research), se constituyó en asociación internacional donde se presentan anualmente los últimos avances de la investigación en Psicoterapia.

Fue en 1980, a partir del desarrollo de métodos científicos más sofisticados en Ciencias Sociales cuando finalmente la hipótesis de la remisión espontánea formulada por Eysenck queda definitivamente refutada, a partir de un famoso meta - análisis realizado sobre miles de publicaciones que daban cuenta de los beneficios del tratamiento psicológico (Smith, Glass & Miller, 1977). Desde ese momento en adelante se desarrolló exponencialmente la investigación sobre la eficacia y la efectividad de los tratamientos psicológicos en una gran cantidad de problemas y trastornos psicopatológicos. Estas investigaciones llevaron a la confección de las primeras listas de tratamientos validados (Chambless et al., 1998). Los Tratamientos Empíricamente Validados son aquellos que han estado sometidos a

estudios de eficacia aleatorizados, con grupo control ciego y doble ciego. Para poder realizarlos, es necesario definir lo más detalladamente posible el tipo de trastorno que va a ser tratado, el tipo de tratamiento que va a ser utilizado, las medidas de evaluación pre - post y otros detalles de metodología de la investigación que están descritos en los requerimientos para validar un determinado tratamiento. Los manuales de clasificación de la psicopatología, actualmente DSM-5 o CIE 11, son los que se utilizan para identificar diagnósticos psicopatológicos y los manuales de tratamientos se confeccionan para operacionalizar las intervenciones que van a ser evaluadas, los cuestionarios estandarizados y otras medidas ad - hoc permiten utilizar puntajes que luego se procesan con medidas estadísticas. De esta forma, se obtienen resultados en varios miles de consultantes con distintos tipos de diagnósticos y tratamientos. Las Listas de Tratamientos Validados para los diagnósticos específicos se publican periódicamente y son de libre acceso a la comunidad científica. Las patologías más estudiadas son los distintos tipos de Trastornos de Ansiedad y del Estado de Ánimo, y la mayoría de los tratamientos validados están dentro del espectro de las Terapias Cognitivas, Conductuales y Cognitivo - conductuales. Esto ha permitido que en los últimos 30 años pudiéramos contar con una gran cantidad de tratamientos con probada eficacia, es decir, que demuestran buenos resultados ante la sintomatología presentada, en grandes poblaciones. El desarrollo de la investigación de eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos ha llevado en la era de la Psicoterapia Basada en Evidencias a la confección de Guías de Tratamientos que se publican periódicamente en distintos países, a las que los clínicos pueden consultar libremente . La Base Cochrane incluye también publicaciones sobre tratamientos validados para problemas psicopatológicos.

La psicoterapia así alcanza su status científico, con las consideraciones especiales que puedan tenerse en cuenta dado que estamos tratando con un fenómeno psico - social y no un fenómeno físico. La definición en 1940 de la Organización Mundial de la Salud ya orienta a entender la salud no solamente en lo físico. Exactamente dice: "la salud es un estado de bienestar completo, físico, mental y social, no es solamente la ausencia de enfermedad". Se deduce, por lo tanto, que está establecido el hecho de que existen estados no saludables mentales y sociales, que están conectados con lo físico y por ende queda justificada la utilización de medios no físicos, sino psicológicos y sociales para su atención.

La preocupación por demostrar la efectividad y la eficacia de la psicoterapia constituyó una primera fase en el camino de la investigación en psicoterapia. En la siguiente fase, se pasó a comparar distintos tipos de tratamientos y contrastar la supremacía de unos sobre otros, en estudios multicéntricos, con varios miles de pacientes y métodos estadísticos sofisticados en patologías específicas. Esta segunda etapa dio como resultado la conclusión de que si bien no hay diferencias significativas entre los distintos tipos de psicoterapia en forma genérica, sí hay supremacía de las terapias de corte cognitivo para algunas patologías muy específicas y beneficios en cuanto a la prevención de recaídas. En la tercera fase, en la que nos encontramos actualmente, lo que se busca son patrones comunes, mediadores y principios de intervención efectivos, más allá de los modelos teóricos.

El movimiento de Prácticas Basadas en Evidencias también impactó en la Psicoterapia. Pero en este caso no alcanza con identificar un tratamiento adecuado para cada patología, sino que es necesario considerar la integración de la relación terapéutica, la experiencia del clínico, la evaluación continua del proceso de tratamiento, la perspectiva del paciente, los recursos terapéuticos disponibles y el contexto social, para la toma de decisiones en la clínica. Todo esto ha sido suficientemente demostrado en numerosas investigaciones.

