

fundación

ASMOZ

formación on-line

Asistencia a las Víctimas de Experiencias Traumáticas

2.4. Evaluación de programas de intervención y éxito terapéutico

Profesora: © Karmele Salaberria Irizar



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. ¿Cómo elaborar un programa de intervención?..... | 3 |
| 1.1. Fases del trabajo..... | 3 |
| 1.2. Herramientas disponibles..... | 4 |
| 2. Evaluar un programa de intervención: efecto..... | 5 |
| 2.1. ¿Qué evaluar?..... | 6 |
| 2.1. ¿Cómo evaluar?..... | 7 |
| 3. Valoración de un programa de intervención..... | 9 |
| 4. Programas de intervención empíricamente validados..... | 16 |
| 5. Aspectos éticos y deontológico..... | 19 |
| 6. Éxito terapéutico..... | 20 |
| Bibliografía..... | 31 |

1. ¿CÓMO ELABORAR UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN?

Se define un programa de intervención como un "conjunto de acciones humanas y recursos materiales implantados en una determinada realidad social en forma coordinada, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un sujeto, grupo, clase". Así existen programas de tratamiento, de prevención, psicoeducativos, clínicos, etc. Además se suelen utilizar términos como plan, proyecto, acción específica, intervención, etc. Todos los términos tienen en común dos características: a) tienen unos objetivos; b) suponen actividades y estructuras que requieren una especificación e implantación de forma coordinada.

Los programas de intervención tienen como objetivo producir cambios comportamentales en sujetos, grupos, clases, comunidades, organizaciones, etc. y pueden ser de diversos tipos: a) clínicos que se ponen en marcha en consultas privadas, hospitales, centros de salud, comunidades terapéuticas, etc.; b) educativos para tratar dificultades de aprendizaje, dificultades emocionales, promoción de habilidades, mejora de la autoestima; c) programas aplicados en ámbitos sociales, comunidades, empresas, etc.. Además pueden aplicarse a nivel primario, secundario (tratamiento) o terciario.

La puesta en marcha de una intervención social se lleva a cabo a través de un proceso de toma de decisiones. El proceso se pone en marcha por la existencia de demandas o necesidades sociales. La solución de las necesidades conduce al establecimiento de objetivos, a la planificación y puesta en marcha de la intervención y a su valoración. Esta última sirve para contrastar si las necesidades y demandas se han atendido y resuelto.

1.1. Fases del trabajo

El deseo de elaborar un programa de intervención surge de la motivación, del interés personal, del interés por resolver problemas, de la necesidad de responder a demandas sociales o institucionales. En el proceso de elaboración hay que tener en cuenta diversos aspectos:

- Para quién, a qué población va dirigida la intervención, ¿las personas van a acudir obligatoriamente o voluntariamente al programa?

- Dónde se realiza
- Para qué, qué objetivos se quieren conseguir
- Revisión de lo realizado anteriormente, referencias previas de trabajos anteriores.
- Descripción del programa de intervención ya que es la variable independiente la herramienta que se utiliza para producir cambios. Se deben especificar los *aspectos formales del* tratamiento o de la intervención (número de sesiones, periodicidad, lugar, duración de las sesiones, terapeutas, formato grupal o individual, etc.) y el *contenido* de cada una de las sesiones. Esto permite que el estudio pueda ser replicado, comparado con otras investigaciones, que los terapeutas puedan ser entrenados y puedan adherirse al protocolo.
- Se debe añadir todo el material de trabajo de las sesiones del programa.
- Se debe formar a los psicólogos que van a implantar el programa, a los recursos humanos y asegurarse de que se adhieren al protocolo de intervención.
- Hay que incluir los recursos materiales y la financiación que se va a necesitar.
- Se debe describir el procedimiento, es decir los pasos que se van a seguir.

1.2. Herramientas disponibles

Además de la propia creatividad del psicólogo y el conocimiento teórico sobre el tema o aspectos relacionados con el mismo, a la hora de elaborar un programa de intervención es útil revisar la bibliografía en las bases de datos Psyclit, Psycodoc. En ellas, es importante seleccionar las palabras clave y revisar los últimos 5 años. Es importante leer los artículos fijándose en los autores más citados y en las referencias bibliográficas más importantes. Suele ser útil también consultar las guías clínicas y trabajos anteriores.

