

Vázquez, C. y Nieto, M. (2003, en prensa). Psicología (clínica) basada en la evidencia (PBE): una revisión conceptual y metodológica. En J.L. Romero (ed.), Psicópolis: paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea. Barcelona: Kairos.

**PSICOLOGÍA (CLÍNICA) BASADA EN LA EVIDENCIA (PBE):
UNA REVISIÓN CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA**

**Carmelo Vázquez
Marta Nieto Moreno**

**Facultad de Psicología
Universidad Complutense
28223-Madrid**

**Tf.: 91-394-3131
Fax: 91-394-3189
e-mail: cvazquez@psi.ucm.es**

1. Introducción

A cualquier observador informado –pongamos por caso un estudiante, para poner un ejemplo cercano– le resulta desconcertante la proliferación de aproximaciones en psicología. Resulta un tanto peculiar que coexistan no sólo muchas teorías que compiten entre sí para explicar un mismo fenómeno, sino incluso enfoques diametralmente contrapuestos que, para asombro de nuestro observador, coexisten en el tiempo e incluso en el espacio: en un mismo aula se puede explicar una teoría computacional de las emociones y, en la clase de la hora siguiente, alguien se encargará de explicar el modelo psicoanalítico de las mismas. En este caso, la pluralidad no creemos que sea un valor añadido, sino que refleja más bien un estadio inmaduro en el crecimiento de una disciplina. ¿Podríamos acaso imaginarnos que en biología tuviese la misma vigencia y auditorio el modelo evolucionista y el modelo creacionista? La ceremonia de la confusión está servida. En psicología clínica, por seguir un ámbito al que nos ceñiremos en el capítulo presente, pero que podríamos hacer extensivo a otras parcelas, la fragmentación de conocimientos y la proliferación de enfoques (más en el ámbito profesional que en el académico, para ser justos) resulta difícilmente aceptable desde un punto de vista epistemológico.

Naturalmente, esta situación tiene causas múltiples. Algunas posiblemente vienen derivadas de la complejidad del propio objeto de conocimiento de la psicología, pero otras son más artificiosas y en buena medida producto de una situación de acomodo intelectual en la que se parapetan aquellos para quienes no sólo todo vale sino que vale lo mismo (véase el combativo libro de Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000, en este sentido)¹.

Uno de los problemas de esta diáspora teórica es que, paradójicamente, la acumulación de información disponible es de tal magnitud que se hace muy difícil *filtrar* de modo adecuado, con criterios de calidad o de exigencia científica, aquello que se publica. Esta explosión de información que ha sobrevenido en todos los campos científicos puede ayudar involuntariamente a mantener esta situación de desconcierto. En efecto, si uno observa los estudios publicados sobre prácticamente cualquier área de la psicología se encontrará con dos hechos obvios. En primer lugar, es prácticamente imposible recopilar y manejar *toda* la información existente pues la publicación de datos, estudios, informes, etc. es incesante. En

¹ También puede leerse el devastador libro de Sokal y Bricmont (*Imposturas intelectuales*. Barcelona: Paidós, 1999) en el que se narra la conocida experiencia de cómo Alan Sokal, un profesor de física, pudo publicar un artículo en una prestigiosa revista de crítica postmoderna simplemente empleando un cúmulo de citas y referencias sin sentido interno, contradictorias y absurdas, empleando, eso sí, un oscuro y cómplice argot pseudocientífico.

segundo lugar, raramente existe unanimidad en los resultados de todos los estudios, lo que puede favorecer el mantenimiento de posturas intelectuales contrapuestas apoyándose en la supuesta “parcialidad” de los datos.

¿Cómo afrontar esta situación? La complejidad del problema no permite dar soluciones simples pero hay algunas vías que pueden ir ayudando a clarificar la situación. En este capítulo haremos una exposición de cómo lo que podría llamarse una “Psicología Basada en la Evidencia” (PBE a partir de ahora), sería capaz de contribuir a dicha clarificación. La pregunta clave es: si existe buena información disponible, ¿qué podemos hacer para utilizarla mejor? Este sencillo planteamiento tiene un gran alcance puesto que, en último término, lo que deseamos es instaurar un sistema que permita en la medida de lo posible *cribar* los datos disponibles dentro del cúmulo de resultados publicados en revistas científicas, informes técnicos, etc. Además, deseamos lograr que esa información sea accesible y aprovechable. Naturalmente, la respuesta a este planteamiento exige disponer de herramientas y estrategias para el cribado crítico de lo publicado, y conlleva, de modo inmediato, a plantearse cuestiones esenciales: ¿qué se publica y qué no? ¿qué es susceptible de cuantificación? ¿sobre qué se investiga y sobre qué se obtienen datos?... Estas y otras preguntas conllevarían otros tantos debates y en algunos casos los intentaremos abordar en este breve capítulo. Por último, abordaremos también el uso de las guías clínicas. Una de las consecuencias prácticamente imparables de la implantación de una PBE es que la decantación y cribado de datos conducirá hacia una progresiva estandarización y protocolización de tratamientos: es decir, la sugerencia de pautas más o menos estandarizadas para su uso por todos los profesionales de un campo (pensemos, por ejemplo, que se considera un avance que el tratamiento del cáncer está protocolizado de modo que el paciente puede estar seguro que va a ser tratado de acuerdo a los mismos fármacos, dosis, etc. en cualquier hospital del mundo). Esta consecuencia, que cada vez la veremos más habitualmente en nuestro mundo académico y profesional, puede tener algunos peligros ciertos, y sobre ello tratará la última parte del capítulo.

En el caso de la medicina, la práctica basada en la evidencia no se plantea tanto como una herramienta epistemológica sino como una herramienta clínica que favorezca la calidad asistencial. En el estado de conflicto de concepciones, paradigmas y modos de hacer en psicología, la PBE puede convertirse en una herramienta de discernimiento, no sólo de lo que funciona y lo que no funciona, sino de lo que adquiere el marchamo de científico o no.

2. El antecedente de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)

La práctica médica siempre está orientada a la reducción de la enfermedad del paciente. Ahora bien, la calidad de la intervención puede determinarse de modos muy diferentes según se cambie el foco de atención en lo que es o no importante. En los años 70, el énfasis se ponía en hacer las intervenciones con un menor coste (*eficiencia*); en los años 80 se dio una importancia progresiva en hacer las intervenciones mejor (*calidad*); y en los años 90 comenzó un nuevo impulso por utilizar las mejores prácticas posibles, es decir, hacer no sólo bien las cosas sino hacer lo que es correcto (*efectividad*). Todo esto conduce a que la presión de la intervención en medicina (de lo que también los pacientes son conscientes y, en consecuencia, lo demandan) consiste en hacer bien *lo que hay que hacer*. Es decir, en hacer correctamente aquello que es imperativo hacer según los mejores datos científicos y clínicos disponibles (ver Figura 1).

