



**U**NIVERSITAT  
**J**AUME·I

# **Els tractaments psicològics basats en l'evidència**

**Cristina Botella Arbona**

**Lliçó inaugural del curs 2009/10**

LLIÇÓ INAUGURAL DEL CURS 2009-2010

# **ELS TRACTAMENTS PSICOLÒGICS BASATS EN L'EVIDÈNCIA**

**Cristina Botella Arbona**

Catedràtica en l'Àrea de Personalitat,  
Avaluació i Tractaments Psicològics  
de la Universitat Jaume I

Castelló de la Plana, setembre de 2009

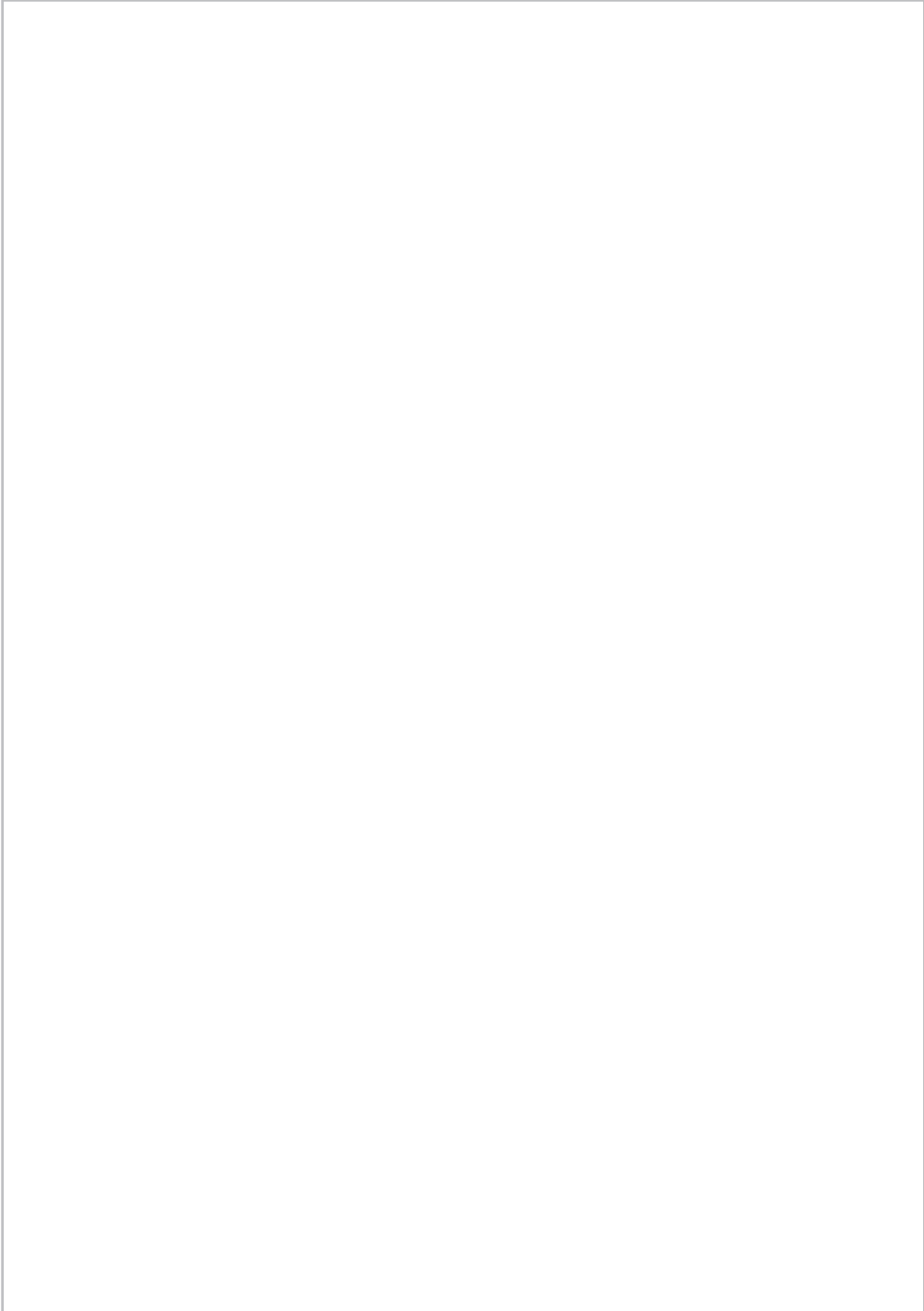
Edita: Servei de Comunicació i Publicacions  
Universitat Jaume I  
Edifici Rectorat i serveis centrals  
Campus del Riu Sec  
12071 Castelló de la Plana  
[www.uji.es](http://www.uji.es) · [comunicacio@uji.es](mailto:comunicacio@uji.es)  
Tel. 964 728 833  
Depòsit legal: CS 256-2009  
Imprimeix: Innovació Digital Castelló, s.l.u.





## Índex

1. Salut i salut mental .....	7
2. Els primers tractaments psicològics .....	10
3. La recerca de l'eficàcia i l'efectivitat .....	13
3.1. Els tractaments psicològics basats en l'evidència (TPBE) .....	14
3.2. La pràctica psicològica basada en l'evidència (PPBE) .....	22
4. El moviment cap a la recuperació .....	25
4.1. L'Annapolis Coalition .....	27
4.2. Les recomanacions de la New Freedom Commission on Mental Health .....	28
4.3. El moviment Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) i Depression Report de la London School of Economics ....	31
5. Nous reptes .....	39
5.1. La psicologia positiva .....	39
5.2. La utilització de les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) .....	44
6. Aspectes ètics .....	49
7. A manera de conclusió .....	52
Bibliografia .....	57



## «Primum non nocere»

### 1. Salut i salut mental

---

La definició, recollida en la Carta Fundacional de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i presentada el 7 d'abril de 1946, estableix que:

«La salut és un estat de complet benestar físic, mental i social, i no només la mera absència d'afeccions o malalties».

La salut mental és una part essencial de la definició de l'OMS, ja que una persona no pot gaudir d'un bon estat de salut si té problemes de salut mental. Per a l'OMS la salut mental també és molt més que l'absència d'un determinat trastorn ([http://www.who.int/topics/mental\\_health](http://www.who.int/topics/mental_health)):

«Un estat de benestar en el qual la persona és conscient de les seues pròpies habilitats i recursos, pot fer front a les pressions i els reptes quotidians de l'existència, pot treballar de manera productiva i útil, i és capaç de fer contribucions a la comunitat».

Per tant, la salut mental es converteix en l'aspecte central del benestar humà i del funcionament efectiu, ja siga per a un individu en particular o per a la societat en general.

Els trastorns mentals inclouen un ampli conjunt de problemes com: la depressió major, el trastorn bipolar, la mania, l'esquizofrènia, el trastorn obsessiu compulsiu, el trastorn de pànic, el trastorn per estrès posttraumàtic, el trastorn d'ansietat social, els trastorns de personalitat, etc. Cada un d'aquests pot pertorbar notablement la vida de qualsevol persona, amb independència de

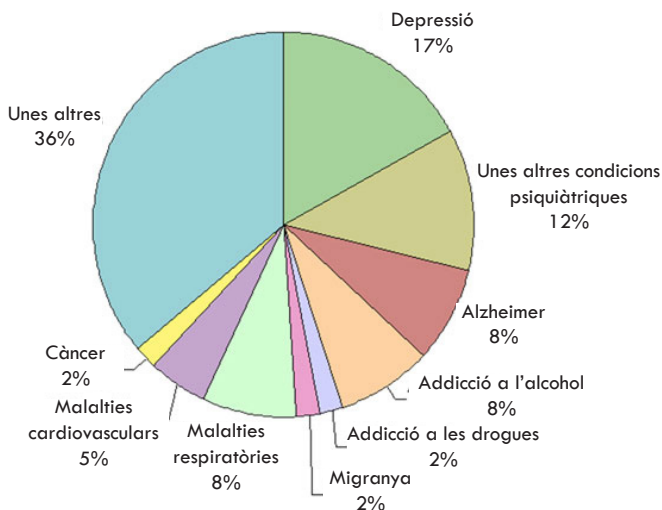


la seua edat (és possible patir-los en qualsevol moment al llarg de tota la vida, encara que els joves i les persones majors resulten especialment vulnerables), ètnia, religió, cultura o nivell socioeconòmic. Els trastorns mentals poden alterar de manera molt important els processos de pensament d'una persona, els seus sentiments, el seu estat d'ànim, la manera de relacionar-se amb els altres i el seu funcionament quotidià. A més, no són el resultat de falta de caràcter, debilitat personal o de força de voluntat (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas i Walters, 2005; López, Mathers, Ezzati, Murrin, 2006; *National Alliance on Mental Illness*, 2006).

Les dades resulten verdaderament esgarrifoses. Segons l'informe de l'OMS sobre la càrrega global per malaltia, publicat en 2004 i l'actualització de 2008 (OMS, 2004; 2008), els problemes de salut mental són la principal causa de discapacitat a tot el món (veieu les figures 1 i 2). Aquests problemes donen compte de més d'un terç de la discapacitat total i es calcula que, en 2030, la depressió serà la *causa més important de discapacitat al món*. En aquests moments, a tot el món, els trastorns mentals són responsables de major càrrega per malaltia que altres problemes com el càncer i, a alguns països europeus, la mortalitat per suïcidi excedeix a la dels accidents de trànsit (López, Mathers, Ezzati, Murrin, 2006; OMS, 2004; 2008).

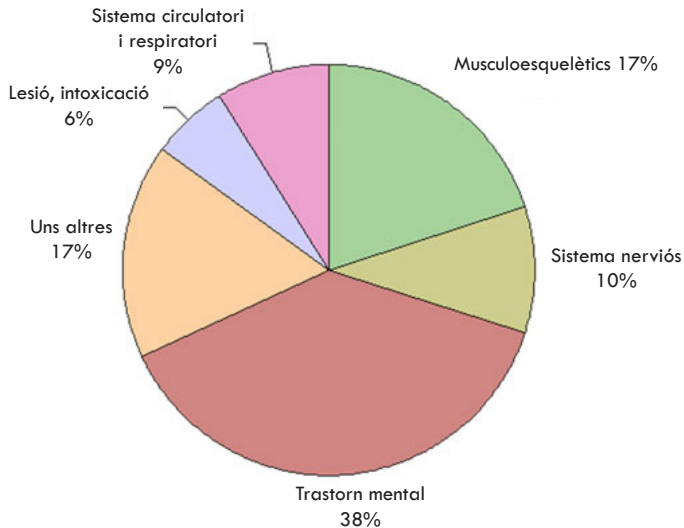
**Figura 1. Causes de discapacitat al món.**

Fonts: Organització Mundial de la Salut, (2004) *World Health Report 2004: Changing History*.



Geneva. Organització Mundial de la Salut, (2008) *The Global Burden of Disease: 2004 update*.  
Geneva.

**Figura 2. Receptors per prestacions d'invalidesa:  
degudes a condició mèdica, 2004**



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

A Europa, els costos en salut mental representen un terç de totes les despeses dedicades a la salut. No és gens estrany, per tant, que s'haja plantejat la prevenció de la depressió i del suïcidi com un dels cinc punts centrals del Pacte Europeu per la Salut Mental i el Benestar. Els problemes de salut mental representen un terç de totes les consultes en atenció primària a Europa. La gran majoria de trastorns mentals són tractats pel metge de medicina general i només una xicoteta proporció de pacients és atesa per personal especialitzat en salut mental (OMS, 2003). En aquest sentit, convé subratllar que, sense un adequat tractament, les conseqüències de patir algun trastorn mental resulten esgarrifoses, tant per a l'individu com per a la societat: discapacitats innecessàries, desocupació, abús de substàncies, persones sense llar, empresonaments inadequats, suïcidi, vides completament desaprofitades o totalment perdudes (Burt, 2001; Wang, Berglund, Olfson, Pincus, Wells i Kessler, 2005).

La importància donada per l'OMS a la salut mental va quedar reflectida en diversos esdeveniments que es van produir en 2001. Aqueix any, el tema triat per al Dia Mundial de la Salut va ser: *Aturem l'exclusió, atrevim-nos a cuidar*. L'assemblea de l'OMS es va centrar en molts diversos aspectes relacionats amb la salut mental. L'informe anual de 2001 va proporcionar una revisió comprensiva, tant dels problemes de salut mental com dels factors que contribuïen al desenvolupament d'aquests. També va delinear una sèrie d'estratègies generals per a la prevenció i per al tractament i per a l'atenció dels pacients que patiren algun problema de salut mental. En particular, es va subratllar que l'estigma associat a la salut mental és un dels principals obstacles per a la detecció precoç i per al tractament, així com per a la reinserció en la comunitat de les persones vulnerables. Desgraciadament, continua havent-hi un estigma associat a patir un trastorn mental. Durant anys, hem permès que aquest estigma donara lloc a barreres actitudinals, estructurals i financeres per a l'èxit de tractaments eficaços i per a la recuperació. Per tant, resulta prioritari desmuntar-les i fer-les desaparèixer definitivament.

La bona notícia és que la recuperació és possible. En aquests moments, ja existeixen excel·lents alternatives de tractament. La majoria de persones amb diagnòstic d'algun trastorn mental pot experimentar un notable alleugeriment d'aquesta simptomatologia i una important recuperació. Per a això, resulta de la major importància aconseguir una identificació precoç del problema, establir un diagnòstic correcte; a més, si s'assegura l'accés a un tractament adequat, s'accelera la recuperació i es minimitza la possibilitat de danys i efectes col·laterals negatius (Clark, Layard i Smithies, 2008).

## 2. Els primers tractaments psicològics

---

Hem avançat molt en la comprensió i en el tractament dels trastorns mentals. Cal reconèixer el mèrit d'Hipòcrates en plantejar, en l'origen d'aquests problemes, causes tan naturals com les de qualsevol altra malaltia; no obstant això, pel que fa a tractament, la seua aportació va ser nul·la. En l'Edat Mitjana, fins i tot aqueixa *moderna concepció* també es va perdre i l'obscurantisme de l'època va penetrar amb força en aquest àmbit. L'explicació va passar a ser sobrenatural (com ara la possessió demoníaca o la influència de bruixes) i els tractaments podien ser prou suaus, com oracions i exorcismes; o molt dràstics, com la tortura o la foguera.

Gradualment, va canviar aquesta horrible perspectiva i al segle XV van aparèixer aportacions importants. Mereix una menció especial València, on el Pare Jofré va fundar el primer hospital per a malalts mentals del que se'n tenen notícies a tot el món. Allí es va començar a aplicar un tractament més humanitari, en seguir els principis de la medicina àrab: es tractava els malalts amb dietes, exercicis a l'aire lliure i el que avui considerariem teràpia ocupacional. També mereix reconeixement Johann Weyer que, en aqueixos moments, va lluitar contra la bruixeria considerant-la superstició, va insistir en el fet que es distingira la possessió demoníaca de la bogeria i perquè aquesta última es considerara com a una malaltia (cal reflexionar respecte a si aquest tipus d'explicació *sobrenatural* ha existit sempre i encara continua existint; encara que, afortunadament, no siga ja, en absolut, l'orientació dominant).

Al segle XVI es va fundar, a les rodalies de Londres, el primer hospital per a malalts mentals d'Anglaterra: The Bethlem Hospital. Encara que, òbviament, aquest fet suposava un canvi en la concepció d'aquest tipus de trastorns, no va fer que milloraren les condicions de vida d'aquestes persones. Se'ls continuava donant un tracte absolutament inhumà. A més de servir de diversió, ja que es venien entrades per a anar-hi a veure els *bojos*, era comú l'ús de cadenes, les pallisses i el menjar infecte. Com assenyala Korchin (1976) *bedlam*, el diminutiu amb el qual els habitants del lloc es referien a l'hospital ha romàs en l'idioma anglès per a significar confusió caòtica. Pel que fa al tractament, amb el canvi de concepció sobre l'origen del trastorn, la responsabilitat de l'atenció va tornar a estar en mans dels metges; però, atès el nivell de la medicina de l'època, resultava una verdadera desgràcia l'internament. Reisman (1966) descriu el tipus d'atenció que rebien els malalts al Bethlem:

«Sagnies a tots els pacients a l'abril, porgues i vòmits a tots els sobrevivents al maig, i una altra vegada sagnies a l'octubre. En institucions més xicotetes... un metge feia una visita, possiblement cada deu anys, per a prescriure el tractament per a la següent dècada. Era pràctica comuna encadenar-los, tancar-los en calabossos, colpejar-los, ridiculitzar-los i alimentar-los amb els pitjors rebutjos». (pàg. 10).

Recorda açò, unes altres situacions desafortunades de la història de la medicina, com la resistència a ser internades, a hospitals, de dones parteres, o fins i tot la fugida quan ja ho havien estat, atesa l'alta taxa de defuncions que es registraven a aquests hospitals abans que Semmelweis posara de manifest la importància de l'asèpsia i els metges, a més de donar importància a la higiene, ja no pogueren passar de la sala d'autòpsies a atendre una partera (Botella, 1986).

Avanços centrals, en aquest àmbit, es produeixen amb Pinel i el seu *tractament moral*; el plantejament de la hipòtesi psicogènica per part de Sigmund Freud; l'aportació de la fenomenologia amb Franz Brentano o Edmund Husserl i de l'existencialisme amb Soren Kierkegaard, Karl Jaspers o Martin Heidegger; o la ingent i impagable aportació de Pavlov amb els seus treballs experimentals sobre els reflexos condicionats i tot el que va suposar, posteriorment, quant a la metodologia, la influència de la reflexologia russa.