## Psicoterapia Basada en Evidencias

Para poder comprender qué es la Psicoterapia Basada en Evidencias, antes debemos contextualizarla como una prestación dentro del ámbito de la Salud Mental, destinada a proveer un tratamiento efectivo, es decir, que tenga resultados que puedan vincularse a una cura de una enfermedad.

En 2012, la Asociación Norteamericana de Psicología emitió una Declaración por la cual quedo validado por el Instituto de Salud Mental de Estados Unidos que la Psicoterapia es el tratamiento efectivo reconocido para la asistencia de problemáticas en Salud Mental (American Psychological Association, 2012) . La definición de Psicoterapia que se utilizó en la Declaración fue la siguiente:

"La Psicoterapia es la aplicación informada e intencional de métodos clínicos y de posturas interpersonales derivadas de principios psicológicos establecidos con el objetivo de asistir a las personas a modificar sus comportamientos, cogniciones, emociones y/u otras características personales en la dirección que los participantes consideren deseable (Norcross, 1990, p. 218-220 )." Para el caso de la Psicoterapia Basada en Evidencias (PBE), la definición se completa del siguiente modo: es " la integración de la mejor investigación disponible posible; más la experiencia clínica; la relación terapéutica, la conceptualización del caso, dentro del contexto de las características del consultante , las preferencias culturales; de valores y de tratamientos disponibles.

### **Factores específicos e inespecíficos - Integración en Psicoterapia**

Como abordar científicamente la complejidad que implica la perspectiva basada en evidencias, si no se remite solamente a la aplicación de técnicas efectivas sobre trastornos específicos? Para facilitar el su estudio, la investigación en psicoterapia distingue factores específicos y factores no específicos. Los primeros, están vinculados a las técnicas, mientras que los segundos, a la relación terapéutica y otros procesos no relacionados a las técnicas pero que influyen en los procesos y resultados. Ambos se estudian con metodologías que permitan acceder a niveles de objetividad y generalizabilidad aceptables. Dentro del movimiento de Psicoterapia Basada en Evidencias, uno de sus principales impulsores, John Norcross (1957 - ) publicó una guía de tratamientos que funcionan, desde el punto de vista de cómo construir y mantener la relación terapéutica (Norcross, 2002) . En una reciente investigación donde se realizó un seguimiento a miles de consultantes, que realizaron terapias cognitivas, interpersonales e incluso farmacológicas, se les preguntó "¿ qué es lo que marcó la diferencia antes y después del tratamiento y los ayudó a cambiar? " La respuesta fue, mayoritariamente, " la relación terapéutica ". Recientemente, a partir de la publicación de la 2da Edición del libro " Psychotherapy Relationships that Work", la Relación Terapéutica fue reconocida por el Instituto Nacional de Salud Mental de USA como psicoterapia basada en evidencias. Esto último representa un paso fundamental en la comprensión no solamente de la psicoterapia como tratamiento validado en el campo de la Salud Mental, sino en su supuesto respecto de la naturaleza social del ser humano. La Psicoterapia como fenómeno psicosocial finalmente reconocida como intervención en Salud (Norcross, op. cit.).

### **¿Qué es evidencia en psicoterapia?**

¿Es posible implementar estudios aleatorizados controlados ciego y doble ciego para probar la eficacia y efectividad de las Psicoterapias, al igual que los que se utilizan para probar la eficacia y efectividad de medicamentos o intervenciones quirúrgicas? ¿Cómo se identifican las patologías, los tratamientos, y cómo se controlan las variables intervinientes? Aquí es donde los tratamientos psicológicos, una vez más, presentan sus características particulares ya que, desde luego, los fenómenos del padecimiento humano, de las relaciones interpersonales, de los principios psicológicos, no se ajustan a las leyes de las ciencias exactas. ¿Cómo aplicar entonces los principios de las prácticas basadas en evidencias en Psicoterapia? Al respecto, se establecieron niveles jerárquicos de evidencias, desde la menos sólida hasta la más robusta, con metodologías cuantitativas y cualitativas que permitan un registro más complejo de la experiencia, según se grafica en la siguiente Figura 1. [{ver figura 1}](#).