[Insertar Figura 1]

Determinar lo que es una “intervención correcta” es en realidad el objetivo prioritario de lo que es una de las innovaciones más revolucionarias de la última década en el ámbito de la medicina: la denominada Medicina Basada en la Evidencia (*Evidence-based Medicine*) – MBE de aquí en adelante. La acumulación de conocimientos básicos y clínicos en Medicina es tan desbordante que, paradójicamente, este desarrollo se ha convertido en un serio inconveniente para un manejo eficaz de la información. En efecto, la utilización en la práctica clínica de esta nueva y abrumadora cantidad de nuevos conocimientos puede convertirse en ínfima si no se adoptan estrategias de selección, filtrado y, sobre todo, accesibilidad de la mejor evidencia disponible para el clínico que ha de tomar decisiones diarias (Sackett et al., 1997; Muir, 1997). Un aspecto de gran relevancia social de la MBE es que no se orienta hacia la investigación sino que el énfasis se pone en que el usuario final de la información (por ejemplo, un médico de un ambulatorio) pueda hacer uso de lo que se sabe en su campo y que, como hemos señalado, normalmente es difícil conocer con facilidad.

El origen del movimiento de la MBE se sitúa en el intento por cubrir la disociación entre el conocimiento existente (normalmente disperso y de difícil acceso pues se encuentra en revistas especializadas muy heterogéneas)² y la práctica habitual del clínico con sus

² Por ejemplo, sólo en el ámbito de la medicina interna de adultos, hay más de 20 revistas clínicas de calidad que publican más de 6000 artículos por año de relevancia clínica directa. Un profesional de la medicina debería leer

pacientes. Para ayudar a resolver este problema, surge la MBE, que, en palabras de uno de sus fundadores, el epidemiólogo David Sackett, consiste en

“...el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia existente en la toma de decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales. La práctica de la MBE significa integrar la experiencia clínica individual con la mejor evidencia externa existente derivada de la investigación sistemática... Por la mejor evidencia externa existente derivada de la investigación sistemática entendemos investigación clínicamente relevante, a menudo basada en las ciencias básicas de la medicina, pero especialmente de investigación clínica centrada en el paciente respecto a la exactitud y precisión de tests diagnósticos (incluyendo el examen clínico), el poder de marcadores de pronóstico, y la eficacia y seguridad de programas terapéuticos, rehabilitadores y preventivos.” (Sackett et al., 1996, p. 71)

En esencia, la MBE está basada en los siguientes principios (Davidoff, Haynes, Sackett y Smith, 1995):

- 1) Las decisiones clínicas deberían basarse en la mejor evidencia científica disponible;
- 2) El problema clínico (y no las rutinas, hábitos o protocolos individuales) debería determinar el tipo de evidencia que debe buscarse;
- 3) Identificar la mejor evidencia significa utilizar estrategias de razonamiento estadísticas, biomédicas y epidemiológicas;
- 4) Las conclusiones derivadas de identificar y evaluar críticamente la evidencia son útiles sólo si se ponen en acción en el manejo de pacientes o en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud;
- 5) El rendimiento de estas prácticas y decisiones basadas en la evidencia debería ser constantemente evaluado.

Para algunos especialistas, la MBE es de una importancia comparable al descubrimiento del genoma humano pues va a constituirse en el medio fundamental de poner al alcance del enfermo, a través de la actuación médica, los mejores protocolos y decisiones clínicas disponibles derivados de la investigación. Hay pocas dudas de que la MBE constituye ya un punto de no retorno en el modo de hacer medicina y, de modo semejante, las proyecciones de lo que va a suponer el futuro inmediato de la psiquiatría (Kendell, 2000) o de la psicología clínica (Emmelkamp et al., 2000) dejan claro que la práctica clínica en estas

unos 17 artículos diarios para estar al tanto de lo que se publica sólo en esa área, una tarea heroica y decididamente imposible.

últimas disciplinas va a estar cada vez más determinada por *datos seleccionados* derivados de la evidencia empírica acumulada. Una idea de esta creciente importancia de la MBE es que el número de artículos científicos publicados sobre esta nueva disciplina, en el periodo 1990-2000, se aproxima a los 3000 (Cabrera, 2001).

Uno de los aspectos más interesantes de la MBE es que no se centra simplemente en la tarea de determinar lo que realmente funciona, sino que su objetivo es tanto la mejor capacitación de los clínicos en sus tomas de decisión cotidianas como, en segundo lugar, su formación continuada (Mandi y Dauphinee, 2000), impidiendo de este modo el deterioro que se ha demostrado que se produce en el uso de conocimientos por parte de los más “expertos” (Muir, 1997). Por ejemplo, se ha demostrado (ver Figura 2) que el grado de conocimientos actualizados de un médico tras aprobar un examen tipo MIR, va decayendo gradualmente con el paso del tiempo, de modo que los médicos más jóvenes tienen un conocimiento más actualizado y respaldado científicamente que los de más edad³. Obviamente, además de este uso clínico individual, la MBE se está convirtiendo en un instrumento cada vez más utilizado para orientar decisiones en el ámbito de la salud pública tanto física como mental (Lorenzo, Mira y Sánchez, 2000).

[Insertar Figura 2]

La MBE comenzó en los años 90 y desde entonces la formación de médicos en esta disciplina se ha ido convertido en un estándar de los procesos de educación continua en hospitales y centros asistenciales (incluyendo nuestro país) –Haynes, Sánchez, Jadad et al. (2000)– aunque para ello haya que vencer resistencias e inercias de prácticas muy consolidadas entre la profesión médica (Tomlin, Humphrey y Rogers, 1999).

2.1. *¿Quién selecciona la evidencia?*

Un aspecto fundamental para la credibilidad y la expansión de la MBE es que es una práctica que surge desde dentro de los *propios actores* de la actividad científica y tiene un profundo espíritu comunitario pues, en muchos casos, invita a toda la comunidad científica a participar –a través de estrategias muy pautadas y mediante un plan de preparación

³ Diversos estudios empíricos han demostrado que el conocimiento y manejo de datos empíricos en los clínicos disminuye constantemente con el paso del tiempo. Esta disminución gradual del conocimiento cuestiona seriamente el concepto que tenemos de “experto” (ver Sackett, 2000).

específico— en la selección y análisis de la información disponible⁴. Una de las experiencias pioneras en este modo colegiado de participación es la llamada Cochrane Collaboration, un proyecto en marcha de cribado de información que expone los resultados de los grupos participantes con la publicación en forma de CD-ROM periódicos de revisiones sistemáticas muy exigentes sobre aspectos clínicos muy variados. En este sentido, la aproximación Cochrane es modélica⁵: *cualquier voluntario* cualificado puede intervenir en el proceso de análisis de la evidencia empírica publicada si sigue la serie de directrices Cochrane y se somete a un sencillo proceso de evaluación de la calidad de sus revisiones.