Cal destacar, especialment, el que s'ha denominat l'*antefesala* de la teràpia de conducta (Kazdin, 1978) i la posada en marxa i la consolidació d'aquesta orientació en els anys '60 amb els avanços aconseguits a Sud-àfrica amb Joseph Wolpe, als Estats Units amb Burrhus Skinner i a Anglaterra amb Hans Jürgen Eysneck, Stanley Rachman i tot el grup del Maudsley Hospital (Kazdin, 1978, Korchin, 1976). Tots ells van assentar les bases que van permetre l'aparició i el desenvolupament dels actuals tractaments psicològics basats en l'evidència. Si més no, caldria recordar els treballs pioners de John Watson, amb la seua ajudanta Rosalie Rayner, perquè van demostrar, en contra de la tendència dominant en aqueix moment, basada en la psicologia freudiana, que era possible generar una fòbia al laboratori (Watson i Rayner, 1920). L'experiment del «Petit Albert» va proporcionar l'evidència empírica del condicionament clàssic en éssers humans. Pocs anys més tard, Mary Cover Jones va dur a terme l'«Estudi de Peter» (Jones, 1924). Aquesta autora, batejada per Joseph Wolpe com *la mare de la teràpia de conducta*, va demostrar que és possible eliminar una fòbia en condicions de laboratori. El propi Wolpe va seguir aquest camí d'experimentació sistemàtica i, en poc de temps, va obrir definitivament la via al tractament psicològic dels trastorns mentals a la utilització de procediments amb una base experimental contrastada. Va denominar a aquests procediments: *dessensibilització*. S'havien posat les bases inicials d'una tècnica que, posteriorment, assoliria importants èxits en aquest àmbit, la tècnica de l'exposició. Des de llavors, i al llarg de tot el segle XX, es van dur a terme innumerables treballs que demostraven l'eficàcia de determinats procediments psicològics per al tractament de distints trastorns mentals. Noms com: Wolpe, Kelly, Lazarus, Skinner, Rachman, Marks, Beck, Seligman, Mahoney, Barlow, Salkovskis, Clark, etc., resulten ací de cita obligada i els seus treballs han donat lloc a la consolidació del que avui es denomina teràpia cognitivoconductual. Una de les principals característiques d'aquesta orientació és la importància que atorga a la investigació i a la utilització de procediments amb base empírica. Ací entrem, a continuació.

### 3. La recerca de l'eficàcia i de l'efectivitat

---

La història dels esforços sistemàtics per a identificar tractaments psicològics eficaços és curta, només té un poc més de mig segle i coincideix amb l'aparició de la famosa, corrosiva i fructífera crítica d'Eysenck (1952), *Els efectes de la psicoteràpia: una avaluació*, i les que aviat li van seguir (Eysenck, 1965; Levitt, 1957, 1963; Rachman, 1971, Rachman i Wilson, 1980). En el context d'aquest treball, resulta obligat retre un homenatge i donar les gràcies a gegants com Hans Eysenck i Stanley Rachman. Ells ens van ajudar, amb la seua clara i senzilla afirmació, sobre quelcom tan obvi com que els tractaments psicològics han de fonamentar-se en una ferma base d'evidència empírica.

Desgraciadament, el panorama general en aqueixos moments era prou desolador. Per exemple, Bergin (1967) estimava que existien 36 enfocaments distints disponibles de psicoteràpia; uns anys més tard, Herink (1980) en quantificava més de 250 i Kazdin (1986) va dur a terme una relació al voltant de 400 procediments que es podrien utilitzar per al tractament de diferents problemes psicològics. Ara bé, el suport empíric i la base científica de cada un d'aquests 400 procediments no era el mateix. Davant d'aquest estat de fets, resulta prou comprensible que un clínic seriós i rigorós es plantejara com es podria decidir què procediment, o procediments, convindria aplicar en una persona concreta que patira un problema determinat. La resposta no era massa difícil: caldria buscar l'evidència que els oferira suport.

Això és, precisament, el que es pretenia quan el Congrés dels Estats Units va crear, en 1989, l'Agency for Health Care Policy and Research, amb l'objectiu d'arribar a determinar l'eficàcia que avalara els tractaments disponibles per a determinats trastorns (Barlow i Hoffman, 1997). Inicialment, es van analitzar els tractaments existents per a trastorns de l'àmbit de la medicina, després es van abordar els tractaments disponibles per als trastorns mentals. Resulta obligat recordar ací l'aportació de la medicina basada en l'evidència. El que pretenia aquest moviment, posat en marxa en la dècada dels '80 a la Universitat de McMaster de Canadà, era la detecció i la utilització de la millor evidència científica disponible que poguera guiar la presa de decisions sobre l'atenció del pacient, val a dir, es pretenia combinar la millor evidència procedent de la investigació junt amb el judici clínic (Sackett i cols., 1996). La fita central va ser la publicació en el *Journal of the American Medical Association (JAMA)* del document fundacional d'aquesta orientació (*Evidence-Based Medicine Working Group*, 1992). Els conceptes que es defensaven en aquest treball s'han generalitzat en tot l'àmbit de la salut i han tingut una gran acceptació en distintes disciplines.

### 3.1. Els tractaments psicològics basats en l'evidència (TPBE)

Pel que fa als tractaments psicològics, també s'ha avançat de manera molt notable. Després dels primers treballs crítics d'Eysenck se n'han desenvolupat dissenys i procediments, més sofisticats i complexos, capaços de discriminar adequadament els tractaments que funcionen dels que no ho fan. En aquest procés va influir de manera molt positiva la publicació, en 1980, del DSM-III (APA, 1980), un sistema de classificació diagnòstica molt més fiable que els predecessors d'aquest de 1952 i 1968 (DSM-I; DSM-II). S'ha continuat avançant amb la publicació de la revisió del DSM de 1987 (DSM-III-R), 1994 (DSM-IV) i 2000 (DSM-IV-R). A més, tot això es va acompanyar, d'una banda, del desenvolupament i la validació d'una sèrie d'entrevistes estructurades que van permetre agrupar conjunts de pacients amb un diagnòstic homogeni, i, d'una altra banda, pels avanços que va suposar la manualització dels tractaments psicològics. Com a exemples pioners d'açò últim, cal citar el llibre de Beck, Rush, Shaw i Emery (1979) per al tractament de la depressió i, uns anys més tard, el de Barlow i Cerny (1988) per al tractament del trastorn de pànic. En aquests llibres es presenta, de manera detallada i minuciosa, el tractament (tractament manualitzat). Recentment, ha aparegut un volum que suposa una culminació d'aquesta perspectiva (Barlow, 2008).

Ara bé, ha estat en els últims 15 anys quan s'ha generat i consolidat tot un corrent de pensament i de treball que, sens dubte, implica la culminació i cristal·lització de les idees d'aquells pioners. Un corrent de pensament centrat a estudiar, depurar i millorar els tractaments psicològics disponibles i fer-los arribar a qui els puga necessitar. Aquest corrent es va iniciar amb la creació d'un grup de treball (*Task Force*) de la Divisió de Psicologia Clínica (Divisió 12) de l'American Psychological Association (APA), establert en 1993, durant la presidència de Martin Seligman, que va donar com resultat l'elaboració d'un informe sobre la promoció i la difusió de procediments psicològics (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1993) publicat en 1995 (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995) i actualitzat en 1996 (Chambless, Sanderson, Shoham i altres, 1996) i en 1998 (Chambless, Baker, Baucom i altres, 1998). Aquest informe tenia una justificació clara: atès que es reconeixia que existien tractaments psicològics eficaços, l'objectiu que es plantejava era, precisament, identificar-los (Barlow, Levitt i Bufka, 1999).

El plantejament dels *tractaments psicològics empíricament validats* o *tractaments psicològics basats en l'evidència* (TPBE) va resultar perillós i controvertit per a moltes persones dins de l'APA. Per a unes altres, es tractava d'un servei

fonamental per als professionals de la salut mental i per als seus pacients. Tot això es va recollir en un excel·lent llibre compilat, conjuntament, per un psicòleg Peter Nathan i un psiquiatre Jack Gorman (Nathan i Gorman, 1998), que ja ha tingut dues actualitzacions (Nathan i Gorman, 2002, 2007). Es tractava de seguir estrictament la saviesa que destil·la l'afirmació clàssica que aquests autors exposen lúcidament en el prefaci del llibre de 1998: «*En absència de la ciència, l'opinió preval*».

Les idees claus de Seligman (1998), exposades en el preàmbul de la primera edició, van ser:

«Sempre he cregut que la pràctica de la psicoteràpia hauria d'estar modelada pels resultats de la investigació sobre l'eficàcia de la psicoteràpia... No hauríem de modelar la investigació per a justificar el que fem en clínica, sinó modelar el que fem en clínica per a adequar-ho als resultats de la investigació». (pàg. v).

Com se subratlla en el llibre, la senzilla pregunta: *Teniu les proves científiques de que el vostre tractament funciona?* Pot crear una gran reactància i respostes increïbles en moltes persones. Per tant, per a dur a terme la tasca que suposava el volum, Nathan i Gorman es van plantejar una sèrie de *principis bàsics*:

1. Afirmem que la prova més important que qualsevol tractament ha de complir és que el pacient *arribe a estar millor*.

- Definir rigorosament què significa *estar millor* és crucial, encara que de vegades pugui resultar controvertit.
- Ha de quedar clar que només buscar l'autoconsciència és més apropiat per a la religió que per al tractament de la malaltia.

2. Afirmem que el *mètode científic* és l'única manera d'establir si un tractament funciona.

- Açò no significa que tots els tractaments que no disposen de proves científiques hagen de ser *desacreditats*.
- Sí que significa que, sense proves, haurem de ser cautelosos i escèptics a l'hora de recomanar un tractament particular.

3. És possible realitzar *experimentació científica rigorosa* en l'estudi i el tractament dels *trastorns mentals*.



En la taula número 1 es pot veure la classificació inicial que van proporcionar Nathan i Gorman als restants autors del llibre respecte als tipus d'estudis que es podien considerar per a valorar l'eficàcia dels procediments.

### **Taula 1. Classificació dels estudis en funció del rigor científic d'aquests**

(Nathan i Gorman, 1998)

**ESTUDIS TIPUS 1:** Els més rigorosos suposen: un assaig clínic amb assignació a l'atzar, avaluació cega, presentació clara dels criteris d'inclusió i exclusió, mètodes de diagnòstic adequats als avanços actuals, dimensions de la mostra adequades per a poder oferir poder estadístic i mètodes estadístics descrits clarament.

**ESTUDIS TIPUS 2:** Són estudis clínics als quals els falta algun dels requisits assenyalats en els estudis del tipus 1. (No assignació a l'atzar, o no avaluació cega, etc.). No són tan excel·lents com els del tipus 1, no obstant això, proporcionen informació valuosa i no haurien de descartar-se.

**ESTUDIS TIPUS 3:** Tenen clares limitacions metodològiques. Generalment, es tracta d'estudis de tractament oberts dirigits a obtenir dades pilot. Solen estar subjectes a esbiaixades de l'observador i poden fer poca cosa més que indicar si un tractament funcionaria si se seguira un disseny més rigorós.

**ESTUDIS TIPUS 4:** Les revisions amb anàlisis secundàries de dades poden ser útils, especialment si les tècniques d'anàlisi de dades són sofisticades (p. e.: mètodes de metanàlisi).

**ESTUDIS TIPUS 5:** Les revisions sense estudis secundaris de dades resulten útils per a donar una impressió de la literatura, però, clarament, estan subjectes a les opinions de l'autor i, a vegades, estan altament esbiaixades.

**ESTUDIS TIPUS 6:** Comprenen una varietat d'informes que tenen valor marginal (estudis de casos, assaigs o articles d'opinió).

Durant els moments inicials del moviment dels TPBE, l'APA va posar de manifest la necessitat establir un enfocament comprensiu que permetera una adequada

conceptualització de les directrius que cal seguir. L'APA també va reconèixer el risc que aquestes directrius pogueren ser utilitzades de manera inadequada per algunes de les organitzacions dedicades a la promoció de la salut, com ara les companyies d'assegurances i que això poguera restringir d'alguna manera la provisió de cures. En prendre tot açò en consideració, en 1992, l'APA va posar en marxa un grup de treball format per tres comitès: el Comitè d'Assumptes Científics, el Comitè d'Assumptes Professionals i el Comitè per a l'Avanç de la Pràctica Professional. Aquest grup de treball va desenvolupar la *Guia per al desenvolupament de les directrius: intervencions per als trastorns mentals i els aspectes psicosocials dels trastorns físics (Template for Developing Guidelines: Interventions for Mental Disorders and Psychosocial Aspects of Physical Disorders)*, que va ser aprovada per l'APA en 1995 (APA, *Task Force on Psychological Interventions Guidelines*, 1995). Guia clínica a la qual caldria ajustar-se, des de llavors, per a desenvolupar les directrius pràctiques que puguen guiar les intervencions.

Aquesta guia té dues característiques especialment rellevants (Nathan i Gorman, 1998, 2002): d'una banda, pretén assegurar que l'eficàcia d'un tractament no només està en funció de si els estudis que s'hi aporten com a prova s'ajusten a determinats estàndards metodològics, com l'assignació a l'atzar; sinó també de la naturalesa de les comparacions realitzades en les investigacions (no és el mateix comparar un tractament amb una condició control de no tractament o amb un tractament d'eficàcia reconeguda). D'una altra banda, la guia estableix una important distinció entre l'eficàcia d'una intervenció (*efficacy*) i l'efectivitat (*effectiveness*) o *utilitat clínica* d'aquesta, i recomana prestar atenció a ambdós aspectes. L'eix de l'eficàcia, o de la validesa interna que suposa analitzar rigorosament l'evidència científica disponible amb la meta de valorar l'eficàcia de qualsevol intervenció donada, això és, la possibilitat d'establir relacions causals; i l'eix de l'efectivitat, o la utilitat clínica, que suposa analitzar l'aplicabilitat i la possibilitat de la intervenció en el context concret en el qual haja d'oferir-se: des de la capacitat (i la disponibilitat) dels professionals formats en el tractament en qüestió, passant pel grau en el que els pacients accepten el tractament, el rang d'aplicabilitat del tractament, etc. En opinió del grup de treball que va elaborar la guia, tot açò reflexa en quina mesura la intervenció serà efectiva en l'àmbit clínic, en el qual serà aplicada. És a dir, suposa considerar, entre altres factors: si es pot generalitzar l'administració de la intervenció en diferents contextos; la viabilitat de la intervenció a través de pacients i contextos, i els costos i beneficis associats amb l'administració de la intervenció.

Tant la guia inicial, com les revisions posteriors (American Psychological Association, 2002) van assenyalar que, per a avaluar qualsevol intervenció psicològica, s'hauria de tindre en compte, de manera separada, els dos eixos: l'eix de l'eficàcia i l'eix de la utilitat clínica. Es va utilitzar aquesta guia per a analitzar una selecció de les directrius sobre els tractaments disponibles per a una sèrie de trastorns mentals i els resultats van posar de manifest que existia una notable variabilitat en la manera en la qual s'analitzava la investigació disponible i les recomanacions resultants. Per exemple, es va posar de manifest una preocupació sobre determinades directrius que recomanaven l'ús de medicació sobre els tractaments psicològics en absència de dades que fonamentaren aquestes recomanacions (Barlow, 1996; Beutler, 1998 i Nathan, 1998).

La guia descriu amb detall les distintes maneres d'evidència que s'haurien de prendre en consideració per a desenvolupar les directrius i subratlla que qualsevol pràctica clínica hauria d'estar basada en una avaluació acurada que sospesara les dades d'investigació i l'experiència clínica. S'hi van distingir dues grans categories: d'una banda, els tractaments *ben establerts* (això és, els tractaments considerats eficaços); i, d'una altra, els tractaments *probablement eficaços*. També s'hi van especificar els criteris que hauria de complir un determinat tractament per a poder entrar en alguna de les dues categories. En les taules números 2 i 3 es presenten aquests criteris.

## **Taula 2. Criteris per a definir els tractaments ben establerts**

I. Almenys dos bons estudis de dissenys de grup, realitzats per diferents investigadors, que demostren l'eficàcia d'aquests d'alguna de les maneres següents:

- A. La superioritat davant d'una píndola, un placebo psicològic o d'un altre tractament.
- B. L'equivalència respecte a un tractament ja establert en estudis que tinga un poder estadístic adequat.

o

II. Una sèrie extensa o àmplia d'estudis de dissenys de cas únic que en demostren l'eficàcia. Aquests estudis han d'haver-hi:

- A. Utilitzat bons dissenys experimentals.
- B. Haver comparat la intervenció davant d'un altre tractament (com en el punt I. A).

Criteris addicionals, tant per a I com per a II:

III. Els estudis han d'haver-se dut a terme amb manuals de tractament (tractaments manualitzats).

IV. Les característiques de les mostres dels pacients han d'estar clarament especificades.

Font: Grup de Treball de la Divisió 12 (1995, pàg. 22)

### Taula 3. Criteris per a definir els tractaments probablement eficaços

I. Dos estudis que demostrin que el tractament és més eficaç que un grup control de llista d'espera.

o

II. Dos estudis que complisquen els criteris I, III i IV dels tractaments ben establerts, però que hagen estat realitzats pel mateix investigador. O un bon estudi que en demostre l'eficàcia segons aquests mateixos criteris.

o

III. Almenys dos estudis bons que en demostrin l'eficàcia, però que tinguen la debilitat metodològica d'heterogeneïtat en les mostres de clients.

o

IV. Una sèrie xicoteta d'estudis de disseny de cas únic que complisquen els criteris II, III i IV dels tractaments ben establerts.

Font: Grup de Treball de la Divisió 12 (1995, pàg. 22)

Amb aquests criteris, en el primer informe es van recollir 18 tractaments *eficaços* i set *probablement eficaços*, la base empírica dels quals havia estat establerta mitjançant estudis controlats amb assignació a l'atzar i on s'utilitzava un manual de tractament (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1993); en la revisió de 1996, hi havia un llistat de 22 tractaments *eficaços* i 25 *probablement eficaços* (Chambless, Sanderson, Shoham i altres, 1996); i, en l'última revisió (Chambless, Baker, Baucom i altres, 1998), s'oferien

16 tractaments *eficaços* i 55 *probablement eficaços*. Unes altres actualitzacions més recents (Chambless i Ollendick, 2001; Nathan i Gorman, 2002, 2007; Nathan, Gorman i Salkind, 2002) presenten els tractaments que han demostrat eficàcia fins al moment.

Aquest fet va suposar una primera conscienciació entre els possibles usuaris, els responsables de les polítiques de salut i també per als responsables dels programes docents i d'entrenament clínic a les universitats. Al mateix temps, es va detectar una preocupació entre molts professionals perquè el focus se situara, exclusivament, en els efectes aconseguits per protocols de tractament breus i manualitzats, en compte de centrar-se en la recerca de factors comuns que pogueren explicar gran part de la variància trobada en estudis de resultat duts a terme en distints trastorns, i l'aplicabilitat d'aquests a un ampli rang de pacients que pogueren variar en comorbiditat, personalitat, raça i cultura. En resposta a això, diversos grups de professionals (fins i tot unes altres divisions de l'APA) van oferir marcs de treball addicionals per a integrar-hi l'evidència científica disponible.