Si bien los ensayos controlados aleatorizados (ECA) aportan la evidencia más sólida de la eficacia o efectividad de un tratamiento, esta metodología sólo es aplicable para los trastornos bien delimitados y en condiciones controladas. Los casos clínicos, inclusive en el nivel descriptivo, representan también cierto nivel de evidencia, particularmente para las problemáticas que implican co-morbilidad y complejidad, donde no es posible identificar un problema específico. Los Estudios de Caso controlados y los ensayos en contextos naturalísticos no aleatorizados serían el nivel óptimo de evidencia que se puede alcanzar para este tipo de pacientes. El control de la variabilidad se ejerce a través de distintas medidas de evaluación, ya sea estandarizadas o no estandarizadas, o ad - hoc, incluso utilizando metodologías cualitativas, con constructos debidamente operacionalizados, y se hace un seguimiento de los puntajes. La aleatorización, es decir, asignar un tratamiento a un grupo y a otro no en forma aleatoria, y la utilización del grupo control o placebo, se utilizan mayormente en problemas psicopatológicos muy bien definidos, no complejos o sin comorbilidades.

### **La relación terapéutica**

La relación terapéutica constituye una variable interviniente en el proceso y resultado de los tratamientos psicológicos y participa de una manera continua ya sea que terapeuta y paciente tomen conciencia de ello o no, en la toma de decisiones en la clínica. Inicialmente señalada dentro del Psicoanálisis como el proceso de transferencia, hoy a la luz de la evolución de los tratamientos psicológicos hablamos de Alianza Terapéutica (Corbella, 2003). A diferencia del concepto de transferencia en el psicoanálisis, la alianza terapéutica es un tipo de vínculo entre terapeuta y consultante que tiene tres componentes esenciales a saber: una relación empática, un acuerdo entre consultante y terapeuta respecto a los objetivos de la psicoterapia y un acuerdo entre consultante y terapeuta acerca de las tareas propias de la psicoterapia que se esté llevando a cabo.

La incidencia de lo vinculado a la relación terapéutica para el proceso y resultado de los tratamientos ha sido ampliamente estudiada por distintos autores dentro del marco de la investigación de efectividad de los tratamientos psicológicos. Todas las investigaciones coinciden en el rol central de la Alianza Terapéutica dada la naturaleza conversacional y dialéctica de la psicoterapia. Para poder estudiar científicamente este proceso, se mide su variabilidad con instrumentos contruidos para ello. El más utilizado es el Working Alliance Inventory, por Adam Horvath, en su versión adaptada al español por la Universidad de Murcia (Andrade González, 2015).

Una gran cantidad de investigaciones concluyen que las primeras sesiones en el tratamiento son las más relevantes para la construcción de una buena Alianza Terapéutica. Pero en el tratamiento de consultantes con patologías más complejas y severas, la Alianza Terapéutica no tiene un comportamiento lineal, sino que se desarrolla a través de "rupturas y reparaciones" (Safran & Muran, 2000). Dado que las investigaciones han demostrado que la calidad de la relación terapéutica es el predictor más robusto de éxito en el tratamiento, se postula un marco sistemático para negociar las posibles tensiones o rupturas que se van a producir necesariamente en el proceso de la terapia, y cómo transformarlas en hitos en el tratamiento o reparaciones. Precisamente es la experiencia clínica del terapeuta lo que facilita esta transformación, en particular en consultantes con características complejas. Las rupturas en la alianza terapéutica pueden presentarse en diversos formatos, desde el componente empático de la relación, o el desacuerdo entre objetivos o tareas del tratamiento. Por ejemplo, un consultante con un diagnóstico vinculado a Trastornos de la Personalidad, con dificultades a nivel de los patrones de relación disfuncional, en algún momento del proceso terapéutico va a actualizar esos patrones en el marco de la relación con el terapeuta. En ese momento, el terapeuta tiene que poder identificar ese comportamiento y encontrar la forma de devolverle al consultante una respuesta esclarecedora. Para poder identificar estos momentos claves en el tratamiento, es necesario poder comprender el nivel de la meta-comunicación, y tener una conceptualización de caso que pueda guiar al terapeuta para ayudar a que el consultante tome conciencia de estos patrones disfuncionales. El manejo de las vicisitudes de la alianza terapéutica en un determinado proceso con un consultante está relacionado a la comprensión que el terapeuta tenga de lo que le pasa a ese paciente, o sea, la conceptualización de caso. La importancia de la relación terapéutica es tal que algunos autores le atribuyen un 40% de peso en relación con otros factores en su incidencia para el éxito de los tratamientos (Lambert & Archer, 2006). La conceptualización de caso es otro ingrediente fundamental para la toma de decisiones clínicas en Psicoterapia Basada en Evidencias.