Todo este movimiento de MBE ha producido ya una gran cantidad de recursos accesibles para el clínico (en forma de revistas, boletines, CD-ROM, información *on-line* en la red, etc.):

- *Revistas con resúmenes de evidencia secundaria*: ACP Journal Club; Effectiveness Matters; Evidence-based Medicine; Evidence-based Mental Health; Evidence-based Cardiovascular Medicine; Evidence-based Nursing; Quality in Health Care...
- *Bases de datos de revisiones*: Abstracts of Quality Appraised Systematic Reviews (DARE) (preparados por el NHS Centre for Reviews and Dissemination); The Best Evidence (versión electrónica recopilatoria del ACP Journal Club y del Evidence-based Medicine, de la American Medical Association).
- *Guías clínicas*: Canadian Medical Association Clinical Practice Guidelines Infobase; Scottish Intercollegiate Guidelines Network; American Psychiatric Association Guidelines⁶.
- *Centros de investigación y observatorios de calidad de la investigación*: Centers for Quality Research; Center for the Advancement of Health (USA); The National Institute of Clinical Excellence (UK); Agency for Health Care Policy and Research (USA); Centre for Reviews and Disseminations (NHS, University of York).
- *Registro de ensayos clínicos*: NHS Centre for Reviews and Dissemination (Reino Unido); Centro Cochrane (Reino Unido).
- *Procesos abiertos de revisión on-line*: Cochrane Collaboration.

Este último tipo de acciones (revisiones *on-line*) es esencial para una disciplina que quiera fundamentarse en la mejor evidencia existente. La creación de una metodología

⁴ En este sentido, sería deseable la colaboración de profesionales de muchos países y lenguas para evitar los sesgos que normalmente se observan debidos a la sobrerrepresentación de estudios realizados en lengua inglesa o en EE.UU. (Thornley y Adams, 1998; Garner, Rajendra, Kale, Dickson, Dans y Salinas, 1998).

⁵ Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane, 1998).

⁶ Hasta ahora se han publicado guías narrativas sobre demencia (1997), esquizofrenia (1997), pánico (1998) y delirium (1999) (publicadas también en castellano por la editorial Psiquiatría Editores).

estandarizada de revisión y síntesis de la evidencia disponible, como se hace en iniciativas como la citada Cochrane Collaboration, es fundamental en el estado actual de acumulación exponencial de datos y resultados con relevancia clínica. Las revisiones tradicionales narrativas (es decir, las típicas revisiones sobre la evidencia existente sobre un tema concreto), aun cumpliendo todavía un papel importante, no deberían constituir la única base para conocer el estado actual de conocimiento puesto que tales revisiones –que todos hacemos con más o menos frecuencia– están intrínsecamente limitadas por algunos de los siguientes problemas (Vázquez, 1990):

- a) Número limitado de estudios que se incluyen en la revisión (raramente se acercan a una recogida exhaustiva);
- b) Uso de criterios subjetivos o inverificables de selección de estudios;
- c) Interpretación subjetiva de los resultados;
- d) Son muy vulnerables a la sobrecarga cognitiva que supone para el autor poder manejar datos múltiples: en otras palabras, es muy difícil tener en cuenta a la vez decenas de estudios publicados con sus características particulares y poder hacer una síntesis equilibrada, no sesgada y útil de la información disponible.

Por lo tanto, la MBE requiere de herramientas específicamente diseñadas para valorar la eficacia (como, por ejemplo, el meta-análisis) del estado de la cuestión en la literatura publicada⁷.

3. Antecedentes de una Psicología Basada en la Evidencia

Uno de los antecedentes de una práctica psicológica basada en la evidencia es el conocido artículo de Eysenck (1952) sobre la eficacia de la psicoterapia, en el cual puso de manifiesto que la no intervención era igual de eficaz que la intervención de las prácticas psicoterapéuticas tradicionales (de orientación psicodinámica preferentemente). Las conclusiones de este controvertido trabajo revolucionarían el ámbito de psicoterapia fomentando además la evaluación empírica de las técnicas y tratamientos psicológicos empleados hasta la fecha.

Desde la II Guerra Mundial, el desarrollo y la expansión de los tratamientos psicológicos, principalmente durante los últimos cuarenta años, ha sido vertiginoso. La explosión de psicoterapias, terapias y técnicas de intervención alentó y motivó (entre otras

⁷ No obstante, ni la MBE ni sus instrumentos más sofisticados, como el meta-análisis, tampoco están exentos de sesgos (v. Kunz y Oxman, 1998; McCormack y Greenhalgh, 2000).

causas) la aparición de otro de los trabajos cruciales antecedentes de la PBE: la aparición de una revisión sistemática cuantitativa, guiada por métodos objetivos de la efectividad de distintas psicoterapias (Smith y Glass, 1977). Hasta entonces, las revisiones al uso eran de carácter cualitativo, esto es, revisiones sobre trabajos y estudios que, versando sobre un mismo tema, en muchas ocasiones daban cuenta de resultados contradictorios. Este tipo de revisiones, aún reconociendo el esfuerzo integrador y los buenos propósitos de sus autores en tanto y cuanto pretendan ofrecer una visión global sobre el tema en cuestión, proporcionan resultados cuanto menos confusos y por lo tanto ineficaces debido a la existencia de sesgos en la selección de estudios y a los criterios subjetivos de interpretación de resultados que (intencionada o inintencionadamente) pueden dar lugar a conclusiones guiadas por la orientación e interés teórico del revisor en cuestión.

La aparición del primer estudio meta-analítico (Smith y Glass, 1977) supuso el comienzo de estudios sistemáticos de los efectos de las psicoterapias sobre los trastornos mentales, proporcionando una revisión cuantitativa de la literatura empírica en dicho área en concreto.

Desde entonces y a pesar de las críticas que este procedimiento ha recibido, las técnicas meta-analíticas se han convertido en una de las principales herramientas de lo que puede denominarse la PBE. Rosenthal y Dimatteo (2001) indican como principales ventajas del meta-análisis: (1) permitir la combinación de resultados numéricos de varios estudios, (2) proporcionar la estimación precisa de estadísticos descriptivos, (3) explicar inconsistencias en torno a un tema y (4) facilitar la identificación y descubrimiento de variables mediadoras y moderadoras. Por otro lado, y aunque no es el momento de esta discusión, las técnicas de meta-análisis tienen un papel de enorme importancia en la construcción del conocimiento y en el avance de una disciplina al iluminar sobre la *magnitud* de los efectos de un tipo de intervención dada e impedir de ese modo que, valga la expresión, los árboles de los estudios particulares publicados impidan ver el bosque que forman conjuntamente sus resultados (Vázquez, 1990).