El conocimiento del trabajo realizado anteriormente, quién lo ha hecho, dónde, y con qué resultados permite no caer en errores y evitar problemas que otros han tenido, así como plantear nuevos modos de abordar los problemas.

2. EVALUAR UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Hasta que Eysenck en el año 1952 formuló la pregunta ¿funciona la psicoterapia?, nadie había pensado en la necesidad de evaluar los resultados o los efectos de una intervención psicológica. Posteriormente, por medio del meta-análisis se procedió a estudiar los efectos de las intervenciones en diversos estudios, así en el año 1980 Smith, Glass y Miller publicaron el primer estudio meta-analítico. En el año 1995, la asociación de psicología americana creó un comité de expertos para que estudiara y realizara un informe sobre tratamientos empíricamente validados dando lugar al Task Force. A partir de este momento surgen las primeras guías clínicas basadas en pruebas donde se describe el proceso de evaluación y tratamiento de diversos trastornos.

En inglés se diferencian los términos evaluación (assessment) y valoración (evaluation). La evaluación se refiere al análisis inicial de los problemas, de las variables que los controlan y mantienen y de las relaciones funcionales entre ellos, principalmente conlleva la exploración de personas, parejas y familias. En cambio, la valoración se refiere al juicio sistemático acerca de la eficacia, efectividad y eficiencia de un tratamiento, una intervención, un programa o servicio social, mediante un diseño de investigación. La valoración supone un proceso de evaluación de acuerdo a unos objetivos que tienen como fin el cambio en los comportamientos o en las situaciones o la mejora de la calidad de los servicios.

El trabajo de evaluación y valoración es una labor esencial dentro de las tareas de un psicólogo. La evaluación psicológica individual tiene como objetivo conocer a las personas y la valoración tiene como fin conocer la utilidad de un programa para decidir su continuación o no. Las dos son tareas básicas a realizar por un psicólogo.

Por un lado, **la evaluación psicológica individual** es una de las labores esenciales de un psicólogo en cualquier contexto aplicado, se refiere al proceso y las herramientas que se utilizan en el análisis psicológico de las personas (Moreno, 2003). En la evaluación psicológica se trata de recoger datos sistemáticos, válidos, fiables y relevantes dentro de un proceso en respuesta a los problemas presentados por la fuente de referencia y con el propósito de tomar decisiones para o acerca de las personas (Lidz, 1981). Así, la evaluación psicológica es una disciplina abocada a la solución de problemas personales, institucionales, sociales y ambientales.

Por otro lado, **la valoración o evaluación de programas** resulta esencial en cualquier institución que invierta recursos económicos y personales en la gestión de un dispositivo de salud. La valoración de programas se refiere a las actividades dirigidas a establecer el mérito, el valor o la eficacia de programas, intervenciones o tratamientos llevados a cabo con el fin de producir cambios comportamentales en el contexto social (Fernández-Ballesteros, 1994). Se trata de evaluar necesidades, establecer objetivos, poner en marcha programas y valorar su eficacia y utilidad social.

Además, la evaluación de programas de intervención es una necesidad ética y deontológica, así lo señalan los artículos 17, 18, 19, 20, 21 del código deontológico y es asimismo necesaria desde un punto de vista económico. Para ello se utiliza la metodología científica que permite operativizar conceptos, replicar estudios y mejorar las intervenciones, así como la autocrítica y la mejora a lo largo del tiempo.

En psicología existen muchos programas de intervención que nunca se evalúan, es decir muchas veces se hacen cosas pero que no sabemos si sirven o no. Para poder evaluar hay que pensar antes cómo hacerlo.

2.1. ¿Qué evaluar?

A la hora de evaluar un programa de intervención se puede evaluar el proceso (enfoque cualitativo) o los resultados (enfoque cuantitativo). En general, cuando un programa es efectivo a continuación se pasa a evaluar el proceso, pero realizar un análisis del proceso sin saber si un tratamiento es efectivo o no, no tiene mucho sentido. Desde el punto de vista de los resultados se pueden tener en cuenta tres aspectos diferentes:

La **efectividad**, es el criterio más utilizado, supone evaluar para ver si la intervención ha alcanzado los objetivos previstos, y conocer los efectos de un tratamiento en la práctica clínica (validez externa).

La **eficacia**, es decir, en qué medida un programa ha producido unos determinados resultados en condiciones ideales o en ensayos controlados (validez interna).

La **eficiencia**, o la relación entre los costes y beneficios del programa. Requiere un análisis económico: recursos humanos (horas, cualificación, preparación), recursos materiales (instalaciones) y financieros, etc.