### **Conceptualización de Caso**

Para poder tomar decisiones que tengan un impacto beneficioso para el proceso de cambio del paciente en la clínica, es necesario comprender qué le pasa a esa persona, además de identificar sus síntomas o el trastorno específico tal como lo define la categoría diagnóstica. Conocer cuáles son los tratamientos validados con ECA para trastornos específicos es el primer paso para la implementación de intervenciones psicológicas efectivas pero no es suficiente ni siempre son aplicables para todos los pacientes. En psicoterapia no hay una talla que les venga bien a todos (Wampold & Imel, 2015). La desventaja de los estudios controlados aleatorizados (ECA) es la dificultad de su implementación en casos donde la psicopatología es muy severa, o se presenta con co-morbilidades o cronicidad. El problema es la alta frecuencia e incidencia de este tipo de pacientes en contextos naturalísticos (Scherb, 2014). En los últimos años se ha flexibilizado la metodología de investigación para poder realizar estudios de efectividad también con este tipo de consultantes. Un ejemplo de ellos es el Tratamiento Dialéctico Conductual de Marsha Linehan (Dialectical Behavioral Treatment) para el Trastorno de Personalidad Límite (Linehan & Wilks, 2015), que es el que cuenta con evidencia empírica más sólida para el tratamiento efectivo de pacientes con esta patología y con riesgo de suicidio. En esta investigación, se realizaron una serie de ECA que demostraron la eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual para pacientes borderline, y este tratamiento fue incluido en Guías de Tratamientos basados en evidencias para estos casos (Society of Clinical Psychology, 2014).

La conceptualización del caso es el proceso por el cual se desarrolla una hipótesis acerca de las causas, los precipitantes y los factores de mantenimiento de los problemas psicológicos de una persona, así como los posibles planes de tratamiento para ello (Eells, 2015). Esta metodología permite abordar las complejidades más allá de las

categorías diagnósticas que orientan al clínico, más allá del modelo diagnóstico x tratamiento, para el diseño del tratamiento. Las clasificaciones diagnósticas categoriales, que definen en términos de síntomas o grupos de síntomas el diagnóstico en un sujeto, no son suficientemente elocuentes para guiar al clínico en cuanto a la toma de decisiones respecto de las intervenciones clínicas. Sobre la base de la formulación del caso, el terapeuta elabora hipótesis que le permiten diseñar un tratamiento, siguiendo un proceso en fases o etapas, en el que irá comprobando su efectividad en el sentido del cambio que buscan las partes, a medida que avanza el tratamiento. Es necesario tener una perspectiva multimodal desde donde comprender la experiencia humana, que abarque lo socio - histórico cultural, familiar, sistemas de creencias y otras dimensiones que afectan directamente la subjetividad (Kerman, 2015). La investigación en este aspecto ha demostrado que se pueden obtener grados aceptables de confiabilidad en las conceptualizaciones de caso, estudiando cómo distintos terapeutas formulan hipótesis respecto de un mismo paciente, aunque aún faltan desarrollos de investigación respecto de si la conceptualización de caso aporta una diferencial en cuanto a los resultados de los tratamientos, si la misma está presente o no lo está. No obstante, está comprobado que sin la conceptualización del caso, no se puede hacer un diseño de tratamiento y por tal motivo es una parte importante de la psicoterapia basada en evidencias. La perspectiva del paciente y el contexto son también factores que deben ser integrados para la toma de decisiones en la clínica.