En 1999, sent president John Norcross, la Divisió 29 de l'APA (Divisió de Psicoteràpia) va establir un grup de treball conegut com Empirically Supported (Therapy) Relationships (Norcross, 2001, 2002). L'objectiu d'aquest grup era identificar, operacionalitzar i disseminar la informació disponible basada en l'evidència sobre la relació terapèutica, atès que tradicionalment s'havia trobat una important relació entre resultats del tractament i determinats aspectes de la relació, com l'aliança terapèutica. Es va destacar l'eficàcia demostrada per alguns factors com: l'aliança terapèutica, l'empatia i la recerca del consens i col·laboració. Una idea que se subratlla en les conclusions de l'informe és que la relació terapèutica contribueix de manera important al resultat de la psicoteràpia, amb independència del tractament específic que s'hi haja aplicat.

En aquesta mateixa línia, la Divisió 17 (Societat de Psicologia del Counseling) va posar en marxa un procés d'anàlisi sobre l'evidència existent en aquest enfocament de teràpia (Wampold, Lichtenberg i Waehler, 2002). Unes altres divisions també han desenvolupat els seus propis principis sobre les intervencions amb suport empíric. Per exemple, la Divisió 32 (Psicologia Humanista) va plantejar una sèrie de recomanacions per a la provisió de l'atenció psicològica des d'una perspectiva humanista, reflectint, d'aquesta manera, la seua posició davant del tema dels TPBE. La Societat de Medicina Comportamental també ha publicat recentment una sèrie de criteris per a examinar l'evidència disponible

per a les intervencions realitzades en aquest àmbit (Davidson, Trudeau, Ockene, Orleans i Kaplan, 2003).

En paral·lel a aquests esforços realitzats per part dels professionals clínics, el moviment dels TPBE ha arribat a convertir-se en un aspecte clau per a delimitar i guiar el sistema de salut i les polítiques de salut als Estats Units, tant en l'àmbit d'estats concrets com en l'àmbit federal, per exemple, l'American Psychiatric Association ha publicat una sèrie de guies clíniques per a distints trastorns com l'esquizofrènia, el trastorn de pànic, l'anorèxia o la depressió (<http://www.psych.org/>).

L'American Psychological Association també s'ha centrat en aquest tema (<http://www.div12.org/>). En uns altres llocs del món també es va seguir aquesta perspectiva de recerca de procediments basats en l'evidència i han aparegut nombrosos guies clíniques que plantegen les pautes d'actuació que cal seguir per a un trastorn determinat. A Europa, mereix destacar-se l'ingent treball realitzat a Anglaterra pel National Institute for Clinical Excellence (NICE) (<http://www.nice.org.uk/>), això és, el que ha estat denominat les directrius NICE (NICE, 2004a, 2004b, 2005a, 2005b i 2006).

A Espanya, hi ha informació rellevant sobre els tractaments TPBE. Hi han aparegut excel·lents llibres sobre el tema (Labrador, Echeburúa i Becoña, 2000; Nathan, Gorman i Salkind, 2002; Pérez Álvarez, Fernández, Fernández, i Amigo, 2003a,b,c), així com alguns documents específics (Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados i Fernández-Montalvo, 2003). A més, cada vegada es dóna més importància a aquest tema en el sistema nacional de salut i comença a recopilar-se informació respecte d'això (<http://www.guiasalud.es/newCatalogo.asp>). No obstant això, desgraciadament, encara no s'aprecia un coneixement clar i una utilització sistemàtica dels TPBE, tant en l'àmbit públic com en la pràctica privada. Esperem que aquests enfocaments tinguin cada vegada més pes en l'atenció quotidiana que es proporciona als pacients i en les polítiques que puguen adoptar-se al nostre país respecte a la salut mental.

De moment, és possible afirmar que ja existeix una llarga llista de TPBE per a distints trastorns psicològics; encara que, és clar, aquesta llista no és, ni de lluny, definitiva i el treball d'investigació, anàlisi i recopilació no ha fet més que començar. El projecte inicial dels TPBE, centrat a fer una bona revisió dels estudis de resultats per a cada un dels grans trastorns, ha possibilitat quelcom que potser Eysenck no va poder preveure: el desenvolupament de directrius pràctiques que prescriuen TPBE. Els múltiples usos potencials d'aquestes es

debaten en aquests moments com en el seu dia es va debatre l'eficàcia de la psicoteràpia.

### **3.2. La pràctica psicològica basada en l'evidència (PPBE)**

La meta de totes aquestes iniciatives de TPBE és enormement lloable, és a dir, millorar la qualitat i la relació cost-eficàcia de qualsevol tipus d'intervenció. Ara bé, moltes persones han mostrat la seua preocupació per la possibilitat que totes aquestes iniciatives s'utilitzen de manera que puguen perjudicar els possibles usuaris en restringir l'accés a l'atenció psicològica i a l'elecció del tractament. Va ser en aquest context on, en 2005, Ronald Levant, president de l'APA, va designar el Grup de Treball per a les Pràctiques Basades en l'Evidència (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice). Es va comptar amb científics i professionals d'un ampli rang de perspectives i tradicions teòriques amb l'objectiu que es reflectiren en l'informe les distintes sensibilitats dins de l'esfera dels tractaments. L'objectiu va ser continuar amb la llarga tradició d'aquesta associació científica, respecte a la integració de ciència i pràctica professional, i delimitar el rang complet de les evidències que els responsables de les polítiques de salut haurien de prendre en consideració.

En aquest context, resulta obligat tindre en compte el nou informe realitzat, en 2005, pel grup de treball de l'APA per a la pràctica psicològica basada en l'evidència (PPBE). L'informe, publicat en 2006 (APA, 2006), té en compte el rang complet d'evidència que haurien de considerar els psicòlegs i els responsables de les polítiques de salut: els resultats de la investigació, l'experiència clínica i les característiques del pacient. La PPBE, per tant, vol promocionar la pràctica psicològica efectiva i donar suport a polítiques de salut pública que suposen l'aplicació de principis amb base empírica d'avaluació psicològica, formulació de cas, relació terapèutica i intervenció. Per la importància que tenen, a continuació es resumeixen alguns dels aspectes centrals del document (APA, 2006).

L'informe defensa el compromís fonamental de la pràctica psicològica, des dels inicis d'aquesta, amb la investigació científica. Per a això, s'apel·la, d'una banda, a les idees de Lightner Witmer, que va posar en marxa la primera clínica psicològica i va subratllar la importància de la investigació científica en aquest àmbit; també es recorda la defensa realitzada per Thorne (1947) sobre la necessitat d'integrar els resultats dels enfocaments experimentals en la pràctica clínica; finalment, es recorda que, ja en 1947, es va defensar als Estats Units la conveniència que els doctorands en Psicologia haurien de formar-

se com a científics i com a professionals clínics, i que això es va convertir en la política general de l'APA (Shakow, Hilgard, Kelly i altres, 1947). Al capdavant, es defensa que els psicòlegs han estat en l'avantguarda del desenvolupament de les PBE durant dècades i aquest tipus d'iniciatives és consistent amb allò que se n'ha esdevingut durant els últims 20 anys respecte a les PBE en Medicina (Sox i Woolf, 1993).

El grup de treball va definir la PPBE com:

«La integració de la millor investigació disponible i els coneixements i l'experiència clínica en el context de les característiques, la cultura i les preferències del pacient». (APA, 2006. pàg. 273).

La definició és pràcticament la mateixa que l'adoptada en 2001 per l'Institute of Medicine (adaptada de Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg i Haynes, 2000):

«La pràctica basada en l'evidència és la integració de la millor evidència d'investigació amb l'experiència clínica i els valors del pacient». (pàg. 147).

El que es va fer va ser aprofundir en aquesta definició, i analitzar amb detall el que significava l'experiència clínica i ampliar-ne els aspectes a considerar respecte a les característiques del pacient.

Kazdin (2008) aclareix amb precisió les diferències entre els TPBE i la PPBE. El primer terme és més ampli i comprensiu. El punt d'inici dels TPBE és el tractament i la qüestió és delimitar si el tractament (per exemple: reestructuració cognitiva o exposició) funciona per a un determinat trastorn o problema (depressió o ansietat) baix unes determinades circumstàncies. No obstant això, el punt d'inici de la PPBE és el pacient i el que es planteja és quina evidència d'investigació existeix que pugui resultar d'ajuda al psicòleg per a aconseguir els millors resultats. D'altra banda, els TPBE són tractaments específics que han demostrat l'eficàcia en assaigs clínics controlats, mentre que la PPBE comprèn un ampli rang d'activitats clíniques (des de l'avaluació psicològica, la formulació de cas, o la relació terapèutica). D'aquesta manera, la PPBE suposa articular un procés de presa de decisions per a poder integrar-hi múltiples corrents d'evidències d'investigació (que inclouen els assaigs clínics controlats i amb aleatorietat, però que no es restringeixen a aquest tipus d'evidència) en el procés d'intervenció. Per tant, la PPBE és un terme més ampli que el de TPBE, es refereix a la pràctica clínica informada per l'evidència sobre les intervencions, la professionalitat i



l'experiència clíniques, i les necessitats, els valors, les preferències del pacient i la seua integració en la presa de decisions sobre l'atenció individual. En tot cas, com assenyala Kazdin (2008), cal no oblidar que la PPBE no és allò que els investigadors han estudiat. Des d'un punt de vista d'investigació es podria dir que hi ha l'evidència per a una intervenció específica en els contextos molt controlats, en els quals ha estat sotmesa a prova una determinada intervenció; però que encara no existeix molt de suport disponible per a la PPBE en els contextos clínics on els judicis i les decisions es prenen per clíniques individuals l'evidència, la professionalitat i les consideracions del que pot necessitar un pacient determinat.

Amb aquesta iniciativa de la PPBE, es pretenia promoure bones pràctiques psicològiques, aplicant-hi principis basats en l'evidència sobre: l'avaluació psicològica, la formulació de casos, la relació terapèutica i la intervenció. Ara bé, quan es parla de pràctica psicològica s'està fent referència a molts tipus d'intervenció en molt contextos distints i per a molts tipus distints de clients. En el document (APA, 2006) fa falta el significat dels termes en cada cas:

- *Intervenció* es refereix a tots els serveis prestats per un psicòleg, centrats en l'àmbit de la salut. Inclou avaluació, diagnòstic, prevenció, tractament, psicoteràpia i consulta. Com succeeix en uns altres aspectes de les PBE, el focus fonamental és el del tractament. Els mateixos principis generals s'apliquen a l'avaluació psicològica, que resulta essencial per a un tractament efectiu.
- Els *contextos* inclouen hospitals, clíniques, la pràctica professional independent, col·legis, instal·lacions militars, institucions de salut pública, instituts de rehabilitació, centres d'atenció primària, centres d'orientació, i sanatoris.
- El terme *pacient* es refereix a qualsevol xiquet, adolescent, adult, ancià, parella, família, grup, organització, comunitat, o qualsevol altra població que reba els serveis d'un professional de la psicologia. Encara que el document també reconeix l'ampli ús de termes com client, consumidor o persona, en lloc del terme pacient per a designar al receptor dels serveis psicològics.
- Els psicòlegs se centren en una àmplia varietat de *problemes* en la seua pràctica professional. Aquests problemes inclouen els problemes de salut mental, encara que el radi d'acció és molt més ampli i inclou també problemes acadèmics, vocacionals, relacionals, evolutius, de salut en general, de la comunitat, etc.

El document subratlla l'existència d'un ampli conjunt de dades que posa de manifest l'eficàcia de distintes intervencions psicològiques en xiquets, joves, adults i persones majors, que pateixen molts problemes distintos (Barlow, 2004, Duffy, 1999; Kazdin i Weisz, 2003; Nathan i Gorman, 2002; Roth i Fonagy, 2004; Weisz, Hawley i Doss, 2004; Wampold i altres, 1997; Zarit i Knight, 1996). A més, la investigació també mostra que quan es compara amb procediments alternatius, com ara la medicació, els resultats dels tractaments psicològics resulten particularment duradors (Hollon, Stewart i Strunk, 2006). De fet, les dimensions de l'efecte dels tractaments psicològics igualen o superen, en molts casos, a aqueixos dels àmpliament acceptats tractaments farmacològics (Barlow, 2004; Lipsey i Wilson, 2001; Rosenthal, 1990; Weisz, Jensen i McLeod, 2005). Dades addicionals posen de manifest que els tractaments psicològics estan equilibrats, des d'un punt de vista de cost-benefici, ja que, sovint, suposen una notable disminució de costos, augmenten la productivitat de la persona i la seua satisfacció vital (Chiles, Lambert i Hatch, 2002; Yates, 1994). En tot cas, se subratlla també, en el document, que el fet que una intervenció encara no haja estat estudiada en assaigs clínics controlats no significa que siga ineficaç. Simplement, encara no ha estat sotmesa a prova. El que cal recordar és la necessitat imperiosa d'obindre proves que avalen l'eficàcia d'aquesta perquè pugua ser definitivament acceptada.

## 4. El moviment cap a la recuperació

---

En els últims anys, s'ha posat en marxa un important moviment als Estats Units, el Moviment cap a la Recuperació. Realment, la introducció d'una iniciativa d'aquestes característiques en aqueixa nació resulta quelcom clarament revolucionari. Des de la National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) es defensa amb força la necessitat d'aquest moviment ([http://www.nasmhpd.org/spec\\_e-report](http://www.nasmhpd.org/spec_e-report)). Se subratlla quelcom conegut des de fa dècades, açò és, que la recuperació d'un trastorn mental és possible, i s'emfasitza sobre el fet que no existisca una secció especial centrada en la recuperació ni en l'American Psychiatric Association (APA) ni el DSM (Harding, 2004). No resulta estrany, per tant, que aquest tòpic no s'aborde adequadament, es deixi de banda o que, moltes vegades, no siga ben entès. Des d'aquesta perspectiva es defineix la recuperació com:

«Un procés d'aprenentatge per a abordar els reptes de cada dia, superar les nostres incapacitats, aprendre habilitats, viure independentment i contribuir a la societat. Aquest

procés està suportat per aquells que creuen en nosaltres i ens donen esperança»). (Ralph, 2000, pàg. 211).

Es tractaria d'un procés sense fi, un procés durador que pot abastar tota la vida. La recuperació pot veure's facilitada per determinades característiques del sistema de provisió d'ajuda que s'oferisca als ciutadans i també pot veure's impedida o dificultada per altres. D'ací que es pugui parlar de serveis orientats i planificats amb l'objectiu d'aconseguir la recuperació. A més, se sosté que la recuperació està suportada pel *poder d'elecció del consumidor*. En la figura 3 s'il·lustren els alts i baixos que suposa el procés de recuperació cap a la supervivència per part dels *consumidors/supervivents* que patisquen o hagen patit un trastorn mental (Dorman, Felton i Carpinello, 2000).

**Figura 3. Un model de salut pública:  
el camí cap a la recuperació de la salut mental**



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

Gràcies a l'esforç dels defensors d'aquest concepte, la noció de *recuperació* continua romanent en el punt de mira en l'àmbit de la salut mental als Estats

Units i el moviment que la defensa ha continuat creixent. Els moments crucials s'han produït en els últims deu anys i els ingredients necessaris per a construir els sistemes orientats cap a la recuperació s'han aconseguit gràcies a una sèrie d'esforços i de treballs duts a terme per distintes institucions i serveis als Estats Units. En concret, el Community Support Program (CSP) i el Child and Adolescent Service System Program (CASSP), dirigits pel National Institute of Mental Health (NIMH) i el Substance Abuse & Mental Health Care in Amèrica Center for Mental Health Services (SAMHSA/CMHS). Altres organismes centrals en aquest àmbit com l'Institute of Medicine (IOM) (2001) també han realitzat estudis per a analitzar les maneres amb les que es podrien millorar els serveis de salut i per a potenciar les noves idees centrades en la recuperació. Tots aquests esforços han contribuït perquè cristal·litzara un enfocament d'atenció centrada en el consumidor i en la seua família. Això significa que s'espera la seua participació activa al llarg de tot el procés que suposa el disseny, la implementació i l'avaluació de l'atenció centrada en la salut. El criteri d'èxit d'aquest tipus d'atenció orientada a la recuperació i a l'èxit de la resiliència és aconseguir que la persona pugui treballar i siga capaç de viure de manera satisfactòria en la comunitat. A més, s'hi insisteix també en l'important paper que poden exercir les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) en aquest àmbit, sens dubte, l'ajuda resultarà de les TIC cada vegada més apreciada i necessària (Power i Manderscheid, 2004).

#### **4.1. L'Annapolis Coalition**

L'Annapolis Coalition és una organització dedicada a millorar tots els aspectes relacionats amb la provisió de cures en la salut mental. Va ser fundada per l'American College of Mental Health Administration (ACMHA) i l'Academic Behavioral Health Consortium (ABHC) (<http://www.annapoliscoalition.org/>). Des de l'any 2001, s'ha centrat a subratllar la necessitat abordar seriosament els problemes de salut mental als Estats Units (Power, 2005).

Des d'aquest organisme s'insisteix en el fet que no s'estan posant els mitjans per a solucionar aquests problemes i que, si no es produeixen canvis dramàtics en el sistema, resultarà impossible cobrir les necessitats futures. La solució que es proposa és posar en marxa una estratègia que done suport a la transformació de l'actual sistema d'atenció a les persones que pateixen un trastorn mental (Power, 2005). Com informa aquesta autora, precisament l'11 de setembre de 2001, l'Annapolis Coalition estava en el segon dia d'una conferència centrada en els problemes i les possibles millores que es podien dur a terme en l'àmbit de la salut mental. Aqueix dia, els atacs terroristes van deixar, no només un rastre de destrucció física d'edificis, carrers i cotxes, sinó també de vides i comunitats

senceres destrossades. Milions d'americans van patir ansietat, depressió i trastorn d'estrès posttraumàtic. Les necessitats de totes aquestes persones van sotmetre el sistema de provisió de salut dels Estats Units a una extraordinària pressió. Va sorgir una important demanda que va posar a prova tota la infraestructura del sistema de salut mental. Desgraciadament, es va comprovar que aquest era deficient. Per a l'Annapolis Coalition els aspectes centrals que resumeixen el problema serien: una clara dificultat per a trobar i retindre en el sistema de salut a persones ben qualificades i ben formades (especialment en l'àmbit de l'atenció a xiquets, a adolescents i a persones de la tercera edat); envelliment dels professionals en actiu sense que s'aprecie una aflluència adequada de persones més joves; una major intensificació d'aquests problemes a les zones rurals; la utilització de programes de formació inadequats i ineficaços a causa de problemes de finançament; disminució també de les tasques necessàries de supervisió dels professionals; absència d'entrenament en direcció i lideratge per als que se suposa seran els responsables del sistema en els pròxims anys i, finalment, l'absència d'entrenament i suport per a les persones que pateixen el problema i per als seus familiars.