En último lugar, hay que señalar como antecedente más próximo al desarrollo de la PBE la publicación en 1995 del informe de la División 12 (psicología clínica) de la Asociación Americana de Psicología para la Promoción y Difusión de los Procedimientos Psicológicos (Task Force). En dicho informe, se identificaron 25 tratamientos psicológicos eficaces, lo cual supuso un gran revuelo entre los (psico)terapeutas, pues, por omisión, implícitamente se tachaba o se sugería que otros tratamientos no lo eran. Para determinar su eficacia se establecieron una serie de criterios. Informes posteriores (Chambless et al., 1996,

1998) han ampliado el número de tratamientos incluidos que cumplieran con dichos criterios, siendo en la actualidad 55 los tratamientos identificados como eficaces. Recientemente, Chambless y Ollendick (2001) han publicado un trabajo en el que ofrecen una revisión de los criterios establecidos por distintos grupos para identificar “tratamientos apoyados empíricamente” así como un listado de dichos tratamientos.

4. Fundamentos de una PBE

De modo paralelo a lo que viene sucediendo en la medicina clínica, la psicología clínica ha desarrollado en las últimas tres décadas una gran proliferación de técnicas y métodos de intervención que han probado su eficacia en ensayos clínicos (Nathan y Gorman, 1998; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; *Psicothema*, 2001 número especial) y resulta urgente hacer disponibles y accesibles esta información a los clínicos. La acumulación de conocimientos, a través de ensayos clínicos aleatorizados y ensayos de comparación de intervenciones, se ha convertido en el estándar para probar la utilidad de una técnica o de una intervención (de hecho, el desarrollo del meta-análisis se sitúa en el esfuerzo que se hizo a finales de los años 70 por establecer la validez de distintas psicoterapias). Haciendo una analogía con el movimiento imparable que se está produciendo en medicina hacia el filtraje de la mejor evidencia disponible, sería deseable establecer las pautas de actuación y procedimientos (ej.: guías clínicas, pautas clínicas, recomendaciones basadas en la evidencia, etc.) para sentar las bases de una PBE.

La necesidad de desarrollar protocolos y mecanismos para que el clínico disponga de la mejor evidencia para tomar decisiones juiciosas y basadas en el conocimiento empírico nos parece de gran importancia en el ámbito de los trastornos mentales (Andrews y Jenkins, 1999). Aproximadamente un 20-25% de la población general presenta un trastorno mental diagnosticable –acuda en busca de ayuda o no– y se estima que un 50% de la población va a padecer alguno de estos trastornos en el curso de su vida (Kessler y Zhao, 1999). Por ejemplo, trastornos mentales como la depresión van a constituir, en la próxima década, el cuarto problema de salud pública mundial (en términos de pérdida de funcionalidad, días de trabajo perdidos y costes económicos) y el segundo problema en países desarrollados (véase la tabla 1) –WHO, 1999. Estimaciones recientes señalan que, en España, el gasto en trastornos mentales supone el 1% del PIB y el 5-6% del gasto sanitario total (*El coste social de los trastornos de salud mental en España*, 1998). Así pues, la oferta de una asistencia de calidad

es exigible no sólo en el ámbito personal (*costes intangibles*) sino, también, desde una perspectiva socioeconómica y asistencial (*costes directos y costes indirectos*).

La MBE y, eventualmente, la PBE nos parece que puede convertirse en una herramienta que puede ser de gran utilidad para seleccionar los tratamientos más efectivos y eficaces y promover los medios para transferir este conocimiento a los profesionales (Lorenzo, Mira y Sánchez, 2000), algo necesario en cualquier sistema sanitario público y, especialmente, en aquellos países o sistemas con una mayor precariedad de recursos (Garner et al., 1998). Con frecuencia existe una discrepancia notable entre lo que se sabe sobre el manejo óptimo de un trastorno y lo que los clínicos suelen hacer, y una PBE puede ayudar a reducir este hiato. En el caso de la esquizofrenia, por ejemplo, Lehman et al. (1998a,b) han examinado las diferencias entre el conocimiento acumulado y las prácticas clínicas y farmacológicas demostrando que existen contrastes a veces inexplicables entre el ámbito del conocimiento acumulado y las prácticas clínicas cotidianas (véase Vázquez et al., 2002).

[Insertar Tabla 1]

Resulta cada vez más claro que el ámbito de la psicología clínica y la psiquiatría van a estar abocadas a una mayor protocolización, una necesidad de evaluar las terapias utilizadas (Margison et al., 2000) y, lo que resulta aún un mayor reto, a un respaldo de las decisiones amparadas en la mejor evidencia disponible. Esto ya está ocurriendo, por ejemplo, en el ámbito de las esquizofrenias (Lehman et al., 1998a y 1998b; Cochrane, 1998) y, de hecho, diversas asociaciones profesionales (ej.: American Psychiatric Association) han formado comités con el fin de promover guías de consenso y protocolos para trastornos tan diversos como la propia esquizofrenia, los trastornos de pánico o el delirium.

No obstante, una psicología clínica o una psiquiatría basada en la evidencia probablemente no será nunca directamente equiparable a la MBE, puesto que la investigación experimental en psicología clínica y psiquiatría tiene ciertas peculiaridades que dificultan el trasvase directo de técnicas y procedimientos derivados de la MBE (Thornley y Adams, 1998). En este sentido, Gilbody (2000) ha señalado que el problema en la psiquiatría y la psicología clínica no es el de una ausencia de “evidencias” sino, frecuentemente, una *insuficiente calidad* de la evidencia disponible (ej.: uso de instrumentos inadecuados para evaluar resultados, aleatorización inadecuada de pacientes a las condiciones clínicas, insuficiencia de los datos básicos que se publican en los artículos científicos resultantes, investigación financiada por laboratorios comerciales que pueden sesgar la información

publicada o que pueden poner trabas a la publicación de los resultados, etc.). Por ejemplo, en una reciente revisión Cochrane sobre ensayos con psicofármacos en la esquizofrenia, se incluyeron 2500 ensayos clínicos publicados entre 1948 y 1997, y los resultados han dejado claro que hay *insuficiencias* casi sistemáticas en cómo se efectúan y/o publican los estudios, lo que puede dar lugar a una información inadecuada o de baja calidad para la toma de decisiones por parte del clínico usuario final de esta información (Thornley y Adams, 1998; Holloway, 2000).