Hoy día, el énfasis está puesto en la valoración de resultados, ver si se producen los efectos esperados y si las causas que justifican esos efectos son debidos a la intervención y no a otros factores implicados en el proceso de intervención.

La realidad es que es una necesidad ética y social comprobar la eficacia de las intervenciones y su modo de aplicación. En concreto, las terapias psicológicas forman parte de la sanidad pública, esto requiere que su eficacia haya sido demostrada, y no dependa su utilización de la adscripción teórica de los psicólogos que prestan sus servicios en la red de salud.

2.2. ¿cómo evaluar?

Para poder evaluar un programa de intervención, hay que definir las siguientes variables:

- El contexto donde se realiza la intervención.
- Los objetivos y las hipótesis del programa de intervención.
- Los sujetos a los que se ha aplicado el programa de intervención: las características demográficas, psicológicas, psicopatológicas, de personalidad que los caracterizan y los criterios de admisión al estudio. En el caso de que la muestra sea clínica los criterios diagnósticos DSM-IV-R/CIE-10 que se han utilizado.
- El diseño que permite contrastar los resultados y los efectos de la intervención a lo largo del tiempo. Diseños con evaluaciones pre-post y seguimientos (de caso único, de un único grupo), denominados estudios piloto.
- Las medidas de evaluación: indicadores, instrumentos de medida o procedimientos de recogida de información. Los instrumentos de medida

deben ser objetivos, estables, fiables, validos y sensibles. Pueden ser cualitativos o cuantitativos. Las medidas de evaluación tienen relación directa con los objetivos. Es importante que sean instrumentos de evaluación que sean utilizados en más estudios, ya que así se pueden comparar los resultados y que incluyan diversos aspectos de la problemática que se trata.

- La modalidad de intervención: el contenido de la intervención, se realiza la descripción del trabajo realizado en las sesiones y de los terapeutas o profesionales que intervienen.
- El procedimiento: descripción detallada de cómo se ha obtenido la muestra, cómo se ha evaluado y aplicado el programa y quién lo ha llevado a cabo y si la aplicación se ha realizado de acuerdo a lo estipulado en el diario de sesiones.
- El análisis de los resultados intragrupo con estadísticos descriptivos y diferencias entre evaluaciones. Se pueden utilizar criterios cuantitativos o diferencias estadísticamente significativas o criterios de significación clínica de tipo cualitativo para valorar los resultados.
- Las conclusiones sobre el efecto de la intervención: relacionando los resultados obtenidos con los objetivos e hipótesis planteados, con la bibliografía y los estudios previos. Además es conveniente incluir las limitaciones del estudio y los aspectos a mejorar.

Respecto a los efectos de una intervención o tratamiento Marks y O'Sullivan (1992) señalan los siguientes conceptos como susceptibles de evaluación:

- Especificidad: ¿qué síntomas mejoran?
- Intensidad: ¿cuánto mejoran los síntomas?
- Plazo: ¿cuánto tarda la mejoría en comenzar?
- Duración a corto plazo: ¿continúa el efecto mientras el tratamiento se mantiene?
- Duración a largo plazo: ¿continúa el efecto tras la interrupción del tratamiento?
- Coste: ¿tiene efectos secundarios la terapia, produce rechazos y abandonos?
- Interacción: ¿cómo actúa con otros tratamientos?
- Balance: ¿cuáles son las ventajas e inconvenientes en relación con otros tratamientos?

Todo este trabajo previo finaliza con la redacción del informe y la publicación de los resultados como artículo científico, tesis doctoral o a modo de comunicación que se presenta en congresos. La característica más importante del informe es que debe proporcionar la suficiente información para que los lectores puedan evaluar las observaciones y repetir el trabajo.

3. VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

La valoración de programas surge a mediados de los años 50 en EEUU, para comprobar si los programas de acción social eran eficaces o no. Los informes que se realizaron pusieron de manifiesto que había programas que no eran efectivos. A veces existe la tendencia a pensar que la mera dedicación de recursos económicos es ya algo beneficioso sin evaluar si realmente es así o no. Hoy en día nadie cuestiona que se deben evaluar los programas de intervención psicosociales, educativos, sanitarios, etc. ya que en ellos se invierten recursos económicos, materiales y humanos.