### **Toma de decisiones clínicas en PBE**

En resumen, para la toma de decisiones clínicas en PBE, se deben integrar los últimos hallazgos de investigación sobre efectividad de tratamientos en una determinada condición psicopatológica, donde este aspecto implica no solamente estar informado acerca de los tratamientos validados para cada patología, sino los hallazgos de investigación sobre la pronósticos, evolución, nuevas conceptualizaciones y tratamientos para determinados tipos de padecimiento. Otro aspecto a integrar, la relación terapéutica y sus vicisitudes, incluye también la expertise del terapeuta y su estilo personal, donde las características de la personalidad, la vida personal y las preferencias del terapeuta influyen (Fernández Alvarez et al., 2003). En cuanto a la integración de la conceptualización del caso, implica una formulación donde se proyecte un diseño de tratamiento y también la consideración de la perspectiva del paciente y su contexto. Finalmente, integrar el monitoreo continuo del proceso, en distintos niveles o dimensiones. Este puede ser a través de test - retest focalizando en la variabilidad de la sintomatología, con distintas medidas estandarizadas que miden síntomas o categorías diagnósticas. En términos generales, existe una gran cantidad de medidas para evaluar depresión, ansiedad, estado de salud general, personalidad, o más específicamente TOC, TAG, Bipolaridad, trastornos neurocognitivos o situaciones jurídicas u otros trastornos. La importancia de evaluar la sintomatología reside no solamente en identificar un trastorno específico sino, aún mas importante, en evaluar el nivel de severidad y eventual riesgo ya que este dato es demasiado relevante a la hora de tomar la decisión clínica adecuada. Se evalúa también el feedback del paciente, como el OQ 30 de Michael Lambert (Errázuriz, 2017), el estado general del paciente como resultado del proceso terapéutico, como con el RS (Wyss et al., 2015) o con medidas ad - hoc entre sesiones o en una misma sesión, con metodologías cuantitativas y cualitativas o incluso utilizando instrumentos que midan respuestas biofisiológicas o en la función cerebral, o la utilización de tecnologías Big Data u otras. Idealmente se recomienda combinar medidas en distintos niveles o dimensiones. El sistema de evaluación o monitoreo va a estar vinculado al diseño terapéutico y dependerá del punto de partida de la cosmovisión del clínico. Actualmente la clasificación de la psicopatología está siendo revisada en su carácter ontológico mismo, si debe ser categorial o dimensional o una integración de ambas, lo que va a determinar el modo de evaluar que tenga el clínico y el impacto de esa evaluación en los resultados. Cualquiera sea su formato es un ingrediente fundamental ya que aporta una perspectiva externa para combatir los sesgos, las evaluaciones intuitivas o los autoengaños en los que los clínicos suelen caer a la hora de hacer una apreciación sobre los resultados de sus tratamientos. La investigación ha comprobado que el monitoreo mejora significativamente la precisión de las predicciones del clínico. Justamente en este punto es donde reside uno de los principales objetivos del movimiento de las prácticas basadas en evidencias, o sea, ofrecer una alternativa que permita contrastar los resultados y reducir daños con intervenciones que pueda tener efectos neutros o incluso negativos. Desde esta perspectiva, la voz del paciente también tiene un rol, en tanto y en cuanto la investigación ha demostrado que las motivaciones y expectativas en todos los participantes tienen un peso relativo como determinantes del buen resultado.

En la Figura 2 se exhibe un esquema donde se visualiza la integración de todos estos aspectos para poder llegar a una toma de decisiones clínicas basadas en evidencias. [{ver figura 2}](#).

### **PBE -Tendencias Actuales**

Se ha afirmado que las clasificaciones en el campo de la psicopatología, es decir, la taxonomía que utilizamos para describir las formas del padecimiento humano están siendo revisadas a la luz de nuevos insights que surgen de los mismos resultados de su aplicación. Por un lado, es difícil sostener las categorías diferenciadas dado el grado de comorbilidad observado entre los grupos de síntomas que se encuentra en la clínica real, y por otro lado, existe una desconexión entre la clasificación diagnóstica y las indicaciones para tratamiento (Mansell et al., 2008). El paradigma diagnóstico x tratamiento, en lo referido al padecimiento psicológico, que implica una enfermedad subyacente de carácter biológico o a lo sumo alojada en el cerebro no ha sido demostrado (Hoffman & Hayes, 2019), con lo cual el paradigma diagnóstico x tratamiento pierde fuerza en tanto y en cuanto no puedan hallarse marcadores claros para su identificación. La propuesta para la evolución de las intervenciones psicológicas basadas en evidencias es focalizarse no solo en el diagnóstico, sino en la persona, y en los procesos básicos subyacentes que están en el origen y mantenimiento de su malestar, lo cual promete un enfoque más orientado a ayudar concretamente al paciente. Estos procesos básicos son resultado de hallazgos de investigación a lo largo de muchos años. El caso de los procesos atencionales y otros procesos cognitivo-conductuales, y particularidades en el procesamiento emocional y las relaciones interpersonales, han sido señalados como factores subyacentes en todos los trastornos (Mansell, op. cit.) Un ejemplo visto desde esta perspectiva sería el caso de la Depresión, donde, en lugar de buscar un diagnóstico en el DSM - 5, una batería de fármacos o distintas terapias de apoyo, uno podría centrarse en cómo ayudar al paciente a mejorar su estado de ánimo, reducir el aislamiento, promover relaciones interpersonales significativas y con intimidad, en esta persona en la que se han intensificado los patrones de evitación a partir de, por ejemplo, una ruptura amorosa. En esta forma, se focalizan los procesos básicos que subyacen al malestar a la misma vez que las indicaciones para solucionarlo. Se ha avanzado muchísimo en la Ciencia Psicológica como para conocer los procesos básicos subyacentes y los mecanismos que llevan al cambio conductual. La perspectiva transteórica y transdiagnóstica promete ser una plataforma para las nuevas conceptualizaciones basadas en evidencias. Los cambios de paradigma se producen naturalmente como respuesta a las limitaciones del anterior. Actualmente nos encontramos en un momento de transición entre el modelo diagnóstico x tratamiento y el futuro que apunta a la identificación de procesos básicos y procesos de cambio, que incluya no solamente la descripción del malestar, sino los causantes, reforzadores y los factores de mantenimiento, y posibles intervenciones para el cambio, como se ejemplifica en la Figura 3. [{ver figura 3}](#).