Tenint en compte tot això, l'objectiu clar que es planteja la Coalició és millorar la qualitat de vida de les persones i comunitats reforçant l'efectivitat de totes les estratègies que resulten eficaces per a previndre, tractar i donar suport a la recuperació de problemes relacionats amb la salut mental i/o l'abús de substàncies.

#### **4.2. Les recomanacions de la New Freedom Commission on Mental Health**

A l'abril de 2002, el president George Bush va crear la New Freedom Commission on Mental Health, com a part del compromís establert per la seua administració per a l'eliminació de les desigualtats entre els americans amb algun tipus d'incapacitat. La instrucció que tenia la Comissió era delimitar plans i polítiques d'acció per a identificar les desigualtats i els problemes, així com identificar polítiques i plans d'acció que maximitzaren els recursos existents, milloraren la coordinació dels tractaments i els serveis i promocionaren la integració en la comunitat de les persones amb problemes de salut mental. L'informe final: *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in Amèrica* (2003) (<http://www.mentalhealthcommission.gov/>) que va realitzar la Comissió, sens dubte, ha suposat un document central i un pas definitiu que ha accelerat el moviment cap a la recuperació orientada al consumidor i centrada en la família i en la comunitat. Al començament de l'informe (pàg. 1) es presenta la següent declaració de principis:

«Albirem un futur on cada persona amb un problema mental es recupere, un futur on la malaltia mental pugui ser previnguda o curada, un futur on la malaltia mental es detecte precoçment; i un futur on cada persona que patisca una malaltia mental en qualsevol etapa de la seua vida tinga accés a tractament i a suport efectius —aspectes essencials per a viure, treballar, aprendre, i participar plenament en la comunitat».

Resulta fàcil comprovar els punts de contacte clars que existeixen entre aquesta declaració i la definició de recuperació plantejada per Ralph (2000) i defensada en el Moviment cap a la Recuperació. També és important assenyalar l'ajuda que va suposar per a la New Freedom Commission on Mental Health el treball realitzat prèviament al si de l'Annapolis Coalition. Power i Manderscheid (2004) reconeixen la influència que van tindre els plantejaments d'aquesta última en ajudar a la Comissió a adonar-se'n, tant de l'extensió i les implicacions del problema, com de la urgència i la necessitat fer-li front.

Igual que abans ja ho feren uns altres organismes, en l'informe final de la Comissió se subratllen els problemes dels actuals sistemes de salut, bàsicament, centrats a manejar les discapacitats associades als problemes de salut mental i no tant a promoure'n la recuperació. Es recomana, per tant, focalitzar-se a promoure la recuperació i a construir resiliència, això és, a fomentar capacitats que permeten a la persona fer front de manera més adequada i satisfactòria a l'estrès i als reptes de la vida quotidiana.

L'estructuració i la posada en marxa del nou enfocament podria suposar l'èxit de canvis importants: en compte de fracàs escolar, institucionalització, incapacitat a llarg termini, persones sense llar, etc., es pretén aconseguir metes com: participació activa, satisfer metes personals i socials, establir la possibilitat de viure una vida satisfactòria per a totes les persones amb problemes de salut mental, ja siguin xiquets o joves, adults o persones majors. Per a això, es proposen sis metes que suposen una sèrie de principis i recomanacions. S'insisteix en el fet que l'èxit d'aquestes metes transformaria de manera radical el sistema de salut mental als Estats Units.

- Meta 1. Els americans comprenen que la salut mental resulta essencial per a la salut global.
- Meta 2. L'atenció a la salut mental està dirigida (*driven*) pel consumidor i la família.
- Meta 3. Les desigualtats en els serveis de salut mental han estat eliminades.
- Meta 4. El cribatge (*screening*) precoç respecte a la salut mental, l'avaluació, i la remissió als serveis és una pràctica comuna.
- Meta 5. Es proporcionen cures excel·lents a les persones que tenen problemes de salut mental i s'ha potenciat la investigació.

- Meta 6. S'utilitza la tecnologia per a proporcionar accés a les cures de salut mental i a la informació sobre salut mental.

En suma, les metes subratllen la urgència i la magnitud dels canvis que es proposen. En l'informe es dóna una gran importància al fet que les persones compreguen que la salut mental és una part integral i fonamental de la seua salut global, i es recomana que els problemes de salut mental s'aborden amb la mateixa urgència i rapidesa amb la que s'abordaria qualsevol condició mèdica. Se subratlla, també, la necessitat eliminar l'estigma associat a patir un trastorn mental, ja que suposa una barrera per a la recerca d'ajuda.

Clarament, el nou enfocament implica modificar de manera radical el mode amb el qual s'organitza la prestació d'atenció. Seran les necessitats i les preferències del consumidor, i no les exigències burocràtiques, les que han de marcar les pautes. Per a aconseguir-ho, la Comissió recomana canvis en els programes federals, una millor planificació perquè els serveis siguen més eficaços i que se situe el consumidor i la família en el centre de les decisions. Es detecta, també, en l'informe, una preocupació per les minories i per la població que viu en àrees rurals; ja que, sovint, tenen un accés pitjor als recursos i atenció pitjor. Es recomana aconseguir serveis que siguen *culturalment competents* que resulten eficaços i eficients per a persones amb distints marcs culturals.

Desgraciadament, es posa de manifest que, moltes vegades, els problemes de salut mental es detecten massa tard i llavors resulta molt més difícil aconseguir la recuperació desitjada. La recomanació que es proposa és prou lògica, promoure la detecció i la intervenció precoces que impedisquen que es produísca el deteriorament. Per a aconseguir aquesta meta serà necessari treballar conjuntament amb els professionals d'atenció primària i també dur a terme programes d'atenció en col·legis, o programes especials per a persones en risc (per exemple: delinqüència juvenil); o programes per a donar suport a l'ocupació i el retorn a la comunitat.

En l'informe se subratlla la notable bretxa que existeix entre els resultats d'investigació i la practica clínica quotidiana, és a dir, els resultats i procediments nous, validats per la investigació controlada, tarden massa temps a incorporar-se al quefer habitual dels professionals. Es fa una crida perquè siguen precisament els procediments basats en l'evidència els que conformen els fonaments del nou sistema d'atenció i de provisió de serveis. Per tant, caldrà aconseguir que aquestes PBE siguen les que s'apliquen i que les universitats (i qualsevol altre centre de formació continuada per als professionals) impartisquen i formen en aquests tipus d'intervencions basades en l'evidència. Per a acurtar el temps

que sol transcórrer entre l'èxit d'un descobriment i que es convertisca en rutinari (entre 15 i 20 anys) es recomana accelerar la investigació rellevant per a la promoció de la recuperació, la cura i la prevenció de la malaltia mental. Finalment, es planteja la necessitat peremptòria d'aconseguir que els serveis siguin capaços d'utilitzar, de manera molt més eficaç, totes les possibilitats i potencialitats que oferisquen les tecnologies de la comunicació i dels ordinadors per a millorar l'accés a l'atenció de la salut i per a millorar la qualitat d'aquesta. Aquest tipus de tecnologies, si tenen en compte la necessària protecció de la privacitat, poden millorar de manera substancial l'atenció que es presta a les àrees rurals i a persones amb difícil accés al sistema de salut, poden ajudar a previndre els errors i, també, reduir de forma substancial el treball administratiu i la burocràcia.

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

En el Dia Mundial de la Salut Mental, d'octubre de 2007, el govern anglès va anunciar la posada en marxa d'un programa sense precedents, es tractava d'una iniciativa per a aconseguir que totes les persones que tingueren problemes d'ansietat o de depressió pogueren tindre accés a TPBE en el Sistema Nacional de Salut d'Anglaterra: és a dir, el moviment denominat *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT): <http://www.iapt.nhs.uk/> Entre 2008 i 2011 es destinarien 173 milions de lliures esterlines addicionals, cada any, als fons ja existents. Seria necessari contractar, almenys, a 3.600 nous psicòlegs terapeutes. A més, també era necessari formar-los perquè pogueren aplicar els tractaments recomanats pel National Institute for Clinical Excellence (NICE), el que s'anomena les directrius NICE (Clark, i altres, 2009).

**El programa IAPT** es va posar en marxa a partir de diverses i distintes influències, sens dubte, els plantejaments que es van desenvolupar als Estats Units, anteriorment citats, com el Moviment cap a la Recuperació i la importància donada a la salut mental, van ser factors determinants. Ara bé, un desencadenant pròxim i directe van ser els treballs duts a terme per l'economista de la salut Richard Layard.

El plantejament de Layard era que si es proporcionaren fons al Department of Health, milloraria de forma substancial la possibilitat d'aplicar teràpies psicològiques per al tractament de la depressió i l'ansietat crònica; i açò, alhora, tindria un impacte positiu en el nombre de persones que podria romandre de forma activa treballant i mantenint unes bones taxes de productivitat. A més, tot això repercutiria de manera substancial en la disminució dels costos per



incapacitat per a aquest sector de la població, la qual cosa redundaria en un important estalvi per al Department of Work and Pensions. Layard va reforçar aquests arguments en tindre també en compte una sèrie d'aspectes morals i ètics: va posar de manifest la desigualtat existent respecte a la provisió d'atenció psicològica, les llargues llistes d'espera, i la falta de consistència en aplicar les directrius clíniques NICE per al tractament de la depressió i l'ansietat. Va tindre en compte totes les dades de prevalença d'aquests trastorns, els costos que suposaria entrenar i contractar a una sèrie de terapeutes, els estalvis potencials per a l'administració a Anglaterra, i els beneficis que això podria suposar per als individus i per a la societat (atès que millorarien la salut i el benestar). La proposta de Layard es va organitzar i es va concretar a partir de l'esforç conjunt d'altres investigadors clínics i economistes i ha tingut una àmplia difusió per mitjà del que s'ha denominat el *Depression Report* de la London School of Economics, que més endavant comentarem (Layard, Bell, Clark, i altres, 2006; Layard, Clark, Knapp i Mayraz, 2007). En definitiva, s'hi va aconseguir que el govern dedicara una gran quantitat de fons al projecte, que es va basar en el que es denominen les directrius o les guies clíniques NICE, i suposava la creació d'una sèrie de centres on s'aplicarien TPBE i suport psicològic.

Per tant, una altra influència (o possibilitant) central va ser la sèrie de treballs duts a terme en el National Institute for Clinical Excellence, això va suposar la revisió de les evidències disponibles sobre una sèrie de tractaments. Treballs que van donar lloc a la publicació de les directrius NICE (NICE, 2004a, 2004b, 2005a, 2005b, 2006). En aquestes directrius es recomana la utilització de tractaments psicològics per a tots els trastorns d'ansietat i per a la depressió. També se subratlla que, atès que algunes persones també responen bé a tractaments de *baixa intensitat*, es recomana també la utilització d'aquests en la mesura que siga possible. Ací s'inclourien procediments d'autoajuda dirigida i amb el suport del terapeuta; o programes de tractament informatitzats (com els programes *Beating the Blue*, *FearFighter* o *OCFighter*, dissenyats i sotmesos a prova per Isaac Marks). Es recomana, també, un enfocament d'actuació pas a pas, o siga, apel·lar als programes disponibles, que puguin suposar una major o menor actuació del clínic, en funció de la situació clínica de cada persona (veieu la figura, 4).

**Figura 4. Enfocament basat en passos per al maneig de la depressió**

Qui és el responsable de tindre cura?	Quin és el focus?	Què s'hi fa?
Pas 5: Cura de pacients hospitalitzats. Equip de crisi	Risc per a la vida, autoabandonament greu	Medicació, tractaments combinats, teràpia electroconvulsiva (TEC)
Pas 4: Especialistes en salut mental, incloent-hi l'equip de crisi	Depressió psicòtica recurrent i aqueixes condicions amb risc significatiu resistents al tractament	Medicació, intervencions psicològiques complexes, tractaments combinats
Pas 3: Equip d'atenció primària, treballadors socials en atenció primària en la salut mental	Depressió greu o moderada	Medicació, intervenció psicològica, suport social
Pas 2: Equip d'atenció primària, treballadors d'atenció primària en la salut mental	Depressió lleu	Atenció acurada i prestació de suport, autoajuda guiada, TCC informatitzada, exercicis, intervencions psicològiques breus
Pas 1: Metge d'atenció primària, especialistes en infermeria	Detectar i reconèixer els problemes	Avaluació

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

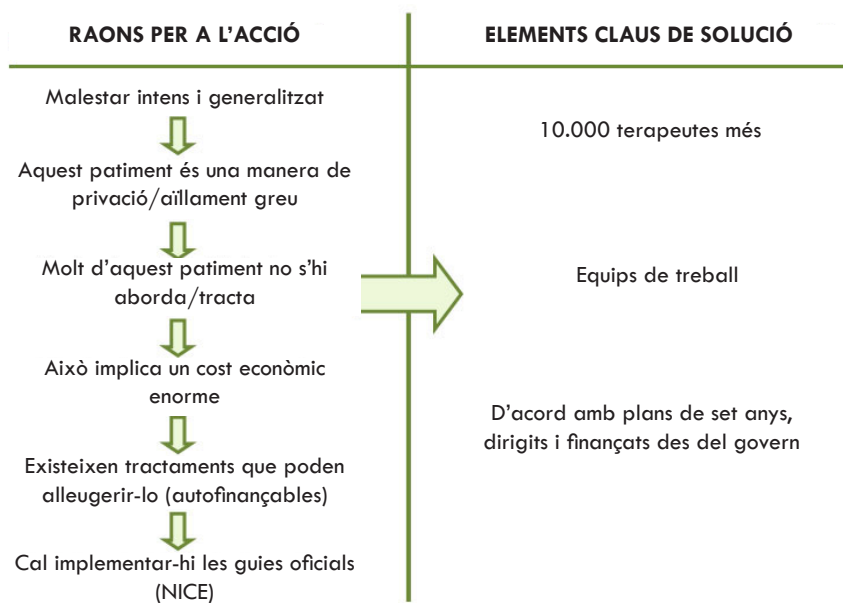
Finalment, un altre aspecte rellevant a considerar en l'IAPT va ser el finançament, per part del govern anglès, de dos projectes d'investigació per a sotmetre a prova la iniciativa. Es va posar en marxa, com a demostració pilot, a dos llocs: Doncaster, i a Newham, a Anglaterra, i va suposar el llançament del moviment Improving Access to Psychological Therapies Programme (IAPT) a Anglaterra. Ja hi ha dades sobre els resultats corresponents al primer any d'aplicació del programa (Clark, Layard i Smithies, 2008; Richards i Suckling, 2008, 2009; Clark, i altres, 2009). És possible consultar tota la informació disponible sobre el programa i sobre aquesta implantació en la web [www.iapt.nhs.uk](http://www.iapt.nhs.uk).

Anteriorment, he fet referència a l'informe sobre la depressió (*Depression Report*) (Layard i altres, 2006; Layard, Clark, Knapp i Mayraz, 2007) com un dels possibilitants de l'IAPT i, atès l'enorme impacte que ha tingut, convé prestar-li ací una atenció més detallada. Al juny de 2006, va aparèixer, a Anglaterra, un treball titulat: *The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders*, que va ser elaborat pel Mental Health Policy Group del Centre for Economic Performance's de la London School of Economics. Persones de gran rellevància científica en l'àmbit dels tractaments psicològics

conformaven el grup de treball responsable de l'informe, com David Clark, i el contingut d'aquest es basava directament en les idees defensades per Richard Layard.

En l'informe s'analitzen les dades existents respecte a salut mental a Anglaterra, les repercussions econòmiques a les quals aquests problemes donen lloc i la proposta que llancen per a solucionar aquest estat de la qüestió. En la figura número 5 apareixen els aspectes centrals que es plantegen en l'informe i, atesa la seua importància, a continuació, es resumeixen els aspectes fonamentals del mateix.

**Figura 5. Informe sobre la depressió: raons per a l'acció i elements clau de solució**



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

- 1. Primera raó.** La primera de les raons que s'addueix per a actuar és la notable càrrega que suposa la salut mental i els importants costos que això suposa. Com ja vaig comentar anteriorment (veieu les figures 1 i 2), els problemes de salut mental suposen un terç del total de tota la càrrega per malaltia a tot el món i a Anglaterra. Al voltant de sis milions de persones, és a dir, un de cada sis adults està afectat i això es produeix per igual en ambdós sexes. Un 40% de tots els beneficis que es concedeixen per incapacitat estan causats també per problemes de salut mental. D'una altra banda, l'atenció a aquests pacients suposa un terç del temps dels metges d'atenció primària.
- 2. Segona raó.** S'insisteix en el fet que no s'està fent referència a meres preocupacions, ben al contrari, es tracta de persones realment incapacitades (*crippled by their distress*) ja que el *dolor mental* és sovint molt pitjor que el *dolor físic*. Subratllen que, els problemes de salut mental són quelcom molt pitjor que la pobresa, hi hauria molt poques maneres de privació i desventura pitjors per a una persona que la malaltia mental crònica.
- 3. Tercera raó.** No obstant això, molts d'aquests problemes no són tractats. Només una quarta part d'aquests trastorns rep tractament i, la majoria de les vegades, aquest tractament està prescrit per personal no especialitzat. En molts casos, reben algun psicofàrmac prescrit pel metge d'atenció primària, encara que la majoria dels pacients haguera preferit rebre *teràpia psicològica* (Chilvers i altres, 2001). La qüestió és que els tractaments psicològics no estan disponibles per a la població i això es deu a diverses raons: d'una banda, s'han desenvolupat més recentment que els psicofàrmacs; però, la raó fonamental rau en les prioritats existents quant a desemborsament: mentre que l'ansietat i la depressió donen lloc a un terç de tota la incapacitat, només se'ls hi dedica un 2% dels recursos disponibles. Els desemborsaments majors se centren en les persones que pateixen trastorns molt greus com l'esquizofrènia o el trastorn maniacodepressiu. No obstant això, en aquest últim cas es tracta només de l'1% de la població. Què ocorre amb el 16% de la població que pateix ansietat crònica o depressió? Doncs, simplement, *no se la tracta* i això dona lloc a elevats costos personals, econòmics i socials.
- 4. Quarta raó.** Respecte dels costos econòmics, la depressió i l'ansietat impedeixen a moltes persones treballar, algunes persones perden el seu lloc de treball i moltes altres estan de baixa laboral, presenten absentisme o tenen molt baixa productivitat. Tot això suposa uns enormes costos per a la societat. L'informe els xifra en 2 bilions de lliures a l'any i considera que es tracta d'un enorme cost quan

es compara amb els 0,6 bilions de lliures que suposaria posar en marxa un sistema d'atenció psicològica adequat. Encara que aquesta poguera ser una bona raó, el nou sistema només es justificaria en termes d'eficàcia i eficiència, és a dir, si ajudara les persones a sentir-se millor i a tornar al treball.