El valorador de programas de intervención puede ser interno o externo. En el primer caso la persona o la institución que ha detectado una necesidad social y ha implantado un programa posteriormente lo evalúa. Su labor es similar a la del terapeuta que proporciona un tratamiento y evalúa si ha sido efectivo o no. En el segundo caso, el evaluador externo es alguien que no ha participado del diseño de la intervención y al que la institución contrata para ver si el programa ha sido efectivo o no. El evaluador externo debe preguntarse por quién solicita la valoración, qué consecuencias pueden derivarse de la misma (por ejemplo: despido de trabajadores),

qué nivel de implicación tiene en los planteamientos del programa y en las hipótesis que subyacen al mismo.

Las personas que deciden implantar o no una intervención social son los políticos. Ellos deciden si van a invertir en uno u otro plan (racismo, inmigración, maltrato, pobreza, abuso de alcohol, juego patológico, terrorismo, minusvalías, cáncer, etc.), si seguir financiando un programa u otro.

La labor de la valoración de programas es un proceso similar a la valoración de un tratamiento en un caso individual que demanda un cambio o solución de un problema determinado. Así, se define la valoración de intervenciones como “la sistemática investigación del mérito, valor o éxito de tratamientos, intervenciones o programas llevados a cabo con el fin de producir cambios comportamentales en el contexto social” (Fernández-Ballesteros, 1996).

Es importante también preguntarse para qué sirve valorar programas, ¿los políticos tienen en cuenta los informes?, ¿los psicólogos que trabajan en centros educativos, juzgados, centros de salud mental, hospitales tiene en cuenta los resultados de las investigaciones, los conocen?, ¿se enseñan a los estudiantes programas de intervención evaluados y validados empíricamente?, ¿se difunden en la población los programas de intervención eficaces?, ¿se cancelan programas eficaces y se mantienen ineficaces?.

En la valoración de un programa se pueden dar diversas actividades (Graham y Birchmore-Timney, 1989):

- a. *valoración de necesidades*: ¿es necesario el programa de intervención?. Los datos epidemiológicos dan pistas, los estudios de incidencia y prevalencia de trastornos, las encuestas, etc. nos pueden hacer ver la necesidad o no de implantar programas.
- b. *valoración de la evaluabilidad*: ¿es posible evaluar el programa?. Para ello es necesario clarificar objetivos, identificar posibles relaciones entre objetivos y resultados y estimar los costos en comparación con los beneficios, además habría que identificar si el programa ha sido ejecutado consistentemente. Existen programas no bien definidos, sin una estructura establecida, etc...que no pueden ser valorados. Para ver si un programa puede ser evaluado se

pueden analizar los documentos, los archivos, los informes, se pueden realizar entrevistas a los usuarios y responsables, etc.

- c. *evaluación de la implementación*: evaluación del proceso de puesta en marcha de la intervención, ¿cómo funciona el programa, existen diferencias entre lo diseñado y lo aplicado?. Para conocer datos de la implementación se puede analizar el procedimiento, realizar entrevistas y observar.
- d. *evaluación de la cobertura*: ¿la población conoce el programa o el tipo de intervención, es accesible, es aceptado, llega realmente a los que lo necesitan?. Se pueden conocer estos datos por medio de encuestas de población, viendo el número de casos atendidos, el perfil del usuario, etc.
- e. *evaluación del impacto* del programa en la sociedad, se puede conocer por medio de indicadores sociales, costes y beneficios del programa, utilidad, etc.
- f. *valoración de los resultados*: evaluar los efectos de la intervención, medir su extensión y valorar los beneficios.

Así, la evaluación de un programa, dispositivo, o plan puede tener como objetivo tomar decisiones presupuestarias, justificar actuaciones, tomar decisiones para su mejora o contrastar la teoría que subyace al funcionamiento de la misma (Fernández-Ballesteros, 1996).

A la hora de valorar los resultados se pueden considerar tres aspectos distintos:

- Eficacia: ¿Los resultados son válidos? (validez interna, rigor científico del estudio)
- Efectividad: ¿Los resultados son útiles? (validez externa del estudio)
- Eficiencia: Relación entre los costes y los beneficios del programa

- **Efectividad: Utilidad del programa de intervención (validez externa)**

La validez externa de un estudio está relacionada con la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos en el estudio concreto a otras poblaciones.