Por otro lado, el problema de la investigación en psicología y psiquiatría clínica es el de encontrar buenas medidas de *resultados* (ej.: Margison et al., 2000; Jencks, 2000; Sederer y Dickey, 1996; Vázquez, 2000; Vázquez y Jiménez, 2000; Muñoz, Vázquez, Muñiz et al., 2001). Este es un área crítica para poder avanzar y comprender mejor el alcance y validez de nuestras intervenciones (Medicina Clínica, 2000) y, en este sentido, la medida de resultados suele ser más compleja y con parámetros menos objetivables en estas áreas que en las de la medicina (Andrews, 1999). Por ejemplo, medir la eficacia de un tipo de antibiótico en la reducción de una infección dada es más sencillo que medir si una intervención es efectiva para la agorafobia (aquí habría que medir no sólo síntomas, como habitualmente suele hacerse, sino nivel de funcionamiento, calidad de vida, ajuste general u otros parámetros esenciales que no son de fácil objetivización y/o cuantificación). Además, aunque la protocolización de tratamientos en ensayos comparativos es cada vez más exigente y satisface más criterios de calidad (ej.: Jacobson et al., 2000), las intervenciones psicológicas tienen normalmente fuentes de variación mayor que los ensayos clínicos con fármacos (Andrews, 1999). Así pues, es probable que las pautas y guías clínicas (Eddy, 1990; Geddes y Wessley, 2000) puedan tener algunas cualidades diferentes en la PBE que en la MBE.

5. El caso de las guías clínicas de tratamiento

Las guías clínicas son protocolos sistemáticos de intervención que, basándose en la mejor evidencia disponible sobre un tema en particular, ofrecen información sobre cuál es el mejor tratamiento disponible para un caso concreto en un contexto específico, ayudando así al profesional de la salud en su toma de decisiones diaria en cuanto al diagnóstico, tratamiento, predicción de resultados, recaídas, etc. Ofrecen una breve descripción de cada uno de los trastornos, de las terapias disponibles, identifican claramente los objetivos de tratamiento, ofrecen un acuerdo previo de cómo ha de ser evaluada su consecución y permiten controlar

exhaustivamente los progresos, así como efectuar cambios durante el tratamiento si no se consiguen los resultados esperados.

Probablemente el desarrollo de guías clínicas sea la primera consecuencia directa del interés y desarrollo de una práctica basada en la evidencia. La gran variabilidad entre el modo de proceder de los profesionales de la salud ante un mismo problema y ante un mismo caso (ej.: la intervención ante un caso de fobia a volar varía considerablemente en función de si el terapeuta es “conductista”, “psicoanalista post-kleiniano”, “psicoanalista jungiano”, “terapeuta humanista” o un “psiquiatra biologicista”)) ha sido uno de los motivos que está impulsando su desarrollo. La variación en la toma de decisiones puede estar propiciada por muchos factores: un gran número de resultados de la investigación no siempre congruentes entre sí (las técnicas meta-analíticas en este caso resultan de gran utilidad pese a las críticas recibidas), las distintas explicaciones ante un mismo fenómeno, que pueden variar desde distorsiones en la relación sujeto-sistema, hasta orígenes somáticos pasando por vivencias patológicas o bien por el hecho de que, en muchos casos, los clínicos orientan la toma de decisiones en su práctica diaria en función de su propia experiencia y bagaje profesional.

Esta gran variabilidad encontrada en la práctica clínica ante un mismo problema, aun siendo esperable en algunos casos, en otros se torna significativa e inexplicable, tiene como consecuencias no sólo una peor asistencia sanitaria al paciente, sino también un aumento de los costes de los sistemas de salud, puesto que en algunos casos se proporcionan una serie de cuidados no sólo inefectivos sino también inadecuados. Como apuntan Clinton et al. (1994), esta realidad reflejaría la ausencia de consenso entre los profesionales con respecto a qué constituye la mejor práctica en unas circunstancias específicas.

Los profesionales de la salud pueden emplear las guías clínicas como un método más en su proceso de formación, y como medio para responder a cuestiones que les puedan surgir en su práctica diaria, orientando su toma de decisiones. Siempre y cuando las guías clínicas estén guiadas por la mejor evidencia disponible y no por otro tipo de intereses (políticos, económicos o de reducción de costes, de defensa de intereses gremiales o profesionales...), su uso permitirá optimizar la práctica clínica.

Ante la gran proliferación de guías clínicas, Jackson y Feder (1998) señalan una serie de atributos o componentes que debieran tener todas las guías clínicas para ser útiles:

- 1) Identificación explícita de cuáles son las principales decisiones que se han de tomar ante un caso concreto, así como sus consecuencias.
- 2) Proporcionar una evidencia válida metodológicamente, basada en la investigación, que además se pueda ajustar y adecuar a un caso particular.

- 3) Presentar la información (tanto de la evidencia disponible como de las recomendaciones a seguir) de manera clara, en un formato accesible y además flexible.

La metodología empleada para desarrollar guías clínicas ha de permitir que el posterior uso de éstas conlleve la consecución de los objetivos propuestos. De este modo, en su elaboración se ha de: 1) especificar a qué población clínica está dirigida basándose en una serie de criterios (ej.: prevalencia, posibilidades de prevención, variabilidad de la práctica, costes del tratamiento, etc.); 2) identificar la evidencia disponible, para lo cual, existen grupos de colaboración que efectúan revisiones sistemáticas (Grupo Cochrane, Campbell Collaboration⁸), y evaluar su relevancia clínica y posibles sesgos, estimando otros parámetros como la valoración de costes y la viabilidad de la intervención; 3) organizar grupos de expertos de carácter multidisciplinar sobre el tema en cuestión con el objetivo de evitar sesgos en la evaluación de la evidencia disponible –para ello, se han propuestos escalas que evalúan niveles de evidencia (ver revisión de escalas en Liberati et al., 2001) así como niveles de clasificación de la evidencia (Shekelle et al., 2001); 4) valorar la viabilidad para extrapolar y generalizar la evidencia disponible a la población clínica a la que está dirigida la guía clínica; y, una vez desarrollada, 5) actualizarla periódicamente (Shekelle et al., 1999).

Las guías clínicas, aún proporcionando información basada en la investigación, nunca han de sustituir la opinión del clínico. Lo idóneo es que formen parte de la práctica diaria del profesional de la salud, guiando y nunca sustituyendo su propio criterio. De no ser así, la práctica clínica podría mostrarse inflexible y rígida, gobernada por guías que, a su vez, podrían estar sesgadas por diferentes motivos: gubernamentales (reducción de costes sanitarios), gremiales (práctica psiquiátrica versus psicoterapia) y económico-políticos (poder de la industria farmacéutica). En algunos casos, no olvidemos este importante detalle, algunas guías clínicas están patrocinadas por laboratorios farmacéuticos, lo que sin duda es un sesgo potencial de enorme importancia.