5. **Cinquena raó.** Afortunadament, es disposa ja de protocols de tractament psicològic amb bones taxes d'èxit. Aquests tractaments han estat sotmesos a prova utilitzant assaigs clínics controlats, i els resultats generals posen de manifest que els tractaments psicològics són tan eficaços com els tractaments farmacològics a curt termini, i fins i tot a llarg termini els seus efectes són més duradors que els dels fàrmacs. A més, aquests tractaments resulten rendibles des d'un punt de vista de cost-benefici. Les dades de l'informe indiquen que, tenint en compte els costos del tractament psicològic (bàsicament, es parla de tractaments psicològics cognitivoconductuals) i els distints beneficis als quals dóna lloc (en termes de menys baixes, menys consultes als professionals de la salut, menys costos derivats dels beneficis socials per incapacitat, menys costos en fàrmacs, etc.) fan que es pugui concloure que el tractament es paga àmpliament a sí mateix. És tractaria, per tant, d'una bona inversió.
6. **Sisena raó.** S'apel·la a la utilització de les guies clíniques elaborades per The National Institute of Clinical Excellence (*NICE Guidelines*) ja que, en aquestes guies, s'arriba a les mateixes conclusions respecte a l'eficàcia dels tractaments: els tractaments psicològics cognitivoconductuals són tan eficaços com els tractaments farmacològics i els costos resulten semblants. Les guies NICE estan elaborades a partir d'una revisió exhaustiva de la literatura i basant-se en els criteris i principis dels TPBE. La recomanació que proposen és que els pacients que pateixen ansietat crònica i/o depressió haurien de tindre l'opció de rebre un tractament psicològic eficaç. No obstant això, per desgràcia, açò no es pot dur a terme: les llistes d'espera solen ser de nou mesos o més i, en molts llocs, aquests tractaments no estan disponibles en absolut. Per tant, es considera una tasca prioritària, en la reforma de la salut mental, posar en marxa els mitjans perquè es puguin aplicar a totes les persones que ho necessiten les directrius de les guies clíniques NICE.

L'informe proposa una sèrie d'aspectes claus per a solucionar els anteriors reptes.

- 1. Primera solució.** Suposa la creació d'un *nou servei* que pugui assegurar la possibilitat de proporcionar tractaments psicològics les persones que els necessiten. La raó està clara: si es pretén implantar les guies clíniques, cal donar solució a molts interrogants: qui aplicarà els tractaments? quants terapeutes nous seran necessaris? com s'hauria d'organitzar el seu treball?. Per tant, caldria organitzar un servei al qual s'hi poguera derivar a les persones que ho necessitaven, o al que es poguera acudir-hi a sol·licitar ajuda. Aquest servei hauria d'estar disponible prop de les llars de les persones, i hauria d'estar organitzat de manera molt professional, per a garantir-ne qualitat. Açò significa que els terapeutes haurien de treballar en equip (psicòlegs, psiquiatres, treballadors socials, etc.) i que un clínic capacitat i amb la suficient experiència hauria de guiar, formar i supervisar terapeutes joves. Resultaria fonamental obtenir dades quantitatives sobre els progressos dels pacients, utilitzant-hi instruments validats, que permeteren la comparació de les dades obtingudes per equips diferents. Un equip típic podria cobrir una població de 200.000 habitants i cada un d'aquests tindria una seu, encara que la major part del treball es duria a terme en diferents llocs de la comunitat (centres d'atenció primària, centres d'ocupació, centres de treball, etc.). Cada equip operaria atenent a un esquema de xarxes amb l'objectiu d'aconseguir un adequat control de qualitat. A més, la recomanació és que el servei estiguera separat dels serveis tradicionals de salut mental (que continuarien atenent persones amb trastorns molt greus, com l'esquizofrènia o la depressió maníaca) i molt més connectats amb els professionals d'atenció primària.
- 2. Segona solució.** Es planteja la necessitat comptar amb 10.000 nous terapeutes (ja que es calcula que cada terapeuta podria atendre unes 80 persones per any) i seria necessari atendre 800.000 persones cada any. S'indica que, a primera vista, pot parèixer una xifra elevada; però, realment, no ho és tant si es té en compte que, actualment, hi ha 70.000 professionals en els serveis de salut mental atenent, de manera fonamental, a pacients amb esquizofrènia i depressió maníaca. Per tant, es planteja entrenar 10.000 nous terapeutes en els pròxims set anys. Dels quals, 5.000 haurien de ser *psicòlegs clínics* (això és, que tingueren tres anys d'entrenament supervisat —postgraduació— en el sistema nacional de salut). Això seria possible si s'ampliava, de manera temporal, el nombre de professionals en formació dels actuals 550 per any a 800; o si es contractaren professionals externs al sistema nacional de salut. A més, l'entrenament s'hauria de centrar en els

tractaments psicològics, fonamentalment, els cognitivoconductuals. Al mateix temps, es podria entrenar uns altres 5.000 *terapeutes* d'entre els 60.000 *terapeutes* ocupacionals, infermeres, treballadors socials que ja treballen en salut mental, en el sistema nacional de salut. Es tractaria d'aprofitar la seua experiència i formar-los, addicionalment, com a *terapeutes psicològics* durant un o dos anys, a temps parcial. Per tant, hi hauria dos nivells de qualificació, un d'aquests permetria a la persona aplicar els tractaments; l'altre permetria, a més, supervisar i entrenar uns altres *terapeutes*.

- 3. Tercera solució.** Si es procedira de la manera proposada seria possible comptar amb un nou servei, l'any 2013, que estaria preparat per a aplicar-hi els TPBE. Ara bé, aconseguir-ho no seria tasca fàcil i suposaria posar en marxa una notable quantitat de treball i de recursos que permeteren dur a terme una sèrie de plans de manera sistemàtica i ordenada. Es proposa, per tant, un pla de treball per als pròxims set anys que té com a objectiu establir 40 nous equips cada any. Aquests equips proporcionarien l'entrenament als *terapeutes* futurs. Els costos s'establirien escalonadament al llarg dels set anys per a no gravar excessivament al sistema nacional de salut. A més, caldria establir-hi un patró de desenvolupament i la posada en marxa del pla *dirigit i finançat de manera centralitzada* pel govern.

Es conclou, en l'informe, que ja que milions de persones estan desateses, cal establir un nou pla (*New Deal*) que permeta abordar adequadament l'ansietat crònica i la depressió. Clarament, es tracta d'una revolució per a donar solució a un problema nacional. Posar en marxa les guies clíniques NICE significa donar a les persones que pateixen problemes de salut mental la possibilitat de *escollir el rebre teràpia psicològica*.

Com hem vist anteriorment, el pla ja està en marxa a Anglaterra, a altres països s'estan donant passos en la mateixa direcció. A Espanya, tot i que encara s'està lluny d'aconseguir avanços semblants; almenys, es planteja la necessitat de donar-los. Des d'ací vull reclamar la necessitat imperiosa de fer-ho.

## 5. Nous reptes

---

### 5.1. La psicologia positiva

Des que Wundt va posar en marxa, a Leipzig, el primer laboratori de psicologia, fa més de 100 anys, aquesta disciplina s'ha centrat de manera fonamental en allò *negatiu*, això és, en allò patològic, en l'anormal, en els trastorns. Bàsicament, el que interessava conèixer era què anava malament en els cervells de les persones, en la seua conducta, en les seues relacions personals, en la seua vida emocional: per què fracassava Anna, per què se sentia malament Joan, per què es feia mal a sí mateixa Marta, per què Josep era capaç de maltractar uns altres, o per què Teresa desitjava amb tanta força suïcidar-se.

Aquest estat de coses va canviar en sorgir el que s'ha denominat «psicologia positiva»: una nova línia de treball, iniciada per Martin Seligman en la dècada dels '90 i que ha cobrat un enorme auge. Mereix subratllar-se que, l'any 2000, la revista *American Psychologist* va dedicar un monogràfic a aquest tema amb motiu de l'inici del mil·lenni (Seligman i Csikszentmihalyi, 2000). També resulta necessari reconèixer els mèrits de Seligman i les seues importants aportacions a la psicologia. D'una banda, els seus treballs sobre la indefensió apresada i el que això va suposar per a avançar en la comprensió de la depressió (Seligman, 1975); d'una altra, com ja he assenyalat, va ser durant la seua presidència de l'APA, en 1993, quan es va posar en marxa el moviment dels TPBE. En aquests moments, Seligman lidera una autèntica revolució dins de la psicologia, l'interès ja no té perquè centrar-se només en els problemes, les debilitats, els traumes, les inferioritats. El que preconitza Seligman és que ha arribat el moment d'abordar, amb el mateix rigor científic de sempre i utilitzant la mateixa metodologia, les emocions plaents, el creixement, la capacitat de fer front, de superació i la recerca de la felicitat, els trets positius del caràcter i els punts forts de les organitzacions.

La psicologia positiva no està interessada a suplantar ni a desplaçar els coneixements ja disponibles en psicologia sobre el patiment humà i els trastorns. El que pretén és aconseguir una comprensió més equilibrada i global de l'experiència humana. Doncs desitja tindre en compte el complex conjunt de determinants que conforma globalment aquesta experiència, els alts i baixos, els mals moments, i també els bons. Sensatament, si estem interessats a comprendre la conducta dels éssers humans caldria prestar atenció, tant al patiment com a la felicitat, a la tristesa i a l'alegria per a comprendre millor com es podria disminuir aquesta i potenciar aqueixa última, perquè segurament



els procediments, en cada cas, no tenen perquè ser els mateixos (Seligman i Steen, 2005).

Segons l'opinió de Seligman, hi ha dues estratègies bàsiques i complementàries per a millorar la condició humana: es pot intentar eliminar, millorar, alleujar tots aqueixos aspectes negatius que apareixen en les nostres vides; o, pel contrari, és possible intentar potenciar tot allò que és positiu. La psicologia clínica tradicional, generalment, s'ha centrat en la primera de les opcions, mentre que la psicologia clínica positiva se centra en la segona. Des de la psicologia positiva (Seligman i Csikszentmihalyi, 2000), es defensa que els tractaments psicològics no haurien de centrar-se únicament a reparar el que està danyat o a fer desaparèixer els símptomes i el malestar, sinó també a potenciar el que funciona bé i a crear noves condicions que impedisquen que apareguen uns altres problemes en el futur.

Com pot veure's, tot açò està estretament relacionat amb la possibilitat real de dur a terme *prevenció*, el leitmotiv bàsic de la psicologia de la salut. És possible potenciar els punts forts, crear habilitats i competències que puguen realment *protegir* a les persones? Convindria recordar ací el concepte de *salutogènesi* d'Antonovskij, i el que aquest autor va denominar *recursos de resistència generalitzats* (Antonovskij, 1979), i posar tot això en relació amb l'afirmació de Seligman sobre la importància de determinades forces humanes i socials que actuen com a factors protectors contra la malaltia mental: valentia, coratge, optimisme, habilitats interpersonals, esperança, honestedat, perseverança, la capacitat de viure amb una consciència plena, etc. (Seligman, 2002). Bon exemple d'això és el famós estudi de les monges de Notre Dame (Danner, Snowdon i Friesen, 2001). En aquest dit estudi es va comprovar que les emocions positives funcionaven com a factors protectors i augmentaven la salut física i la longevitat de les germanes de la congregació. No és res estrany, per tant, que una tasca important de la psicologia clínica positiva en els pròxims anys siga delimitar quin o quins de tots aquests factors *protectors* resulten indispensables, per a quines persones i situacions i com potenciar-los de la manera més eficaç i efectiva possible (Seligman, 2002, 2008).

Encara que no siga factible abordar ací en detall els distints temes d'investigació que s'estan duent a terme en aquests moments en l'àmbit de la psicologia positiva, no és possible deixar de mencionar un plantejament que resulta central per a la clínica, es tracta de la *Broaden-and-build theory* (que es podria traduir per ampliació i construcció) de Barbara Fredrickson (1998, 2001). Segons Fredrickson, les emocions positives tenen un objectiu que va molt més

enllà de la sensació agradable que proporcionen. La teoria suggereix que les emocions positives exerceixen un paper important en l'evolució: amplien els nostres recursos intel·lectuals, físics i socials i els fan més duradors. Acreixen les reserves a les quals podem recórrer quan se'ns presenta una amenaça o una oportunitat. Emocions com l'alegria, la felicitat o l'interès amplien la nostra consciència, potencien les accions exploradores i l'aparició de pensaments originals i distints. És a dir, *obrin, amplien i ajuden a generar i estructurar reserves de recursos psicològics*. Al llarg del temps, es construeixen repertoris conductuals d'habilitats i recursos. Segons Fredrickson (1998, 2001), açò està en contrast clar amb els efectes de les emocions negatives; aquestes promouen conductes més immediates i focalitzades cap a la supervivència (per exemple, l'emoció d'ansietat dona lloc a la conducta de lluita o de fugida). Les emocions positives no tenen un valor immediat per a la supervivència, pel fet que no se centren en les necessitats i els factors d'estrès immediats. No obstant això, òbviament, les noves habilitats i recursos promociats per les emocions positives també ajuden, d'alguna manera, a potenciar la supervivència a mitjà i a llarg termini. La teoria sosté també que les emocions positives tenen dos tipus d'efectes beneficiosos: d'una banda, ajuden a regular les emocions negatives (podrien, per tant, funcionar com a antídots o anticossos davant de les emocions negatives); d'una altra banda, desencadenen una espiral ascendent cap a majors nivells de benestar psicològic (per tant, podrien funcionar potenciant les defenses psicològiques, la resiliència i la fortalesa cap al futur).

Relacionat amb això, cal recordar també l'aportació de Victor Frankl en el seu plantejament de la logoteràpia (1960, 1967) respecte a la importància del sentit de l'humor per a ajudar a potenciar la capacitat de distanciament de l'ésser humà dels problemes i de les coses. És com si Frankl haguera tingut ja constància de la importància i els efectes del famós somriure *genú* de Guillaume Duchenne (1990). En suma, pareix que per a l'èxit del benestar psicològic i per a promocionar la supervivència resulta de la major importància aprendre a somriure, riure, jugar i gaudir. Cada vegada hi ha més proves que ho avalen, la recent revisió de Seligman (2008) posa de manifest la importància de les emocions positives i de l'optimisme en el cas de les malalties cardiovasculars, perquè disminueix la probabilitat de mort (Giltay i altres, 2004; Kubzanskiy i altres, 2001), i també s'observa que les emocions positives i l'optimisme estan relacionats amb una millor recuperació després d'un infart (Leedham i altres, 1995; Scheier i altres, 1989). En el mateix sentit, s'han obtingut resultats en el cas d'altres malalties: la sida (Ostir i altres, 2001), el refredat comú i la grip (Cohen i altres, 2006), o la mortalitat en edat avançada (Cohen i Pressman, 2006; Maruta i altres, 2000). En definitiva, d'alguna manera, hem d'aprendre dels xiquets.

En relació a tot l'anterior, val la pena recordar ací també el que Richard Layard va escriure sobre la felicitat (Layard, 2005) poc abans de proposar els plantejaments que van donar lloc a l'IAPT. Com clarament va subratllar Layard, la causa més important de les misèries humanes als països industrialitzats no és la pobresa, no; el que produeix el major patiment, les majors desgràcies i infortunis són els problemes de salut mental. Per tant, no és desgavellat pensar que, probablement, un mode important per a ajudar a solucionar aquests problemes siga potenciar aqueixos factors i procediments que puguen proporcionar benestar, alegria i felicitat. Tenint en compte, això sí, que els grans teòrics que han meditat sobre aquest tema, com Bertrand Russell (1930), han prestat molta atenció a subratllar que la felicitat no està associada, simplement, a l'hedonisme i al gaudi de béns materials. Com bé assenyalen Avia i Vázquez (1998), la felicitat inclou alegria, però també moltes altres emocions, algunes de les quals no són precisament positives (per exemple, compromís, lluita, repte, i fins i tot dolor). I també és possible estar globalment satisfet i no sentir-se feliç, sinó només experimentar un sentiment de resignació amb el que a un li ha tocat en sort viure. No es tracta només d'experimentar estats afectius desitjables, sinó d'albergar la idea que un està encaminat cap a l'èxit dels objectius o metes que valora. En suma, estem en deute amb l'eudaimonia aristotèlica. Aquesta idea central que suposa exhortar les persones a viure d'acord amb el seu *daimon*, ideal o criteri de perfecció cap al qual un aspira i que dota sentit a la vida està molt present en l'àmbit dels tractaments psicològics i es reflecteix en els escrits d'autors d'orientació humanista i existencial com Rogers, Maslow o Ericsson i també, d'alguna manera, ho recullen el que es denominen nous enfocaments en teràpia de conducta (Linehan, 1993; Hayes 2004). Actualment, Csikszentmihalyi (1990), ha aprofundit en l'estudi d'un concepte que té també punts de contacte amb aquestes idees, el concepte de fluir (*flow*). L'experiència de *flow* suposa un conjunt de coses: l'existència d'una meta que implica un repte, concentració, domini, implicació personal i una aparent falta d'esforç; a més, el jo pareix esvair-se i el temps defindre's. Exemples paradigmàtics d'aquest tipus d'experiències podrien ser el que potser van experimentar Fred Astaire i Eleanor Powell, en gravar el *zapateado* de *Begin the Beguine*, de Cole Porter, per a la pel·lícula *Melodías de Broadway*. Segons els experts, el millor número de *zapateado* de tots els temps i, increïblement, la filmació es va realitzar sense talls, en una única presa; o el que potser va poder experimentar Herbert Von Karajan quan va dirigir l'antològic concert de l'Orquestra Filharmònica de Viena del dia d'Any Nou de 1985; o el que potser pot experimentar algun professor universitari mentre acaba de redactar alguna publicació important.