Así, la utilidad clínica de un programa de intervención debe responder a dos aspectos:

1. ¿es factible el tratamiento? ¿los pacientes lo aceptan? ¿los pacientes cumplen las prescripciones? ¿es fácil de difundir y aplicar?.
2. ¿hasta qué punto es generalizable el programa, teniendo en cuenta las características del paciente, del terapeuta y los factores contextuales donde se aplica el tratamiento?

- **Eficiencia: costes y beneficios**

La eficiencia es la relación entre los costes y beneficios de la implantación de un programa de intervención. Requiere de un análisis económico sobre los recursos humanos, materiales, la financiación, etc.; un ejemplo es el estudio de la Escuela Económica de Londres sobre la posibilidad de implantar terapia psicológica en los ambulatorios de asistencia primaria de Inglaterra frente a la mera prescripción de psicofármacos.

La eficiencia también se refiere al coste de suministrar un programa de intervención y al coste de no hacerlo. Se tiene en cuenta para ello el gasto de personal, de los terapeutas, los desplazamientos de los pacientes, la mejora de calidad de vida de ellos y el ahorro que supone la intervención a posteriori.

- **Eficacia: ¿Los resultados son válidos? (validez interna) Rigor científico del estudio**

¿Los cambios observados en la variable dependiente son atribuibles a la variable independiente, es decir, al programa de intervención o pueden ser debidos a otras circunstancias?. La respuesta está en la calidad de la evidencia en función del rigor científico del diseño. Así, podemos apreciar que:

- La terapia es mejor que una terapia alternativa (ensayo aleatorio y controlado)
- La terapia es mejor que una terapia no específica
- La terapia es mejor que la ausencia de terapia
- Existen observaciones clínicas cuantificables sobre el efecto
- Existen acuerdos clínicos sobre si el programa es positivo o negativo
- Existen pruebas contradictorias

- No existen pruebas

La calidad más alta de un estudio significa que el programa de intervención es mejor que el mero paso del tiempo, que un placebo, u otro tipo de intervención. Si el diseño es correcto y el estudio es riguroso podemos concluir que los resultados son válidos y comprobar cómo de relevantes son.

Para que un estudio sea considerado riguroso debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Respecto al diseño:

Los diseños se dividen en experimentales y cuasi-experimentales (cuando no se pueden controlar algunas variables externas), en función de la capacidad de control, replicabilidad y generalización. En los diseños de evaluación de intervenciones, normalmente se compara un grupo de sujetos que recibe el programa de intervención o tratamiento con otro grupo o grupos de sujetos que reciben otra condición. En la siguiente tabla aparecen las posibles comparaciones:

- Grupo de control: no tratado, de lista de espera, sin contacto, placebo o no específico frente a grupo que recibe la intervención.
- Grupo que recibe el tratamiento completo frente a grupo que recibe alguno de sus componentes (descomposición del tratamiento).
- Grupo que recibe un tratamiento eficaz frente a un grupo que recibe el tratamiento eficaz más otros componentes novedosos (construcción del tratamiento).
- Dos grupos con el mismo tratamiento pero donde se varían el número de sesiones, la duración, la modalidad grupal o individual (parámetros del tratamiento).
- Dos grupos que reciben dos tratamientos diferentes A frente a B
- Dos grupos que reciben el mismo tratamiento pero variando características de los pacientes o de los terapeutas (edad, sexo, gravedad, comorbilidad, etc.)

Los sujetos deben ser asignados a los grupos de modo aleatorio y el tratamiento debe estar manualizado, es decir, descrito en sus fases, objetivos y técnicas sesión por sesión.

- Respecto a los sujetos:

La muestra debe estar claramente definida y también el proceso de obtención de la misma. En el caso de que la muestra sea clínica, deben especificarse los criterios de admisión de acuerdo a criterios diagnósticos DSM-IV-R/CIE-10. El tamaño mínimo del grupo de sujetos debe ser de 30 y los grupos deben ser homogéneos o equivalentes en las características del problema, en las características demográficas, etc . Además deben ser controladas las expectativas y la motivación que tienen los sujetos pertenecientes a los diferentes grupos.

- Respecto a las medidas de evaluación:

Las medidas de evaluación son las que se utilizan para saber si el programa ha funcionado o no. Hay que definir qué variables dependientes se van a utilizar y con qué instrumentos se va a evaluar. Normalmente no se utiliza una sola medida, y se evalúa el cuadro clínico pero también aspectos asociados. Es importante que los instrumentos sean fiables y validos, se apliquen en diversos momentos pre-post-seguimientos y sean sensibles al cambio terapéutico y a ser posible aplicados por evaluadores independientes.