El gran interés surgido en los últimos diez años en torno al desarrollo de guías clínicas ha motivado el desarrollo de “meta-guías” que valoran su calidad, prestando mayor énfasis en los aspectos metodológicos. De esta forma, surge la necesidad de establecer criterios comunes que nos permitan evaluar la *calidad* de la evidencia disponible, para lo cual creemos necesaria la creación de grupos de expertos (clínicos y metodólogos) de distintos ámbitos de la psicología que revisen y evalúen las guías clínicas de tratamiento publicadas.

⁸ La Campbell Collaboration es una organización internacional (de características similares al Grupo Cochrane) creada recientemente (2000) en el ámbito de las ciencias de la conducta, sociología y educación, cuyo objetivo fundamental es la revisión sistemática de estudios (www.campbellcollaboration.org).

5.1. Guías clínicas basadas en el consenso de expertos

Estas guías centran su atención en temas y cuestiones específicas que surgen en la práctica diaria y que son cruciales en la toma de decisiones con respecto al tratamiento. Para su elaboración se consulta a un grupo de expertos en el tema (ej. esquizofrenia) pidiéndoles que contesten a una serie de preguntas; sus respuestas son codificadas y cuantificadas para así evaluar la solidez de su opinión al enumerar las recomendaciones ofrecidas. Las guías se presentan en un formato sencillo que se adapta bien tanto a las necesidades del paciente como al profesional de la salud.

Este tipo de guías tienen ciertas ventajas con respecto a otras guías clínicas más basadas en estudios experimentales de alta calidad metodológica. Una de las principales críticas que éstas últimas han recibido es su difícil aplicabilidad y generalización en el ámbito clínico diario y, por tanto, su escasa utilidad clínica. De hecho, muchos diseños de investigación son difícilmente replicables en la práctica clínica diaria: por ejemplo, es habitual que los pacientes presenten comorbilidad diagnóstica y, sin embargo, este tipo de “población” puede ser un criterio habitual de exclusión en la investigación primaria, por lo que los datos de que disponemos en la literatura publicada son aplicables sólo un subtipo de población muy seleccionada (ej.: “casos puros”). En segundo lugar, en la práctica clínica de manera continua están surgiendo cuestiones prácticas que, en muchas ocasiones, la investigación con estudios controlados no recoge. Así pues, parece que las guías basadas en el consenso de un grupo de expertos son complementarias y necesarias, proporcionando un elemento más en la práctica clínica basada en la evidencia (Expert Consensus Guidelines, 2002).

5.2. Difusión de guías clínicas

El hecho de desarrollar buenas guías clínicas que ayuden al profesional de la salud a mejorar su efectividad clínica no asegura ni su difusión ni su implantación en los distintos dispositivos de salud. Para ello, los servicios de salud han de asumir estrategias coherentes que solventen problemas y dificultades a la hora de implantar las guías clínicas. Entre estas estrategias se situarían la elaboración de programas docentes sobre la PBE dirigidos a residentes de psiquiatría y psicología (Tort, 2001) y solventar barreras organizacionales (falta

de recursos generales, presión asistencial, etc.) que mejoren los sistemas de acceso a la información (Haynes y Haines, 1998).⁹

6. El juego de las evidencias

Algo aparentemente tan sencillo como la PBE se basa en hacer disponible la mejor evidencia existente. Sin embargo, este es un asunto crucial, porque la “producción” de evidencia no es un resultado inmaculado de la actividad científica. Dando por descontado que la propia actividad científica tiene sus herramientas de descodificación de la realidad, que por supuesto no son las únicas existentes (la hermenéutica, la filosofía o la poesía, por poner algunos ejemplos, son otros modos de conocimiento), la propia actividad científica no es en absoluto ajena a presiones extra-científicas. ¿Cómo se produce el conocimiento? ¿Hacia qué resultados se orienta preferentemente dicha producción? ¿Quién y cómo financia la investigación? La “evidencia” resultante es un producto final de un tortuoso y a menudo inextricable proceso en el que intervienen agentes sociales y económicos, grupos de presión, modas y presiones políticas.

Aunque el proceso de selección de información sea absolutamente escrupuloso y los métodos de filtraje sean metodológicamente impecables, cabe siempre hacerse preguntas de más largo alcance sobre la propia maquinaria de producción del conocimiento y de las constricciones sociales e históricas en las que se produce, a no ser que se caiga en el riesgo de convertirse en un acrítico “converso” de la MBE (cit. Tizón, 2002). No estaría de más recordar que hay presiones interesadas por *medicalizar* o *patologizar* comportamientos humanos, pues su inserción en el circuito médico puede reportar, a la par de excelsas contribuciones a la felicidad humana, pingües beneficios económicos. No es de extrañar que algunas revistas (ej.: *British medical journal*) exijan a sus autores que en la primera página del artículo indiquen públicamente si tienen algún tipo de “intereses conflictivos” (por ejemplo, pertenecer al comité científico de algún laboratorio) para no dejar indefenso al lector frente a los datos supuestamente “asépticos” de las presentaciones científicas. (Las cifras que se manejan en la promoción de fármacos, tanto para profesionales como para el público general, son mareantes: sólo la promoción del antihistamínico Claritine en EE.UU. –fabricado por Schering-Plough– costó 136 millones de dólares, una cifra mayor que la empleada por Coca-

⁹ Como sitios de interés para el lector pueden citarse los siguientes: Agency for Health -Care Policy Research and Quality (AHCPR) (<http://www.ahcpr.gov>), Canadian Medical Association Clinical Practice Guidelines Infobase (<http://www.cma.ca/cpgs/>) y Scottish Intercollegiate Guidelines Network (<http://www.sign.ac.uk/guidelines/index.html>).

Cola ese mismo año en publicidad). De modo que, aun siendo conscientes de que la PBE puede contribuir a la mejora de la asistencia, no debería emplearse ciegamente sin el criterio clínico ni, por supuesto, el criterio ético (Vázquez, Díez-Alegría y Nieto, 2002). Al fin y al cabo, como bien señala Muir (1997), la toma de decisiones no sólo depende de la evidencia, sino también de los recursos disponibles y, además, del juicio ético que debe estar presente en todo acto médico o psicológico. En todo caso, la PBE no ha hecho más que comenzar su andadura, y no estaría de más que psicólogos y psiquiatras estuvieran formados e informados sobre este novedoso movimiento porque, además, sólo con un conocimiento cabal de sus procedimientos podrá hacerse un juicio crítico sobre los mismos y sacar el provecho adecuado sin incurrir en prácticas mecánicas o pretendidamente asépticas. El reto está servido.