Por el momento, los sistemas de clasificación DSM-5 e ICD 11 siguen siendo los que se utilizan en investigación y comunicación académico-científica, pero es necesario conocer su alcance. Uno de los aspectos más importantes para los que se utiliza la clasificación DSM - 5 y la ICD 11 es la identificación del nivel de severidad del trastorno, que tiene consecuencias para la toma de decisiones clínicas y también para la identificación de riesgo. En este aspecto es fundamental tener una clara diferenciación para incluir o no incluir terapia farmacológica o internación psiquiátrica, o combinar con la intervención que sea necesaria en cada caso particular.

## Intervenciones psicológicas validadas

Las Guías de tratamiento con intervenciones psicológicas o modelos terapéuticos validados para trastornos no severos se publican periódicamente y son de libre acceso. En algunas figuran los niveles de fortaleza estadística, según el rigor de la metodología aplicada, si es aleatorizada o no, y la cantidad de sujetos incluidos en la investigación. Igualmente, esto es sólo una parte de la práctica psicoterapéutica basada en evidencias y, como está descrito más arriba, no pretende ser una "receta" que se puede aplicar a todos por igual. A continuación se sugieren algunas de las más consultadas

- Evidence Based Psychological Interventions for Mental Disorders - Australian Psychological Society, <https://psychology.org.au/getmedia/23c6a11b-2600-4e19-9a1d-6ff9c2f26fae/evidence-based-psych-interventions.pdf>

- Sociedad Española de Psicología Clínica, <https://webs.ucm.es/info/psclinic/guiarefrat/index.php>

- Division 12 American Psychological Association, <https://div12.org/psychological-treatments/>

- Guía NICE, <https://www.nice.org.uk/>

### *Intervenciones psicológicas probablemente efectivas para Trastornos severos*

Las siguientes intervenciones psicológicas para pacientes con trastornos severos, a partir de estudios donde se ha observado su efectividad para el tratamiento de trastornos específicos, han sido incluidas en Protocolos de investigación para estudios randomizados a fin de comprobar su efectividad (Trials), y ser incluidas a futuro en las Guías de Tratamiento.

1. Para trastornos bipolares, el modelo TEAMS (Think Effectively About Mood Swings), es un abordaje de base cognitivo-conductual que está orientado al tratamiento de los síntomas que se manifiestan, incluidos hipomanía subclínica, depresión y ansiedad, y promueve la mejoría a largo plazo y prevención de recaídas, desde una perspectiva transteórica (Mansell et. al, 2014).

2. Para distintos tipos de trastornos, incluidos ansiedad y depresión resistentes, el Unified Protocol (U.P.) es un abordaje de base cognitivo-conductual, orientado a ayudar a los pacientes a aprender formas alternativas de responder a sus sensaciones emocionales que generan malestar, utilizando distintas técnicas como mindfulness y otras, con el objetivo de reducir los síntomas y prevención de recaídas, desde una perspectiva transdiagnóstica (Barlow et. al., 2018).

3. Para Trastornos de la Personalidad, el modelo de Livesley (Livesley, 2012) propone un abordaje integrativo que se organiza alrededor de principios de cambio comunes a todas las terapias efectivas, más ingredientes específicos que surgen de intervenciones puntuales según el caso

particular. El tratamiento se diseña por fases que se desarrollan a medida que se van resolviendo los síntomas, de una manera sistémica y según su estabilidad y potencial para el cambio. Se propone también una conceptualización del trastorno de personalidad desde una perspectiva que es transdiagnóstica.