En suma, la psicologia positiva se centra en l'estudi científic del que està bé o funciona bé en les persones, als llocs de treball, les organitzacions i

les comunitats. Pretén potenciar el benestar i la felicitat. Està interessada a comprendre com es generen i es mantenen factors com l'optimisme, l'amor, la perseverança o l'originalitat. Vol saber com es poden activar les capacitats i els recursos que serveixen per a optimitzar la vida de les persones (Seligman i Csikszentmihalyi, 2000). Els defensors de la psicologia positiva creiem que aquesta disciplina no només té un enorme potencial per a revolucionar les arrels de la investigació en molts àmbits de la psicologia, com la clínica, el món laboral i el de les organitzacions, o el de l'educació; sinó que pot modificar de manera substancial les actituds i les habilitats bàsiques que utilitzen els professionals de tots aquests àmbits en la seua activitat quotidiana.

En els últims anys, la psicologia positiva s'ha expandit de manera molt important. Se l'ha reconegut com una àrea d'investigació prometedora i ha donat lloc a aportacions i aplicacions en molt variades facetes: la psicologia clínica, la psicologia social, la psicologia del treball i de les organitzacions, la psicologia de la salut, la psicologia educativa, la psicologia general, etc. (exemple recent d'això és la notícia apareguda el passat mes d'agost en el *New York Times*, informant que l'exèrcit dels Estats Units dedicarà importants fons per a entrenar a més d'un milió de soldats perquè siguem emocionalment més resilients). Un desenvolupament substancial el planteja també Seligman (2008) quan proposa una nova disciplina: la salut positiva. Disciplina que: «descriu un estat més enllà de la mera absència de malaltia i és definible i mesurable» (pàg. 3). Segons Seligman, en un futur pròxim, donarà lloc a una important disminució de costos personals i socials; a una millora, en el nostre benestar i en la qualitat de les nostres vides, cada vegada major.

A Espanya tenim una magnífica implantació de la psicologia positiva. Es deu, sobre manera, a l'esforç de persones com Carmelo Vázquez, M. Dolores Avia, Enrique Fernández-Abascal o Marisa Salanova. Ja hi han aparegut excel·lents publicacions sobre el tema (Fernández-Abascal, 2009; Vázquez i Hervás, 2008a,b; Salanova, Grau, Martínez, i altres, 2004) i s'està organitzant una associació científica centrada en aquest àmbit, presidida per Carmelo Vázquez. També està ja present en l'àmbit acadèmic, i ací volem subratllar que a la Universitat Jaume I de Castelló s'han posat en marxa els dos primers màsters del nostre país que aborden aquests temes, i també que és la primera universitat que té, en el nou pla d'estudis de Psicologia, una assignatura de grau amb aquesta denominació. Pel que fa a investigació, el nostre grup ([www.labpsitec.es](http://www.labpsitec.es)) està treballant en el desenvolupament i en l'experimentació de nous components de tractaments psicològics basats en la utilització d'emocions positives (Baños, García-Soriano, Botella i altres, 2009) i hem desenvolupat un protocol de tractament per als trastorns adaptatius que combina elements de la psicologia positiva amb les noves tecnologies TIC (Botella, Baños i Guillén,

2008). Aquest és un tema realment apassionant. De fet, la història de la humanitat és la història de com és possible fer front a l'adversitat, de com és possible sobreviure i de com és possible seguir avant gaudint, en cada moment, del regal de la vida, a pesar de totes les desgràcies i totes les pèrdues que puga comportar. En pensar en això, immediatament sorgeixen les preguntes, per què unes persones sobreviuen i altres es deixen abatre i morir (o malviure)? de quins factors depenen l'èxit o el fracàs en l'esforç i la glòria del *bon viure*? Es tracta de temes centrals de la moderna psicologia positiva. Estem en això; esperem que en aquest camí puguem trobar algunes respostes.

## **5.2. Els tractaments psicològics basats en l'evidència i la utilització de les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC)**

En els últims anys, les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) s'han desenvolupant a un ritme vertiginós i, a causa de l'enorme potencial que ofereixen, creiem que poden donar lloc a notables millores en els tractaments psicològics ja existents. Sobretot, pel que es refereix a l'Eix I de la guia dels TPBE, és a dir, l'eix de l'efectivitat o de la utilitat clínica. En aquest context, han sorgit termes com: *E-Therapy*; teràpia virtual, o teràpia informatitzada. Tots aquests podrien quedar inclosos en termes més amplis com *ciberteràpia*, que dona nom a una de les conferències amb més prestigi en el camp (*Cybertherapy*) o teràpia assistida per ordinador (*Computer-aided Psychotherapy*), nom proposat per Isaac Marks (Marks, Cavanagh i Gega, 2007). En tots els casos, suposa l'ús d'ordinadors com l'eina per a proporcionar l'ajuda o per a facilitar o millorar d'alguna manera la teràpia. En principi, aquestes eines poden servir com a dispositius de comunicació que proporcionen accés a noves maneres d'interacció a distància, com a dispositius de simulació per a crear mons virtuals, i com a dispositius de recollida i de maneig de dades, ja que permeten emmagatzemar una gran quantitat de dades clíniques que poden millorar i assegurar l'atenció dels pacients. Ara bé, des del nostre punt de vista, en parlar de ciberteràpia cal anar més enllà de l'ordinador, s'hauria de considerar també la utilització de qualsevol nou dispositiu o desenvolupament basat en les TIC que puga ajudar a millorar l'àmbit de la psicologia clínica, en general, i el dels tractaments psicològics, en particular (Botella, García-Palacios, Baños, i Quero, 2009). A continuació, resumisc els principals avanços que s'han dut a terme en aquest camp fins al moment.

### **5.2.1 Realitat virtual (RV)**

Una primera i important contribució de les TIC per als TPBE va vindre de la mà de la realitat virtual immersiva (VR). El treball pioner de Barbara Rothbaum

(Rothbaum, i altres, 1995), centrat en una fòbia específica (acrofòbia), va obrir el camp a molts altres desenvolupaments. Des del sorgiment d'aquesta, nombrosos estudis han demostrat l'eficàcia de la RV com una nova manera d'aplicar determinats tractaments psicològics. Els primers estudis se centraven bàsicament en les fòbies. Posteriorment, s'ha ampliat molt l'àmbit d'aplicació (trastorn de pànic, trastorn d'estrès posttraumàtic, trastorns alimentaris, dol complicat, trastorns adaptatius, etc.).

El nostre grup va dur a terme el primer estudi de cas que va sotmetre a prova amb èxit la utilitat de la RV per al tractament de la claustrofòbia (Botella i altres, 1998). A més, aquests resultats preliminars es van replicar en altres estudis amb un major grau de control (Botella, Baños, Vila, Perpiñá i García-Palacios, 2000). També desenvolupem altres aplicacions de RV per al tractament d'altres trastorns com: la fòbia a volar (Baños, Botella, Perpiñá i Quero, 2001; Botella, Osmá, García-Palacios, Quero i Baños, 2004), l'acrofòbia (Juan, Baños, Botella i altres, 2006), el trastorn de pànic amb agorafòbia (Botella García-Palacios, Villa, Baños i altres, 2007). A més, hem col·laborat amb el grup de Hoffman en el tractament de la fòbia a les aranyes (García-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness i Botella, 2002). Desenvolupem un sistema de RV per al tractament dels problemes relacionats amb la imatge corporal, freqüents en els trastorns alimentaris (Perpiñá i altres, 1999; Perpiñá, Marco, Botella i Baños, 2003); i també hem desenvolupat un sistema de RV per al tractament del joc patològic (Botella, Quero, Serrano, García-Palacios i Baños, 2008), l'estrès posttraumàtic (Botella, i altres, 2004), i el dol complicat (Baños i altres, 2008, Botella, Osmá, García-Palacios, Guillén i Baños, 2008).

En aquest àmbit, existeixen ja nombrosos estudis controlats, treballs de revisió i metanàlisi que posen de manifest l'avanç d'aquest camp (vieu, per exemple, Anderson, Jacobs i Rothbaum, 2004; Emmelkamp, 2005; Krijn, Emmelkamp, Olafsson i Biemond, 2004; García-Palacios i altres, 2006; Marks, Cavanagh i Lega, 2007; Powers i Emmelkamp, 2008).

### **5.2.2. Realitat augmentada (RA)**

Una altra aplicació de les TIC més recent, que també ha mostrat la seua capacitat per a millorar l'eficàcia i efectivitat d'alguns tractaments psicològics, és la realitat augmentada (AR o RA). La RA és una variació de la RV on s'integren i se superposen objectes virtuals en el món real. Les escasses aplicacions existents de RA en els tractaments psicològics s'han dirigit al tractament de dues fòbies específiques: la fòbia a animals xicotets i l'acrofòbia. S'han obtingut resultats

preliminars que mostren l'eficàcia d'aquest sistema en una sola sessió d'exposició intensiva, seguint les directrius de Öst, Salkovskis i Hellströöm (1991), en un estudi de cas (Botella i altres, 2005) i, més recentment, en un estudi que utilitza un disseny de línia de base múltiple entre subjectes (Botella, Bretón-López, Quero, Baños i García-Palacios, 2008d).

### **5.2.3. Telepsicologia**

Una altra contribució important, ja molt consolidada, és la telepsicologia o provisió d'ajuda a distància, que suposa la convergència de dispositius electrònics i de comunicació terapèutica. La telepsicologia es pot definir com l'ús de les TIC per a posar en contacte els pacients amb els professionals de la salut, ja siga amb fins diagnòstics o de tractament, per a la transmissió d'informació, la investigació o qualsevol altra activitat relacionada amb l'atenció de la salut (Brown, 1998). Les distintes aplicacions de la telepsicologia poden facilitar aspectes centrals del treball psicòleg quan la comunicació cara a cara no és possible. De fet, una sèrie d'aplicacions basades en telepsicologia han aconseguit que els TPBE estiguen disponibles per a les persones que els necessiten i que, per distintes raons (per exemple: viure en àrees remotes), no puguen acudir a un centre clínic on aquests tractaments estiguen disponibles. El nostre grup ha desenvolupat dues aplicacions de telepsicologia que utilitzen procediments d'autoajuda i poden ser totalment autoadministrades a través d'Internet per al tractament de fòbies específiques: la por a parlar en públic i la fòbia als animals xicotets (paneroles, aranyes i ratolins). En l'actualitat, disposem de dades sobre l'eficàcia d'ambdós sistemes (Botella, Hoffman i Moscovitz, 2004a; Botella i altres, 2007a; Botella i altres, 2008a; Botella i altres, 2008b).

Recentment, diversos estudis han demostrat l'eficàcia dels programes que utilitzen Internet com a suport d'aplicació per a una sèrie de problemes com l'estrès posttraumàtic, la fòbia social, el dol complicat, la depressió, el trastorn de pànic o el dolor crònic, entre altres (per a una revisió veieu, Andersson, 2009; Carlbring i Andersson, 2006; Ritterband i altres, 2003).

### **5.2.4. Aplicacions basades en computació ubiqua i en computació persuasiva**

Comencen a aparèixer unes altres aplicacions possibles, basades en les TIC, per als tractaments psicològics, que integren la *computació ubiqua* i la *computació persuasiva*. El primer terme va ser encunyat per Weiser, en 1991,

com un paradigma d'interacció en el qual l'ordinador es *distribueix* i *s'integra* en l'entorn del subjecte, tractant d'ocultar la presència d'aquest mitjançant xicotets i diversos dispositius que s'integren en el context i permeten la interacció persona-màquina de manera senzilla. Implica la tecnologia d'allò diminut, d'allò quasi invisible, xicotets sistemes que es comuniquen de manera espontània i amb qualitats que els permeten *incrustar-se* o *formar part* d'una gran quantitat d'objectes. És la tendència de la informatització i de la connexió en xarxa entre nosaltres mateixos i amb múltiples dispositius del nostre entorn. Exemples de la implementació d'aquesta tecnologia els trobem en els telèfons mòbils i els PDA amb connexió a Internet. Es tracta d'aconseguir un accés flexible i lliure a la informació des de qualsevol lloc i en qualsevol moment. És previsible que aquesta contínua tendència conduisca a la fusió completa de l'ordinador amb els objectes que utilitzem de manera quotidiana (Mattern, Ortega i Lorés, 2001).

El terme *computació persuasiva* va ser encunyat per Fogg, en 1999, i es pot definir com l'ús de la tecnologia amb el propòsit explícit de canviar les actituds i les conductes de les persones. Els éssers humans tenim una gran capacitat de persuasió, no obstant això, la capacitat persuasiva dels ordinadors ha fet que aquest concepte atraga l'atenció de les persones que treballem en el camp de la interacció persona-màquina. Els ordinadors poden ser més persistents que els éssers humans de moltes maneres, per exemple, utilitzant molts mètodes distints per a crear una experiència convincent (textos, arxius sonors, imatges, vídeos, contextos virtuals, efectes especials, animacions, etc.). A més, aquesta experiència convincent es pot multiplicar fàcilment i distribuir, de manera simultània, a un gran nombre de persones. L'ús, en l'àmbit de la salut, s'ha dirigit a persuadir les persones per a l'adopció d'hàbits saludables i per a la prevenció de determinats problemes (per exemple, pàgines web *persuasives* per a deixar de fumar). La computació persuasiva s'ajusta a una sèrie de directrius:

- a) *Just a temps*: missatges disponibles en el moment en el qual s'ha de prendre una decisió, com l'ús de la PDA, per a proporcionar missatges persuasius en la selecció de menjar sà (Intille, Kukla, Farzanfar i Baku, 2003);
- b) *Simulació d'experiències*: simulacions que permeten viure experiències útils en la presa de decisions i,
- c) *Personalització*: enviament d'informació personalitzada per a captar i incrementar l'atenció de l'usuari. Pot dir-se que ja existeix una important línia de treball en aquesta direcció (Fogg i Eckles, 2007).



Fins ara, el dispositiu més utilitzat, tant en el camp de la computació ubíqua com en el de la computació persuasiva, és el telèfon mòbil i s'ha arribat a afirmar que: «els telèfons mòbils es convertiran en la plataforma més important per a canviar la conducta humana» (Fogg, 2007, pàg. 5). La ràpida integració i la presència del mòbil en tots els contextos on actuen éssers humans han permès la creixent utilització d'aquest dispositiu en la salut. S'ha utilitzat, per exemple, per a proporcionar consell psicològic a pacients amb sida (Skinner, Rivette i Bloomberg, 2007); en el tractament de l'addició al tabac, a través de l'enviament regular i personalitzat de missatges de text advertint dels riscos i oferint suport i distracció (Rodgers i altres, 2005), en l'entrenament d'estratègies en el control de l'estrès (Riva, Preziosa, Grassi i Villani, 2006), o en el tractament a través de tècniques d'afrontament de l'estrès causat per exposició a ambients de combat hostils (Riva, Grassi, Villani i Preziosa, 2007). En aquesta línia, Bang, Timpka, Eriksson, Holm i Nordin (2007) han fet una proposta per a integrar estratègies d'entrenament en tècniques cognitivoconductuals en els telèfons mòbils. El nostre grup està utilitzant aquest tipus de dispositius combinant-les amb estratègies de *serious games*, en el marc de la prevenció de l'obesitat en xiquets (Baños, Cebolla, Frías, i altres, 2009) i en la utilització dels telèfons mòbils per a ajudar el tractament de fòbies (Botella, Bretón-López, Quero i altres, en revisió).

Els nous dispositius centrats en l'usuari pareix que s'estan convertint en la tendència cap a la qual es dirigeixen les TIC en el segle XXI. Es pot pensar que el ràpid avanç en el desenvolupament d'aquest àmbit, i la creixent investigació de les possibilitats que té per a la psicologia clínica, en general, i per als TPBE, en particular, ens permetrà comptar amb un nombre cada vegada major de possibilitats per a dissenyar, millor i amb més precisió, les futures estratègies d'intervenció psicològica del segle XXI.

En aquests moments, és possible afirmar que l'ús de les TIC en els tractaments psicològics intenta facilitar el treball dels terapeutes i la integració dels pacients en el procés terapèutic. Concretament, per als pacients uns dels majors avantatges de les TIC és la seguretat, el control i la confidencialitat que els proporcionen: poden rebre el tractament de manera segura sense estar exposats als ulls dels altres; i, a més, en alguns casos poden afrontar el seu problema, ja siga a la consulta del terapeuta o, fins i tot, a la mateixa llar del pacient. Es tracta de fer els tractaments psicològics molt més accessibles per a tots i de trencar alguns dels estigmes existents entorn d'aquests. Sens dubte, açò fa que es promocionen millores en els actuals programes de tractament, en permetre generar una diversitat de contextos i d'alternatives terapèutiques per als pacients.

## 6. Algunes consideracions ètiques

---

No voldria finalitzar un treball centrat en els tractaments psicològics sense prestar atenció als aspectes ètics. Si més no, d'algunes de les implicacions d'aquests nous reptes.

La tecnologia té un enorme potencial per al canvi. La tecnologia ens canvia i la tecnologia canvia el món on vivim. Només cal recordar els canvis efectuats en tota la progènie humana a causa de l'ús d'eines; o les variacions que s'han produït al nostre planeta, a causa del progressiu ús d'artefactes cada vegada més i més sofisticats (carros, vaixells, cotxes, trens, avions, llançadores espacials, impremta, ordinadors, Internet, etc.). Tots aquests aparells han permès avanços extraordinaris, han ajudat a l'establiment de distintes cultures i a la conquesta de nous espais al planeta Terra i, més enllà, a l'espai.

Quelcom semblant es pot dir de la psicologia i dels tractaments psicològics. Els missatges i les instruccions que es donen a una persona (o a una societat) poden salvar-la o tindre un efecte devastador. Podem recordar Skinner quan assenyalava les senzilles tècniques basades en l'aprenentatge operant que estaven en la base del *rentat de cervell*. Si els coneixements progressen, els procediments d'intervenció es perfeccionen i s'hi afegeixen més elements a utilitzar, la capacitat de control pot arribar a ser notable. Recordem les crítiques a la modificació de conducta inicial, el treball de Skinner en *Més enllà de la llibertat i la dignitat* (1972) i les cauteles sobre *qui controla el controlador*.