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association Task Force on Psychological Intervention Guidelines (1995). *Template for developing guidelines*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Andrews, G. (1999). "Randomised controlled trials in psychiatry: Important but poorly accepted". *British medical journal*, 319, pp. 562-564.
- Andrews, G. y Jenkins, R. (1999). *Management of mental disorders*. Volumes 1 & 2. London: WHO Collaborating Centre.
- Cabrera, C. (2001). "¿Queda espacio para una PBE en español en la era de la MBE-PBE dominada por la cultura anglosajona?". *Interpsiquis*, 2.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S. et al. (1996). "An update on empirically validated therapies". *Clinical psychology*, 49 (2), pp. 5-18.
- Chambless, D. L., Baker, M., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S, et al. (1998). "Update on empirically validated therapies, II". *Clinical psychology*, 51 (1), pp. 3-16.
- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). "Defining empirically supported therapies". *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, pp. 7-18.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. (2001). "Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence". *Annual review of psychology*, 52, pp. 685-716.
- Clinton, J., McCormick, K. y Besteman, J. (1994). "Enhancing clinical practice. The role of practice guidelines". *American psychologist*, 49, pp. 30-33.

- Cochrane Collaboration (1998). *The Cochrane Library* [CD ROM]. Issue 3. Oxford: Update Software.
- Davidoff, F., Haynes, B., Sackett, D. y Smith, R. (1995, Editorial). “Evidence based medicine”. *British medical journal*, 310, pp. 1085–1086.
- Eddy, M. (1990). “Clinical decision-making: from theory to practice. Designing a practice policy. Standards, guidelines, and options”. *Journal of the american medical association*, 263, pp. 3077-3084.
- Egger, M., y Smith, G. D. (1998). “Meta-analysis bias in location and selection of studies”. *British medical journal*, 316, pp. 61-66.
- El coste social de los trastornos de salud mental en España* (1998). Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Madrid: Smithkline Beecham Pharmaceuticals.
- Emmelkamp, P. M. G., Everaerd, W. T., Kamphuis, J. H., Sergeant, J. y Scholing, A. (2000). “Clinical psychology at the end of the Century”. *Clinical psychology and psychotherapy*, 6, pp. 325-335.
- Expert Consensus Guidelines. Psychiatric treatment guidelines for the most difficult questions facing clinicians. *Why expert consensus guidelines?* [en línea] 2002 March 4. URL disponible en: <http://www.psychguides.com/why.html>.
- Eysenck, H. J. (1952). “The effects of psychotherapy: An evaluation”. *Journal of consulting and clinical psychology*, 16, pp. 319-324.
- Garner, P., Rajendra Kale, R., Dickson, R., Dans, T. y Salinas, R. (1998). “Implementing research findings in developing countries”. *British medical journal*, 317, pp. 531-535.
- Geddes, J. y Wessely, S. (2000). “Clinical standards in psychiatry. How much evidence is required and how good is the evidence base?”. *Psychiatric bulletin*, 24, pp. 83-84.
- Gilbody, S. M. (2000, Editorial). “Publication bias and the integrity of psychiatry research”. *Psychological medicine*, 30, pp. 253-258.
- Haynes, B. y Haines, A. (1998). “Barriers and bridges to evidence based clinical practice”. *British medical journal*, 317, pp. 273-276.
- Haynes, R. B., Sánchez, R. G., Jadad, A., Browman, G. P. y Gómez de la Cámara, A. (2000). “Herramientas para la práctica de la medicina basada en la evidencia (I). Actualización de recursos de información basados en la evidencia para la práctica clínica”. *Medicina clínica*, 115, pp. 258-260.
- Holloway, F. (2000). “Mental health policy, fashion and evidence-based practice”. *Psychiatric bulletin*, 24, pp. 161-162.

- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., y Prince, S. E. (2000). "A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression". *Prevention and treatment*.
- Jackson, R. y Feder, G. (1998). "Guideline for clinical guidelines". *British medical journal*, 317, pp. 427-428.
- Jencks, S. F. (2000, Editorial). "Clinical performance measurement. A hard shell". *Journal of the american medical association*, 283, pp. 2015-2016.
- Kendell, R. E. (2000). "Measurement and psychotherapy. Evidence-based practice and practice-based evidence". *British journal of psychiatry*, 176, pp. 6-9.
- Kessler, R. C., y Zhao, S. (1999). "The prevalence of mental illness". En A.V. Horwitz, y Scheid, T. L. (eds.) (1999). *A handbook for the study of mental health: social contexts, theories, and systems* (pp. 58-78). NY: Cambridge University Press.
- Kunz, R. y Oxman, A. D. (1998). "The unpredictability paradox: review of empirical comparisons of randomised and nonrandomised clinical trials". *British medical journal*, 317, pp. 1185-1190.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E., y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Lehman, A., Steinwachs, D. M. y the Survey Co-investigators of the PORT Project (1998a). "At issue: the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) client survey". *Schizophrenia bulletin*, 24, pp. 1-10.
- (1998b). "Patterns of usual care for schizophrenia: Initial results from the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) client survey". *Schizophrenia bulletin*, 24, pp. 11-32.
- Liberati, A., Buzzetti, R., Grilli, R., Magrini, N. y Minozzi, S. (2001). "Which guidelines can we trust?". *West journal of medicine*, 174, pp. 262-265.
- Lorenzo, S., Mira, J. J. y Sánchez, E. (2000). "Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia". *Medicina clínica*, 114, pp. 460-463.
- Mandi, H. y Dauphinee, W. D. (2000). "Conceptual guidelines for developing and maintaining curriculum and examination objectives: the experience of the medical council of Canada". *Academic medicine*, 75, p. 1031.
- Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clark, J. M., Audin, K. y Connell, J. (2000). "Measurement and psychotherapy. Evidence-based practice and practice-based evidence". *British journal of psychiatry*, 177, pp. 123-130.