4. El modelo de STS (Systematic Treatment Selection), es un modelo creado sobre la base del ajuste entre paciente, terapeuta, tipos de intervención y relación terapéutica y cómo interactúan entre sí en beneficio del paciente. Fue creado por Larry Beutler (Beutler et. al.), en un intento de acortar la brecha entre la investigación y la práctica clínica. Esto se logra a partir de traducir los resultados de los últimos hallazgos de la investigación a una lista de principios de funcionamiento en la práctica, y que tienen cualidades terapéuticas comunes. Es una perspectiva ecléctica y transteórica y se aplica en pacientes con diferentes tipos de trastornos y grados de severidad.

## Conclusiones

Ante todo se debe celebrar el advenimiento de las prácticas basadas en evidencias por varias razones, se enumeran 7 de las más relevantes:

1. Entre sus bondades, ha conseguido que los profesionales, y muy particularmente los de la salud, tengan la posibilidad de flexibilizar sus creencias a la luz de nuevos hallazgos, lo cual alimenta una bienvenida y fortalecida humildad en el ejercicio de la clínica.

2. Pone en valor la actividad científica, que no es otra que el avance sistemático del conocimiento, falsable ante la evidencia de la hipótesis nula, y receptor de los cambios tecnológicos y la evolución, en contraste con la pseudocientífica. Esto tiene consecuencias no sólo a nivel académico sino del ejercicio mismo de la profesión y de la responsabilidad social y ética que implica. La profesión está regulada por códigos de ética, que velan por el cumplimiento de los principios, entre ellos, el de brindar el mejor y más actualizado tratamiento disponible en cada patología.

3. En temas de salud mental, si bien se ha avanzado a pasos agigantados comparando con los asilos del siglo ante pasado y la estigmatización social del padecimiento psíquico, hay un gran camino por delante que promete una mayor comprensión de lo que le pasa a la persona y de qué manera ayudarla, comprendiendo los procesos básicos subyacentes y las intervenciones efectivas.

4. Siendo que la Psicoterapia es una práctica clínica científica dentro del ámbito de la Salud, tiene que estar comprometida con sus resultados, hacerlos públicos, entendibles a la comunidad científica y accesibles. Se puede discutir la predominancia de una técnica o un enfoque sobre otro, pero el compromiso con los resultados no es discutible. Y ya no tiene vuelta atrás.

5. Queda demostrado que en el caso de las PBE, no es la aplicación de un tratamiento para un diagnóstico al igual que una receta, ni en el sentido médico ni en ningún otro sentido, sino que implica la integración de múltiples dimensiones, además del tratamiento validado, para la toma de decisiones en la clínica. Hay nuevos estudios que se realizan para validar la experiencia de los pacientes (Breilmann et. al., 2020) justamente como factor participante en los resultados en PBE.

6. Se debería incrementar la accesibilidad a tratamientos efectivos allí donde es más necesario, difundiendo en ámbitos tanto en la población en general como en poblaciones específicas. Varios grupos de investigación trabajan actualmente para la implementación de las EBP en ámbitos hospitalarios o de prestación de servicios masivos (Clark, 2018). En este aspecto obviamente es necesario diferenciar condiciones socio-políticas determinantes, como el caso, por ejemplo, de la región de Latinoamérica (Trujillo & Paz, 2020).

7. La capacitación de terapeutas debería incorporar gradualmente la perspectiva basada en evidencias y la perspectiva transteórica y transdiagnóstica en su currícula de estudio, para beneficio de pacientes, terapeutas y la sociedad en general. Existen al respecto nuevas alternativas de formación continua en todo el mundo (Scherb, 2022).