Antigament, els pares i/o la tribu marcaven el camí, assenyalaven el que era convenient aprendre. Els límits eren els seus coneixements, els seus mètodes i la pròpia tribu. Més tard, a més de l'anterior, també es comptava amb els mestres i els llibres (i els terapeutes). Aquest fet va suposar eixamplar notablement els límits. Però, encara així, només es tenia accés a determinats mestres (els que tocaven en sort) a determinats llibres (els que hi havia en l'entorn) i a determinats terapeutes amb uns coneixements específics (els tractaments que existien i també, en aquest cas, els terapeutes que tocaven en sort). L'aparició de la impremta va potenciar la publicació de molts més llibres. L'aparició de tecnologies revolucionàries com el telèfon, la ràdio o la televisió va suposar una important obertura a altres idees, a uns altres contextos i a unes altres fonts d'informació. Els esforços i el treball que han donat lloc als tractaments basats en l'evidència han obert la possibilitat d'afrontar moltes misèries humanes de manera molt més eficaç. Ara bé, la combinació de les distintes TIC com Internet, RV, dispositius mòbils, sensors etc.; junt amb els nous procediments de teràpia,

suposa una ampliació significativament major pel que fa a l'obertura dels límits i de les possibilitats.

Sens dubte, les noves tecnologies arribaran a tots els llocs, afectaran tot i a tots, es convertiran en tecnologies *líquides*. En aquests moments, tenim ja ací la *Generació C*, descrita per Peter Marsh com la verdadera generació filla d'Internet (definida per moltes possibles ces: creativitat, connectivitat, col·laboració, comunicació). Una generació desenvolupada sota la ideologia d'Internet, és a dir, l'accés lliure a la informació, la cooperació i la possibilitat d'intercanviar informació. Tant de bo siga cert i no haja de ser recordada per altres coses, perquè també és possible pensar en futurs descendents de la *Generation C*, com a sers *connectats*, que constantment augmenten un espai privat personal i cada vegada siguen més autistes.

Com ha succeït al llarg de l'evolució humana, la utilització massiva d'aquests enginyers basats en les TIC pot produir canvis en el nostre *aparell per a conèixer el món* (Lorenz, 1977). De la mateixa manera que es van perdre el pèl moixí dels primats i els molars de determinats mamífers, poden desaparèixer unes altres coses; encara que ací els canvis poden ser més dràstics o perillosos. Potser perdrem meravellosos tresors com el llenguatge no verbal o la calidesa del contacte físic. No sabem a llarg termini els efectes que açò pot tindre sobre el funcionament de l'ésser humà com ser social, i fins i tot sobre el seu desenvolupament des d'un punt de vista físic. Hi ha la possibilitat que els nous *digital natives* (per usar terminologia de Marc Prensky), els nostres descendents, ja no necessiten les cames: potser ja no els calga *anar enlloc*, tota la informació, tota la diversió, tot el que és necessari que puguen requerir ho podran *portar*. Gran part de la vida arriba a ser digital.

En aquest context, cobren especial rellevància els plantejaments de Kurzweil (2005), fins a quin punt la modificació del *món* podria fer *emergir* una consciència diferent en un ésser humà que visca en mons virtuals, o que visca en mesclades de realitats físiques i virtuals? Aquesta fusió íntima entre humans i tecnologia és només l'etapa precursora; ja que, cada vegada va a cobrar més importància la *intel·ligència no biològica*. Aquesta nova intel·ligència ja està ací i, sens dubte, ocupa i regeix bona part de les nostres vides. Què opinariem si se'ns diguera que hem perdut **tots** els nostres arxius digitals, o que ja no podem tindre accés a Internet i a les bases de dades? Com assenyala Kurzweil, aquesta *intel·ligència no biològica*, es podrà redissenyar a sí mateixa, cada vegada en major grau; es podrà millorar més i més, i a ritmes també més accelerats progressivament. Per a Kurzweil, l'aspecte central, realment perillós i que marca la diferència,

és que aquella intel·ligència humana que no haja estat estimulada i no haja progressat prou, potser ni tan sols arribe a adonar-se del que està succeint o que ni tan sols ho puga arribar a entendre. La conclusió és que *nous éssers* podran progressar infinitament encara que el seu cos s'esgoti, podran seguir indefinidament existint en silici en compte de carboni. Es tracta d'anar més enllà encara del que plantejava Daniel Dennet en els seus *Brainstorms* (1981): «Sóc Dennet, sóc Yorick o sóc Hubert?». Encara serà més difícil tindre clar quina puga ser la verdadera identitat personal d'aqueixos *nous éssers*.

Si en els pròxims 100 anys tot va en la línia que s'està plantejant, els nous tractaments psicològics generaran canvis d'importància. La introducció pautaada i sistemàtica dels avanços que es puguen produir en els TPBE, junt amb els nous desenvolupaments de la psicologia positiva i les sofisticades aplicacions que suposen les TIC, poden donar lloc a canvis radicals en el funcionament humà. En aquest context, voldria recordar Zubiri (1963) quan insisteix en el fet que: «*la capacitat d'haver-se-les amb les coses com a realitats*» i no com a mers estímuls, és el que clarament diferencia a l'home d'uns altres organismes vius.

«L'home és l'únic animal que no està tancat en un mitjà específicament determinat, sinó que està constitutivament obert a l'horitzó indefinit del món real. Mentre l'animal no fa sinó resoldre situacions, fins i tot construint xicotets dispositius, l'home transcendeix de la seua situació actual i produeix artefactes no només fets *ad hoc* per a una situació determinada, sinó que situat en la realitat de les coses, de la qual cosa aquestes són 'seues', construeix artefactes encara que no tinga necessitat d'aquests en la situació present, sinó per a quan arribe a tindre-la; és que es maneja les coses com a realitats... En una paraula, mentre l'animal no fa sinó 'resoldre' la seua vida, l'home 'projecta' la seua vida. Per açò la seua indústria no es troba fixada, no és mera repetició, sinó que denota una innovació producte d'una invenció, d'una creació progredient i progressiva». (Zubiri, 1964, pàg. 148).

Pinillos (1975), recordant el mestre, afirma també que l'home és un: «*animal de realitats*», de fet, l'ésser humà seria l'únic animal que pot crear realitats: Pinillos subratlla la clara diferència existent entre percebre un *medi*, açò és, un conjunt d'estímuls prefixats, a percebre un *món* on les coses no estan prefixades, es tracta de quelcom formalment obert.

Sens dubte, existir és un procés de construcció contínua. Es tracta d'aprendre, es tracta de progressar, com diu Popper (1994), a partir dels errors. El meu lema durant anys ha estat, i continua sent: «*Naixent i aprenent, morint i aprenent*».

La qüestió ací seria, per tant: On ens condueixen aquests nous aprenentatges? Cap a quines realitats anem? És un imperatiu ètic dedicar-li un poc d'atenció i reflexionar sobre aquest tema. Convé recordar, en aquest context, la teoria de sistemes de Bertalanffy (1967, 1968) amb la seua visió de l'ésser humà com a sistema obert, com a agent actiu; de fet, d'alguna manera, una visió pròxima a la de Zubiri. Per a Bertalanffy la persona no és un ésser receptor passiu dels estímuls que provenen del món extern, ell pot crear el seu propi univers. En aquest context, cobra tot el sentit la seua afirmació que qualsevol intervenció, qualsevol artifici humà té un preu, no importa com de ben intencionat siga l'agent de tal intervenció. Cap a quin univers i cap a quin ésser humà (o cap a quin organisme cibernètic) ens dirigim? No convindria contribuir a la destrucció o a la pertorbació de processos humans centrals i necessaris. Sí que convindria facilitar l'aparició de patrons de funcionament que pogueren resultar útils en el procés de l'evolució humana (tant per a un mateix com per als altres), com el creixement personal, l'empatia i la compassió.

Per tant, cada vegada serà més necessari: definir amb atenció els possibles marcs d'actuació, delimitar rigorosament els programes d'observació/intervenció, intentar sempre capturar i/o anticipar possibles efectes col·laterals negatius i intentar controlar/pal·liar els efectes negatius, si es produïren. Tot això, sota el paraigua d'una adequada metodologia científica. Serà necessari posar en marxa programes d'investigació amb els oportuns controls, tant metodològics com ètics. En aquest territori nou, encara no conquistat només podem anar a les palpentes. Com a element d'ajuda no estaria malament que recorreguérem al *saber acumulat* de la progènie humana. Calen cervells pensants i ètics (o ètics i pensants?) que tinguen temps i recursos per a aprofundir adequadament en el tema. Com sempre, la tecnologia i els avanços en el coneixement són neutrals. El punt important passa a ser llavors: Per què decidir-se? Cap a on anar? Quines intervencions, quines aplicacions poden tindre més sentit o resultar més útils, tindre més impacte o beneficiar més persones? A tots ens afecta aquest repte sobre quines *teràpies* convé aplicar i quin *ciberespai* psicològic convé crear.

## 7. A manera de conclusió

---

Una clara implicació de tot l'anterior és que resulta imperatiu continuar treballant en distints fronts: des de millorar els TPBE ja existents; pensar en altres possibles enfocaments o alternatives que puguin resultar d'utilitat per a distints trastorns, obtenir evidència empírica sobre tots aquests; sotmetre a prova com posar-los a disposició de més i més persones; fins a informar els responsables de les polítiques de salut, i a la societat en general, sobre els avanços amb els quals ja comptem.

Sens dubte, tenien raó Eysenck, Rachman i Wilson en demanar que les nostres intervencions tingueren suport empíric, és massa perillós anar per un altre camí. Quedar-se al marge de tots aquests esforços suposa massa riscos i no pot justificar-se. En tot cas, continue estant d'acord amb les lúcides preguntes que va plantejar Beutler (1998), fa una dècada, i amb els aspectes fonamentals de les seues respostes (Botella, 2001):

a) Deuria la professió identificar tractaments que tingueren suport empíric? Sí. Siga com siga, hi haurà pressions per a identificar-los i el tema és tan important que no és possible deixar-ho en mans dels legisladors o els responsables de les polítiques de salut.

b) Són adequats els actuals criteris per a delimitar els tractaments basats en l'evidència? Sí. Encara que potser serien desitjables algunes correccions.

c) El fet de seleccionar criteris més amplis podria donar lloc a conclusions distintes? No. No pareix que ampliar els criteris canvie de manera substancial els resultats. Per tant, no n'hi ha justificació per a liberalitzar els criteris. Potser s'haurien d'incloure, cada vegada més, elements en les valoracions, com ha succeït amb la pràctica psicològica basada en l'evidència.

En aquests moments, caldria afegir alguna consideració addicional centrada, no tant en els criteris, com en uns altres aspectes rellevants per l'àmbit dels tractaments.

d) Caldria considerar noves perspectives, tant teòriques com pràctiques, que pogueren millorar els TPBE? La resposta, una vegada vist tot l'anterior, necessàriament ha de ser: sí.

e) Caldria considerar noves formes d'aplicar els TPBE? De nou, la resposta ha de ser afirmativa.

La qüestió és examinar tot aquest moviment al voltant dels TPBE no com un tema tancat, sinó com un procés dinàmic en contínua expansió. La ciència no està

mai acabada. Com sempre, convé que continuem aprenent dels nostres errors. La qüestió és que les conseqüències de determinats errors poden ser trivials, mentre que unes altres poden tindre efectes dramàtics. Com s'ha assenyalat anteriorment, ara sabem que el funcionament psicològic òptim és molt més que, simplement, *estar a gust i no tindre problemes*. El funcionament psicològic òptim *no es regala i tampoc es pot comprar*. En gran manera, depèn de l'establiment de *metes amb significat personal* i, a poder ser, que suposen *un benefici per a uns altres*. Generalment, açò suposa esforç, dedicació, treball i disciplina. No obstant això, la recompensa és molt elevada. La bona vida, la *vida plena no és l'absència de problemes*, sinó desenvolupar la capacitat, la força, la valentia i l'alegria de fer-los front i superar-los i, si no és possible, acceptar-los.

Tot això té importants implicacions per a l'època que ens ha tocat viure. Estem en una profunda crisi econòmica i també en una profunda crisi de valors. Bona part de la societat (almenys, l'occidental) s'havia (o ens havíem) acostumat a tindre-ho tot; i tindre-ho, a més, ràpidament i amb poc d'esforç. A curt termini, això podia resultar satisfactori, a mitjà o a llarg termini, sens dubte, és una catàstrofe personal i social. La teràpia de conducta ja ens va ensenyar durant la primera meitat del segle XX que per a un desenvolupament adequat, els xiquets necessiten una combinació d'afecte i de normes clares d'actuació (el món és massa complicat), normes que han de complir-se. Ara ja sabem que per a aconseguir desenvolupar-nos com a persones de manera òptima, per a poder aconseguir altes cotes de satisfacció personal, de benestar i de felicitat, calen unes altres coses. Sens dubte, les més importants són l'esforç, la dedicació, el treball, la implicació personal i tindre molt en compte les repercussions que pot tindre tot això sobre les altres persones i sobre la societat. Com subratlla Layard en el seu llibre sobre la felicitat: «*Les persones necessiten sentir-se necessàries*».

Per tant, resulta necessari cridar l'atenció dels responsables polítics i de les autoritats acadèmiques sobre la importància de transmetre aquests valors i de promocionar aquest tipus de perspectives, tant entre els nostres col·legues, com entre el nostre estudiantat a la universitat. Tots haurien de saber que la manera més senzilla d'aconseguir un alt grau de satisfacció personal i de felicitat; i, a més, promocionar així la seua salut física i mental, i les seues possibilitats de supervivència, està en funció d'una fet tan senzill i tan barat com *treballar i esforçar-se en l'èxit d'una meta que els resulte interessant, potenciar l'optimisme i donar-se als altres*.

En la psicologia comunitària dels anys '60 s'insistia en l'exigència ètica de fer arribar els missatges importants als *qui tingueren en la seua mà la possibilitat de*

*modificar les coses.* En deute amb aqueixos temps, també s'exposen ací aquests fets. No obstant això, les coses, afortunadament han canviat i aquesta necessitat ja no és tan imperiosa. Ja no depenem tant dels responsables polítics, siguen del signe que siguen. Ara, gràcies a les noves tecnologies *persuasives* hi ha altres possibilitats. Algunes d'aquestes ja s'han plantejat, es basen en les possibilitats d'Internet des d'un punt de vista social: el *crowdsourcing* (Travis, 2008) se centra en les possibilitats que ofereix el fet que una ingent massa de persones decidisca treballar per a arribar a solucionar determinats problemes i oferir premis i reconeixement als que ho aconseguisquen; o el *crowdfunding* (Gaggioli i Riva, 2008), és a dir, la democratització de la ciència, una estratègia contra la possible falta de recursos destinats a investigació. Es tracta d'aconseguir que també una ingent massa de persones propose, analitze i decidisca quins projectes o quines idees resulten finançables i pague xicotetes quantitats pels projectes preferits. Adonem-nos-en que, en ambdós casos, *l'impuls* i la *força* del concepte vénen donats per *l'ingent conjunt de persones implicades* se l'anomene multitud de persones, multitud, societat o *crowd*. Caldrà dissenyar estratègies per a fer arribar aquests senzills missatges sobre com aconseguir un adequat funcionament psicològic a totes les persones a les que puguen beneficiar.

Mentrestant, i des d'una perspectiva més tradicional, no puc deixar de recordar dues de les ensenyances que Ortega y Gasset ens va transmetre en la seua famosa conferència de 1930 sobre la *Missió de la universitat*, ja que crec que resulten rellevants per al tema que ens ocupa. En primer lloc, la seua afirmació clara sobre que la ciència implica esforç, dedicació i vocació: «*El científic ve a ser el monjo modern*». D'una altra, els seus plantejaments sobre la vida i com viure-la i resoldre-la:

«La realitat que solem anomenar *vida humana*, la nostra vida, la de cada un, no té res a veure amb la biologia o ciència dels cossos orgànics. La biologia, com qualsevol altra ciència, no és més que una ocupació a la qual alguns homes dediquen la seua *vida*. El sentit primari i més verdader d'aquesta paraula *vida* no és, doncs, biològic, sinó biogràfic, que és el que posseeix des de sempre en el llenguatge vulgar. Significa el conjunt del que fem i som, aqueixa terrible feina —que cada home ha d'executar pel seu compte— De sostindre's en l'univers, d'emportar-se o conduir-se per entre les coses i éssers del món. *Viure és, certament, tractar amb el món, dirigir-se a aquest, actuar en aquest, ocupar-se d'aquest.* Si aquests actes i ocupacions en els quals el nostre viure consisteix es produïren en nosaltres mecànicament, no serien viure, vida humana. L'autòmat no viu. Allò greu de l'assumpte és que la vida no ens és donada feta, sinó que, vulguem o no, hem d'anar-la decidint nosaltres instant darrere d'instant. En cada minut necessitem resoldre el que farem en l'immediat, i açò vol dir que la vida de l'home constitueix per a ell un problema



perenne. Per a decidir ara el que farà i serà dins d'un moment, ha de, vulga o no, formar-se un pla, per simple o pueril que aquest siga. No és que haja de formar-se'l, sinó que no n'hi ha vida possible, sublim o ínfima, discreta o estúpida, que no consistisca essencialment a conduir-se segons un pla. Fins i tot abandonar la nostra vida a la deriva en una hora de desesperació és ja adoptar un pla. Tota vida, per força, es *planeja* a sí mateixa». (2002, pàg. 28).

Les ensenyances d'Ortega, afortunadament, ens aclareixen coses i ens ajuden a diferenciar els aspectes centrals que caldria cuidar i malcriar en aqueixes noves realitats que poden emergir perquè la vida continue sent *vida, vida humana*.

Al començament de la dècada dels '80, quan vaig començar a gaudir impartint les meues primeres classes a la universitat, era ben distinta la informació que es podia transmetre als estudiants en una lliçó magistral centrada en el tema dels tractaments psicològics. Com hem vist, afortunadament, les coses han canviat i durant el segle XX l'avanç en els coneixements en aquesta esfera ha estat espectacular. La predicció és que durant el segle XXI aquest avanç serà, si és possible, molt major.