- McCormack, J. y Greenhalgh, T. (2000). "Seeing what you want to see in randomised controlled trials: versions and perversions of UKPDS data". *British medical journal*, 320, pp. 1720–1723.
- Medicina Clínica (2000). "Investigación de resultados en salud". *Outcomes research*, 114 (Supl. 3), pp. 1-116.
- Muir, J. A. (1997). *Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria*. Madrid: Churchill Livingstone.
- Muñoz, M., Vázquez, C., Muñoz, E., López-Luengo, B., Hernangómez, L., y Díaz, M. (2001, en prensa). "Evaluación de resultados en la esquizofrenia: El ejemplo de la Comunidad Autónoma de Madrid". *Intervención psicosocial*.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (eds.). (1998). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Psicothema* (2001). Vol. 13, 3 (número especial).
- Ramsey, P. G., Carline, J. D., Inui, T. S., Larson, E. B., LoGerfo, J. P., Norcini, J. J., y Wenrich, M. D. (1991). "Changes over time in the knowledge base of practicing internists". *Journal of the american medical association*, 266(8), pp. 1103-7.
- Rosenthal, R. y DiMatteo, M. R. (2001). "Meta-analysis: recent developments in quantitative methods for literature reviews". *Annual review of psychology*, 52, pp. 59-82.
- Sackett, D. (2000). "The sins of expertness and a proposal for redemption". *British medical journal*, 320, p. 1283.
- Sackett, D., Rosenberg, W. M., Muir, J. A., Haynes, R. B. y Richardson, W. S. (1996, Editorial). "Evidence based medicine: What is and what it isn't". *British medical journal*, 312, pp. 71-72.
- Sackett, D. L., Richardson, W. S., Rosenberg, W. y Haynes, R. B. (1997). *Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE*. Madrid: Churchill Livingstone.
- Sederer, L. I. y Dickey, B. (1996). *Outcomes assessment in clinical practice*. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.
- Shekelle, P., Eccles, M., Grimshaw, J. y Woolf, S. (2001). "When should clinical guidelines be updated?". *British medical journal*, 323, pp. 155-157.
- Shekelle, P., Woolf, S., Eccles, M. y Grimshaw, J. (1999). "Developing guidelines". *British medical journal*, 318, pp. 593-596.
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1977). "Meta-analysis of psychotherapy outcome studies". *American psychologist*, 32, pp. 752-769.

- Thornley, B. y Adams, C. (1998). “Content and quality of 2000 controlled trials in schizophrenia over 50 years”. *British medical journal*, 317, pp. 1181–1184.
- Tizón, J. L. (2002). “¿A qué se puede llamar atención a la salud mental y atención psiquiátrica ‘basadas en la evidencia’?” *Archivos de psiquiatría*, 65, 1, pp. 5-12.
- Tomlin, Z., Humphrey, C. y Rogers, S. (1999). “General practitioners' perceptions of effective health care”. *British medical journal*, 318, pp. 1532–1535.
- Tort, V. (2001). “La Psiquiatría Basada en la Evidencia. La perspectiva del clínico”. *Interpsiquis*, 2.
- Vázquez, C. (1990). “Revisiones cuantitativas de la literatura: El metaanálisis”. *Evaluación psicológica/Psychological assessment*, 4, pp. 165-186.
- (2000). “Depresión y manía”. En A. Bulbena, G. Berrios y Fernández de Larrinoa, P. (eds.), *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 255-287). Barcelona: Masson.
- Vázquez, C. y Jiménez, F. (2000). “Compendio de escalas para la evaluación de la depresión y la manía”. En A. Bulbena, G. Berrios y P. Fernández de Larrinoa (eds.), *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 288-308). Barcelona: Masson.
- Vázquez, C., Nieto, M. y López-Luengo, B. (2002). “Epistemología de la Rehabilitación”. En M. A. Verdugo, D. López, A. Gómez y M. Rodríguez (coords.) *Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas* (pp. 107-128). Salamanca: Amarú Ediciones.
- World Health Report (1999). *Making a difference*. Ginebra: World Health Organization.

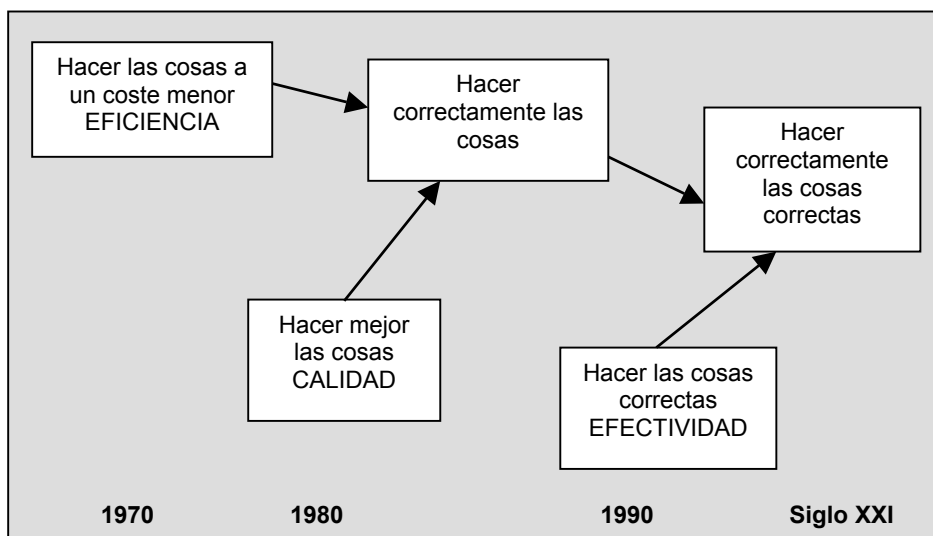
Figura 1. Secuencia histórica del cambio de énfasis en la medicina clínica (Adaptado de Muir, 1997).

Figura 2. Conocimientos (sobre hipertensión) –según las preguntas de un test (MCG) que tienen que aprobar los licenciados en Medicina para convertirse en residentes– y años de experiencia (Ramsey et al., 1991).

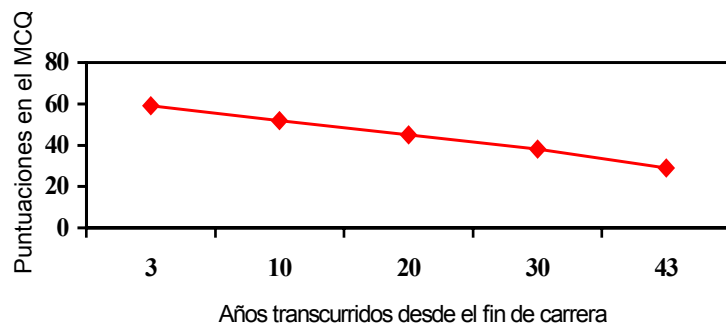


Tabla 1. Clasificación del coste en términos de años de vida perdidos por muerte prematura y vividos con una discapacidad (DALY) de los trastornos y enfermedades mentales en el conjunto de todas las enfermedades físicas y mentales humanas (WHO, World Health Report 1999).

TRASTORNO	Ranking en términos de costes (DALY's)	
	Total Mundo	Países ricos
Depresión	4	2
Dependencia alcohol	17	4
Trastorno bipolar	18	14
Psicosis	22	12
Obsesiones	28	18
Demencia	33	9
Dependencia Drogas	41	17
Pánico	44	29