## Referencias

- American Psychological Association (2012). Recognition of Psychotherapy Effectiveness. Recuperado en: <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy>
- Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2015). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory (WAI): psychometric properties of the patient and therapist forms (WAI-P and WAI-T). *Anales de Psicología*, 31(2), 524-533. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.177961>
- Barlow, D., Farchione, T. (Eds.). (2018). *Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*, Oxford Press.
- Beutler, L. E., Consoli, A. J., & Lane, G. (2005). Systematic Treatment Selection and Prescriptive Psychotherapy. En J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 121–143). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.003.0006>
- Breilmann, J., Kilian, R., Riedel-Heller, S. G., Gühne, U., Hasan, A., Falkai, P., & Kösters, M. (2020). Implementation of the patient version of the evidence-based (S3) guideline for psychosocial interventions for patients with severe mental illness (IMPETUS): Study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*, 21(1), 1-10.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., ... Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3 – 16.
- Clark, D. M. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual review of clinical psychology*, 14, 159-183. [10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833)
- Cochrane Controlled Register of Trials (CENTRAL).Cochrane Library. [online]. Recuperado de: Corbella, S., y Botella, L. (2003): La Alianza Terapéutica, historia, investigación y evaluación, *Anales de psicología*, 2003, vol. 19, (2), 205-221.
- Eells, T (Ed.). (2022): *Handbook of Psychotherapy Case Formulation (3° Edition)*. Guilford Press
- Errázuriz, P., Opazo, S., Behn, A., Silva, O., & Gloger, S. (2017). Spanish Adaptation and Validation of the Outcome Questionnaire OQ-30.2. *Frontiers in psychology*, 8, 673. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00673>
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. & Corbella Santomá, S. (2003), Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clin. Psychol. Psychother.*, 10: 116-125. <https://doi.org/10.1002/cpp.358>
- Grady, D., Applegate, W., Bush, T., Furberg, C., Riggs, B., & Hulley, S. B. (1998). Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS): design, methods, and baseline characteristics. *Controlled clinical trials*, 19(4), 314–335. Doi: [10.1016/s0197-2456\(98\)00010-5](https://doi.org/10.1016/s0197-2456(98)00010-5)
- Guyatt, G, Cairns, J, Churchill, D, Cook, D, Haynes, B, Tugwell, P. (1992). Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA*, 268(17):2420-2425. doi:10.1001/jama.1992.03490170092032
- Hoffman, S. & Hayes, S. (2019): The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy, *Clinical Psychological Science*, Volume: 7 issue: 1, page(s): 37-50, Doi [10.1177/2167702618772296](https://doi.org/10.1177/2167702618772296)
- Kerman, B. (comp.) (2015). *Nuevas Ciencias de la Conducta. Las herramientas del Cambio*. Buenos Aires: Ed. Universidad de Flores.
- Lambert, M., & Archer, A. (2006). Research Findings on the Effects of Psychotherapy and their Implications for Practice. En C. D. Goodheart, A. E. Kazdin, & R. J. Sternberg (Eds.), *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet* (pp. 111–130). American Psychological Association. Doi: [10.1037/11423-005](https://doi.org/10.1037/11423-005)
- Linehan, M., Wilks, Ch. (2015) The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97-110
- Livesley, J. (2012): Integrated Treatment: A Conceptual Framework for an Evidence-Based Approach to the Treatment of Personality Disorder, *Journal of Personality Disorders*, 26(1), 17-42
- Mandel, D. R. (2014). The psychology of Bayesian reasoning. *Frontiers in psychology*, 5, 1144. Doi: [10.3389/fpsyg.2014.01144](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01144)
- Mansell, W., Tai, S., Clark, A., Akgonul, S., Dunn, G., Davies, L., Law, H., Morriss, R., Tinning, N., & Morrison, A. P. (2014). A novel cognitive behaviour therapy for bipolar disorders (Think Effectively About Mood Swings or TEAMS): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15, 405. Doi: [10.1186/1745-6215-15-405](https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-405)
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., Shafran, R. (2008): Cognitive Behavioral Processes Across Psychological Disorders: A Review of the Utility and Validity of the Transdiagnostic Approach *International Journal of Cognitive*

*Therapy*, 1(3), 181-191

Norcross, J. C. (1990). An Eclectic Definition of Psychotherapy. En J. K. Zeig, & W. M. Munion (Eds.), *What Is Psychotherapy? Contemporary Perspectives* (pp. 218-220). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Norcross, J. (2002): *Psychotherapy Relationships that Work*, Oxford University Press

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.

Scherb, E. (2014). The case of 'Sonia': Psychotherapy with a complex, difficult patient grounded in the integrated psychotherapy model. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 10(1), 1–29. Doi: 10.14713/pcsp.v10i1.1844

Scherb, E. (2022): "Revisión sistemática sobre Psicoterapias Efectivas y/o tratamientos combinados con pacientes con severidad y co-morbilidad, *Revista Psicología UNEMI*, (en prensa).

Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752–760. Doi: 10.1037/0003-066X.32.9.752

Society of Clinical Psychology, Division 12 of the American Psychological Association (2014). Treatments | Society of Clinical Psychology. [online] Recuperado de: Trujillo, A., & Paz, C. (2020). Evidencia basada en la práctica en psicoterapia: el reto en Latinoamérica. *Rev. CES Psico*, 13(3), 1-14.

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.

Wyss, G.; Gianni, M.; Gogni, V.; Scherb, E. (2015). Assessment of Outcomes in Psychotherapy and Common Factors Application of the adapted version of the Remoralization Scale (Vissers et al, 2010) to assess the discriminant validity between general and clinical population, and to evaluate change in treatment outcomes. Poster presented at 46th International Annual Meeting SPR.

**8va Edición - Junio 2022**