- Respecto a los análisis de los datos obtenidos o del efecto del tratamiento

Los datos se pueden analizar desde una perspectiva inter-grupal e intra-grupal y se utilizan estadísticos descriptivos e inferenciales. En el primer caso (inter-grupal) debe haber dos premisas fundamentales y es que los diversos grupos han de ser homogéneos en las variables previas a la intervención (análisis de varianza) y los datos deben seguir la curva normal (test de Bonferroni), si no se cumplen estos supuestos se pueden utilizar los análisis de covarianza.

Entre *los análisis descriptivos* se encuentran las frecuencias, los porcentajes, las medias y desviaciones típicas.

Entre *los análisis inferenciales* se utilizan las medidas de comparación de grupos. La *t* de student en el caso de dos grupos y los análisis de varianza o anovas en el caso de más de dos grupos. Cuando aparecen diferencias se utilizan los análisis post-hoc, que nos dicen entre qué grupos aparecen las diferencias. Cuando las variables son cualitativas se utiliza la chi-cuadrado.

Los estadísticos inferenciales nos hablan de las diferencias entre las medias de los grupos y la probabilidad que tenemos de equivocarnos o no cuando afirmamos que esas diferencias se deben al tratamiento. Si el estudio ha estado bien controlado y las diferencias entre grupos son significativas, esto indica que se deben a la variable independiente (tratamiento o intervención). Así, partiendo siempre de la base de la hipótesis nula, es decir, que no existen diferencias entre grupos podemos cometer dos tipos de errores:

Error tipo I: rechazo la hipótesis nula cuando en realidad es cierta, es decir afirmo que hay diferencias cuando no las hay. Nivel de alfa $<0,05$ o probabilidad de equivocarnos.

Error tipo II: acepto la hipótesis nula cuando no es cierta. Es decir afirmo que no hay diferencias entre los grupos cuando existen. Se expresa con una beta menor de 0,20.

Pero para valorar el efecto de una intervención podemos tener en cuenta además otros criterios como son:

1. Comparar los resultados con baremos de la población general o normal y ver dónde se ubican los pacientes tratados en el pretratamiento, en el post y en los seguimientos de los diferentes grupos. Es decir, si haber recibido la terapia sitúa a alguien fuera del rango de la población disfuncional o dentro del rango de la población funcional.
2. Calcular el tamaño del efecto, es decir, la diferencia entre las medias en los distintos grupos de intervención. Así Cohen establece diferentes niveles de tamaño del efecto: $<0,2$ no hay efecto; entre 0,2 y 0,5 efecto bajo; entre 0,5 y 0,8 efecto medio y por encima de 0,8 efecto alto.
3. Índice de cambio fiable (Jacobson y Truax, 1991) determina si la magnitud del cambio para un sujeto es estadísticamente significativa. Se calcula restando las

puntuaciones del pre y del post y dividiendo por el error estándar. Así un ICF mayor de 1.96 es poco probable que ocurra si realmente no ha habido un cambio realmente significativo. Posteriormente se puede ver qué porcentaje de sujetos en cada grupo ha cambiado o no y realizar un análisis discriminante.

Cuando la investigación está bien controlada tendremos un estudio potente capaz de detectar las variaciones entre los grupos y esto supone buena validez interna y externa y menor varianza de error. Es decir que cuando afirmamos que una intervención es eficaz para un determinado problema tenemos poco riesgo de equivocarnos.

- Respecto a las conclusiones: Es importante comparar los resultados del programa frente a otros. Este tipo de trabajos son los meta-análisis, que recogen las investigaciones que siguen los criterios mencionados y comparan los resultados de diversos estudios con trastornos o problemáticas concretas y analizan qué tipo de intervenciones tienen mayor efecto.
- Respecto al informe de la investigación: Este es un resumen del trabajo realizado, una valoración del mismo, qué ha resultado de utilidad y qué no y la exposición de recomendaciones para acciones concretas. Es importante que el informe sea claro, específico, conciso y descriptivo.

4.PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EMPÍRICAMENTE VALIDADOS

Los programas de intervención o tratamientos empíricamente validados son los que están basados en pruebas, ensayos, investigaciones y estudios donde se analiza la eficacia de una intervención. Para ello es esencial que los estudios tengan calidad y puedan ser replicados.