Us assegure que ha estat un enorme privilegi, no només haver estat testimoni atent de tots aquests avanços, sinó també haver pogut contribuir, d'alguna manera, a que es produïren. Repetiré avui el mateix que els hi dic als meus alumnes des de fa molts anys. Voldria animar-vos a seguir aquest camí d'exploració i descobriment que suposa la investigació científica. Sincerament, crec que no n'hi ha cap altra activitat humana que pugua resultar tan absorbent, divertida i estimulante. De nou, li done les gràcies a Karl Popper (1994) per recordar-nos que: «*el futur està obert i l'optimisme és un deure*».

## Bibliografia:

---

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

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

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

- of complicated grief using virtual reality: a case report. *Death Studies*, 32, 674-692.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R., Perpiñá, C., García-Palacios, A., i Riva, G. (2004). Virtual Reality and Psychotherapy. En G. Riva, C. Botella, P. Legeron i G. Optale (eds.), *Cybertherapy, Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience*. Amsterdam: IOSS Press.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., García-Palacios, A., i Baños, R.M. (2008). El uso de la Realidad Virtual en el tratamiento del juego patológico. En J. del Pozo, L. Pérez, i M. Ferreras (comp.), *Adicciones y Nuevas tecnologías de la Información y de la Comunicación: perspectivas de su uso para la prevención y el tratamiento*. Govern de La Rioja: Conselleria de Salut.
- Brown, F.W. (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*, 49, 963-964.
- Burt, M. (2001). What will it take to end homelessness? Washington, DC: Urban Institute.
- Carlbring, P., i Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, 22, 545-553.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., i altres. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D.L., i Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions. Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D. L., Sandersson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K.S., Crits-Cristoph, P., i altres (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.
- Chiles, J. A., Lambert, M.J., i Hatch, A.L. (2002). Medical cost offset: A review of the impact of psychological interventions on medical utilization over the past three decades. En N.A. Cummings, W.T. O'Donohue, i K.E. Ferguson (eds.), *The impact of medical cost offset on practice and research* (pàg. 47-56). Reno, NV: Context Press.
- Chilvers, C., Dewey, M., Fielding, K., Gretton, V., Miller, P., Palmer, B., i altres (2001). Counselling versus Antidepressants in Primary Care Study Group. Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. *British Medical Journal*, 322, 722725.
- Clark, D. M., Layard, R. i Smithies, R. (2008). *Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of the two demonstration sites*. Disponible en London School of Economics Centre for Economic Performance. <http://www.iapt.nhs.uk> Paper #1648.

- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D.A., Suckling, R., i Wright, B. (2009). *Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites*. Behaviour Research and Therapy. El programa i sobre la implantació d'aquest en la web: <http://www.iapt.nhs.uk>.
- Cohen, A. (2008). IAPT: a brief history. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal*, April, 8-11.
- Cohen, S., Alper, C.M., Doyle, W.J., Treanor, J.J., i Turner, R.B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or Influenza A virus. *Psychosomatic Medicine*, 68, 809-815.
- Cohen, S., i Pressman, S.D. (2006). Positive affect and health. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 122-125.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper and Row.
- Danner, D., Snowdon, D., i Friesen, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.
- Davidson, K. W., Trudeau, K. J., Ockene, J. K., Orleans, C. T., i Kaplan, R. M. (2003). A primer on current evidence-based review systems and their implications for behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 161-171.
- Dennet, D. (1981). *Brainstorms: Philosophical Essays on Mind and Psychology*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Dornan, D.H., Felton, C., i Carpinello, S. (2000). *Mental Health Recovery from the Perspectives of Consumers/Survivors*. Presentation at the American Public Health Association Annual Meeting. November, 14, Boston.
- Duchenne, G. (1990). *The Mechanism of Human Facial Expression*. New York: Cambridge University Press.
- Duffy, M. (Ed.) (1999). *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*. New York: Wiley.
- Emmelkamp, P.M. (2005). Technological Innovations in Clinical Assessment and Psychotherapy. *Psychotherapy Psychosomatics*, 74, 336-343.
- Evidence Based Medicine Working Group (1992). Evidence based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of The American Medical Association*, 268, 2421-2425.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H.J. (1966). *The effects of psychotherapy*. New York: International Science Press.
- Fernández-Abascal, E. (2009). *Emociones positivas*. Madrid: Pirámide.
- Frankl, V. (1960). Paradoxical intention. A logotherapeutic technique. *American*

- Journal of Psychotherapy*, 14, 520-535.
- Frankl, V. (1967). *Psychotherapy and Existentialism: Selected Papers on Logotherapy*. Washington: Square Press.
- Fredrickson, B. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in Positive Psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fogg, B.J. (1999). The elements of computer credibility. Proceedings of the SIGCHI conference on Human factors in computing systems: the CHI is the limit (pàg. 80-87). Pittsburgh, Pennsylvania, United States.
- Fogg, B.J., i Eckles, D. (2007). *Mobile persuasion*. Stanford, California: Stanford University.
- Gaggioli, A., i Riva, G. (2008). Working the crowd. *Science*, 321, 1443.
- García-Palacios, A., Botella, C., Hoffman, H., Baños, R.M., Osmá, J., Guillén, V., i altres. (2006). Treatment of Mental Disorders with virtual reality. En M. J. Roy (ed.), *Proceedings of the NATO advanced research workshop on PTSD*. Amsterdam: IOS Press.
- García-Palacios, A., Hoffman, H., Carlin, A., Furness, T.A., III, i Botella, C. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 983-993.
- Giltay, E.J., Geleijnse, J., Zitman, M., Hoekstra, F.G., i Schouten, E.G. (2004). Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1126-1135.
- Harding, C. (2004). Remission vs. recovery: Two very different concepts. Conference presentation at *Reclaiming Lives: What Professionals Need to Know About Assessment, Planning, and Treatment for People Who Appear to be Stuck on the Road to Recovery*. Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation at the Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, April, 13.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Herink, R. (ed.) (1980). *The psychotherapy handbook: the A to Z guide to more than 250 different therapies use today*. New York: New American Library.
- Hollon, S.D., Stewart, M.O., i Strunk, D. (2006). Enduring effects for CBT in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 58, 352-359.
- Institute of Medicine (IOM) (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.

- Intille, S.S., Kukla, C., Farzanfar, R., i Bakr, W. (2003). *Just-in-time technology to encourage incremental, dietary behavior change*. Proceedings of the AMLA, 2003 Symposium.
- Jones, M.C. (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308-315.
- Kazdin, A.E. (1978). *History of behavior modification: experimental foundations of contemporary research*. Baltimore: University Park Press.
- Kazdin, A.E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 95-105.
- Kazdin, A.E. (1996). Validated treatments: Multiple perspectives and issues. Introduction to the Series. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 216-217.
- Kazdin, A.E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Kazdin, A.E., i Weisz, J.R. (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Kendall, P.C., i Chambless, D.L. (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3-167.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., i Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Korchin, S.J. (1976). *Modern clinical psychology: principles of intervention in the clinic and community*. New York: Basic Books.
- Krijn, M., Emmelkamp, P.M.G., Olafsson, R.P., i Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 24, 259-281.
- Kubzansky, L.D., Sparrow, D., Vokonas, P., i Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosomatic Medicine*, 63, 910-916.
- Kurzweil, R. (2005). *The Singularity Is Near: When Humans Transcend Biology*. Viking Adult.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E., i Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos eficaces. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Labrador, F.J., Vallejo, M.A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., i Fernández-Montalvo, J. (2003). *La eficacia de los tratamientos psicológicos*. *INFOCOP*, 17, 25-30.



- Layard, R. (2005). *Happiness: Lessons from a New Science*. Penguin Press HC.
- Layard, R. (2006). Happiness and Public Policy: a Challenge to the Profession. *The Economic Journal*, 116, 24-33.
- Layard, R., Bell, S., Clark, D.M., Knapp, M., Meacher, M., Priebe, S., i altres. (2006). *The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders*. London School of Economics. Disponible en: <http://cep.lse.ac.uk>. Centre for Economic Performance Report.
- Layard, R., Clark, D.M., Knapp, M., i Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202, 90-98.
- Leedham, B., Meyerowitz, B.E., Muirhead, J., i Frist, W.H. (1995). Positive expectations predict health after heart transplantation. *Health Psychology*, 14, 74-79.
- Levitt, E.E. (1957). The results of psychotherapy with children: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 189-196.
- Levitt, E.E. (1963). Psychotherapy with children: A further evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 326-329.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lipsey, M.W., i Wilson, D.B. (2001). The way in which intervention studies have "personality" and why it is important to meta-analysis. *Evaluation and the Health Professions*, 24, 236-254.
- López, A.D., Mathers, C.D., Ezzati, M., Murray, C.J.L. i Jamison, D.T. (2006). *Global burden of disease and risk factors*. New York: Oxford University Press.
- Lorenz, K. (1977) *Behind the mirror*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Marks, I. M., Cavanagh, K., i Gega, L. (2007). Computer-aided psychotherapy: revolution or bubble? *British Journal of Psychiatry*, 191, 471-473.
- Maruta, T., Colligan, R.C., Malinchoc, M., i Offord, K.P. (2000). Optimists vs. pessimists: Survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clinic Proceedings*, 75, 140-143.
- Mattern, F., Ortega, M., i Lorés, J. (2001). *Ubiquitous Computing: The Trend Towards the Computerization and Networking of All Things*. Disponible en <http://www.upgrade-cepis.org/issues/2001/5/up2-5Present.pdf>
- Nathan, P.E. (1998). Practice guidelines: Not yet ideal. *American Psychologist*, 53, 290-299.
- Nathan, P.E., i Gorman, J.M. (eds.) (2002). *A guide to treatments that work*. London: Oxford University Press (traduït: *Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan*. Madrid: Alianza Editorial).
- Nathan, P.E., Gorman, J.M., i Salkind, N.J. (2002). *Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan*. Madrid: Alianza Editorial.
- National Alliance on Mental Illness (2006). *Grading the states: A report on*

- America's health care system for serious mental illness*. Arlington, VA. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD). Disponible en: [http://www.nasmhpd.org/spec\\_e-report](http://www.nasmhpd.org/spec_e-report).
- New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- NICE (2004a). *Depression: Management of depression in primary and secondary care (clinical guideline 23)*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence. <http://www.nice.org>.
- NICE (2004b). *Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with and without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care (clinical guideline 22)*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence. <http://www.nice.org>.
- NICE (2005a). *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder (clinical guideline 31)*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence. <http://www.nice.org>.
- NICE (2005b). *Post-traumatic stress disorder (ptsd): The management of ptsd in adults and children in primary and secondary care (clinical guideline 26)*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence. <http://www.nice.org>.
- NICE (2006). *Computerized cognitive behaviour therapy for depression and anxiety: Technology appraisal 97*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence. <http://www.nice.org>.
- Norcross, J.C. (2001). Purposes, processes, and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 345-356.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Organització Mundial de la Salut (1946). Preàmbulo de la Carta Fundacional de la Organització Mundial de la Salut. *Registros Oficiales de la Organización Mundial de la Salud*, 2, 100.
- Organització Mundial de la Salut (2001). World Health Report 2001. Geneva
- Organització Mundial de la Salut (2003). Mental Health in the European Region. Geneva.
- Organització Mundial de la Salut (2004). World Health Report 2004: Changing History. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud (2008). The global burden of disease, 2004 update. Geneva.
- Öst, L., Salkovskis, P., i Hellström, K. (1991). One-session therapist directed

- exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*, 22, 407-422.
- Ostir, G.V., Markides, K.S., Peek, M.K., i Goodwin, J.S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 63, 210-215.
- Pekarik, G. (1993). Beyond effectiveness. Uses of consumer-oriented criteria in defining treatment outcomes. En T.R. Giles (ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pàg. 409-436). New York: Plenum Press.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C., i Amigo, I. (coords.) (2003a). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces Vol. I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C., i Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003b). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (Vol. 2: Psicología de la salud)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C., i Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003c). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (Vol. 3: Infancia y adolescencia)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Perpiña, C., Botella, C., Baños, R.M., Marco, J.H., Alcañiz, M., i Quero, S. (1999). Body image and virtual reality in eating disorders: Exposure by virtual reality is more effective than the classical body image treatment? *CyberPsychology & Behavior*, 3, 149-159.
- Pinillos, J.L. (1975). *Principios de psicología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Popper, K. (1994). *La responsabilidad de vivir*. Barcelona: Paidós.
- Power, A.K. (2005). Achieving the Promise through Workforce Transformation: A View from the Center for Mental Health Services. *Administration & Policy in Mental Health*, 32, 489-495.
- Power, A.K., i Manderscheid, R.W. (2004) New Federal Perspective: Recovery, Now! NASMHPD e-Report on Recovery. Disponible en [http://www.nasmhpd.org/spec\\_e-report](http://www.nasmhpd.org/spec_e-report)
- Powers, M. B., i Emmelkamp, M. G. (2007). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 561-569.
- Rachman, S. (1971). *The effects of psychotherapy*. Oxford, UK: Pergamon Press.
- Rachman, S., i Wilson. G.T. (1980). *The effects of psychological therapy*. Oxford, UK: Pergamon Press.
- Ralph, R. (2000). *Review of recovery literature: A synthesis of a sample of recovery literature 2000*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning (NTAC).
- Reisman, J.M. (1966). *The development of clinical psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.

- Richards, D.A., i Suckling, R. (2008). Improving access to psychological therapy: the Doncaster demonstration site organisational model. *Clinical Psychology Forum*, 181, 9-16.
- Richards, D.A., i Suckling, R. (2009). Improving access to psychological therapies: phase IV prospective cohort study. *British Journal of Clinical Psychology*.
- Ritterband, L.M., Gonder-Frederick, L.A., Cox, D.J., Clifton, A.D., West, R.W., i Borowitz, S.M. (2003). Internet interventions: in review, in use and into the future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 527-534.
- Riva, G., Grassi, A., Villani, D., Gaggioli, A., i Preziosa, A. (2007). Managing exam stress using UMTS phones: the advantage of portable audio/video support. *Studies in Health Technology Informatics*, 125, 406-8.
- Riva, G., Preziosa, A., Grassi, A., i Villani, D. (2006). Stress management using UMTS cellular phones: a controlled trial. *Studies in Health Technology and Informatics*, 119, 461-463.
- Rodgers, A., Corbett, T., Bramley, D., Riddell, T., Wills, M., Lin, R.B., i Jones, M. (2005). Do u smoke after txt? Results of a randomised trial of smoking cessation using mobile phone text messaging. *Tobacco Control*, 14, 255-261.
- Rosenthal, R. (1990). How are we doing in soft psychology? *American Psychologist*, 45, 775-777.
- Roth, A., i Fonagy, P. (2004). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2a ed.). New York: Guilford Press.
- Rothbaum, V. O., Hodges, L.F., Kooper, R., Opdyke, D., Williford, J.S., i North, M. (1995). Virtual-Reality Graded Exposure in the Treatment of Acrophobia - A Case Report. *Behaviour Therapy*, 26, 547-554.
- Russell, B. (1930). *The conquest of happiness*. Unwind Iman Limited. (Edició espanyola, Madrid. Espasa-Calpe 2000).
- Sackett, D.L., Rosemberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B. i Richardson, W.S. (1996) Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Sackett, D.L., Straus, S. E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., i Haynes, R. B. (2000). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM* (2a ed.). London: Churchill Livingstone
- Salanova, M., Grau, R., Martínez, I., Cifre, E., Llorens, S. i García-Renedo, M. (2004). *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I.
- Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J.F., Magovern, G.J., Lefebvre, R.C., Abbott, R.A., i altres. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on positive physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.

- Seligman, M.E.P. (1998). En Nathan, P.E., i Gorman, J.M. (eds.). *A guide to treatments that work* (1a ed.). London: Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M.E.P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An International review*, 57, 3-18.
- Seligman, M.E.P., i Csikszentmihalyi (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., i Peterson, C. (2005) Positive Psychology Progress Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Shakow, D., Hilgard, E.R., Kelly, E.L., Luckey, B., Sanford, R.N., i Shaffer, L.F. (1947). Recommended graduate training program in clinical psychology. *American Psychologist*, 2, 539-558.
- Silverman, W.H. (1996). Cookbooks, manuals, and paint-by-numbers: Psychotherapy in the 90's. *Psychotherapy*, 33, 207-215.
- Skinner (1972). *Más allá de la libertad y la dignidad*. Barcelona: Fontanella.
- Skinner, D., Rivette, U., i Bloomberg, C. (2007). Evaluation of use of cellphones to aid compliance with drug therapy for HIV patients. *AIDS Care*, 19, 605-607.
- Sox, H. C., Jr., i Woolf, S.H. (1993). Evidence-based practice guidelines from the US Preventive Services Task Force. *Journal of the American Medical Association*, 169, 2678.
- Taks Force on Promotion a Dissemination of Psychological Procedures (1993). *Taks Force on promotion a dissemination of psychological procedures*. A Report adopted by the APA Division 12 Board, October, 1-17.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Thorne, F.C. (1947). The Clinical Method in Science. *American Psychologist*, 2, 159-166.
- Travis, J. (2008). Science by the Masses. *Science*, 319, 1750-1752.
- Vázquez, C., i Hervás, G. (2008a). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: DDB.
- Vázquez, C., i Hervás, G. (eds.) (2008b). *Bienestar: Fundamentos científicos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Wampold, B.E., Lichtenberg, J.W., i Waehler, C.A. (2002). Principles of empirically supported interventions in counseling psychology. *Counseling Psychologist*, 30, 197-217.
- Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., i Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.

- Wang, P.S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., i Kessler, R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 603-613.
- Watson, J., i Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Weiser, M. (1991). The computer for the 21st century. *Scientific American*, 265, 94-104.
- Weisz, J.R., Hawley, K.M., i Doss, A.J. (2004). Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 729-815.
- Weisz, J.R., Jensen, A.L., i McLeod, B.D. (2005). Development and dissemination of child and adolescent psychotherapies: Milestones, methods, and a new deployment-focused model. En E.D. Hibbs i P.S. Jensen (eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (2a ed) (pàg. 939). Washington, DC: American Psychological Association.
- Yates, B.T. (1994). Toward the incorporation of costs, cost-effectiveness analysis, and cost-benefit analysis into clinical research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 729-736.
- Zarit, S.H., i Knight, B.G. (eds.). (1996). *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zubiri, X. (1963). El hombre, realidad personal. *Revista de Occidente*, 1, 5-29.
- Zubiri, X. (1964). El origen del hombre. *Revista de Occidente*, 17, 146-173.