¿Quién y cómo decide si un tratamiento es eficaz?

En el mundo existen diferentes agencias que deciden qué tipo de intervenciones van a ser consideradas como eficaces en base al rigor científico del estudio en el que se basan. Estas agencias revisan los estudios sobre la eficacia de los tratamientos o programas y establecen los criterios de calidad.

Ejemplos de este tipo de agencias son:

- La Colaboración Cochrane (1993) que revisa estudios en el campo de las ciencias de la salud. Dirección en internet www.cochrane.de (en alemán) y en los países iberoamericanos www.cochrane.es
- La Colaboración Campbell (2000) que revisa los estudios pertenecientes al área de las ciencias sociales, educativas, criminológicas y del comportamiento. Dirección en internet www.campbellcollaboration.org
- La Asociación americana de psicología: www.apa.org/division/div12/est/est.html

Además las agencias establecen jerarquías en la calidad de los estudios, así la United States Preventive Services o la Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, han establecido los siguientes criterios de calidad desde el mínimo de calidad hasta el máximo para valorar la calidad de las pruebas:

Resultados basados en:

- Anécdotas o casos únicos
- Opiniones de expertos o estudios descriptivos
- Estudios de caso controlados
- Ensayos controlados bien diseñados pero no aleatorizados
- Ensayos controlados y aleatorizados con muestras pequeñas
- Ensayos controlados y aleatorizados con muestras grandes
- Meta-análisis de ensayos controlados y aleatorizados

Así, cuando alguien afirma que un tratamiento es eficaz, hay que analizar en qué tipo de pruebas se basa para afirmarlo. Siguiendo esta idea, la asociación americana de psicología por medio del grupo de trabajo Task Force, estableció en el año 1995 tres tipos de tratamientos psicológicos: a) *tratamiento eficaz y específico*, mejor que un tratamiento alternativo o placebo; b) *tratamiento eficaz*, mejor que la ausencia de terapia; y c) *tratamiento probablemente eficaz* que obtiene buenos resultados pero todavía está sin replicar.

Además establecieron los siguientes criterios para considerar un tratamiento eficaz y específico:

1. Existencia de dos estudios experimentales como mínimo de grupos de investigación distintos, con diseños de grupo, donde el tratamiento es superior a un fármaco, placebo u otro tipo de tratamiento.

Una amplia serie de diseños de caso único, más de 9, donde se comparan casos que han recibido un determinado tratamiento, con casos que han recibido fármaco, placebo u otro tipo de tratamiento.

2. El tamaño de la muestra es de más de 30 sujetos por grupo, con características especificadas de acuerdo al DSM-IV-R.
3. El protocolo de evaluación y tratamiento están claramente descritos.
4. Los sujetos son asignados aleatoriamente a los grupos.
5. La evaluación se realiza con medidas múltiples y entrevistadores ciegos.
6. Existen seguimientos a largo plazo de los pacientes tratados.

Es difícil cumplir con todos los criterios, sin embargo acercarse al ideal es importante porque los resultados provenientes de estudios de calidad generan conocimiento útil.

El movimiento de los tratamientos basados en pruebas ha dado lugar a la aparición de **guías clínicas o terapéuticas** para diferentes trastornos. Estas guías tienen ventajas e inconvenientes. Las ventajas son que las guías están basadas en la evidencia, uniformizan al alza la calidad asistencial, sirven de puente entre investigadores y clínicos, protegen de acusaciones de mala práctica y facilitan el contrato con las compañías de seguro. Entre las desventajas, se encuentran el que pueden inhibir la intuición clínica y a veces no reflejan la complejidad de la realidad. Sin embargo, pueden ser muy útiles, porque describen la evaluación y el tratamiento paso a paso en diversos trastornos, posteriormente el terapeuta deberá adaptar a las características personales del paciente con el que trabaja.

5. ASPECTOS ÉTICOS Y DEONTOLÓGICOS

La evaluación de programas de intervención sirve para validar intervenciones y es una necesidad ética. Existen diversos artículos del código deontológico de los psicólogos (artículos del 24 al 38; III de la intervención y IV de la investigación y la docencia) que aluden a esta labor directamente. En el ámbito de las intervenciones existen algunos principios generales de ética a considerar:

- a) principio de no maleficencia o evitación del daño o perjuicio.
- b) principio de justicia u obligación de tratar a todas las personas con igual consideración y respeto.
- c) principio de beneficencia u obligación de poner los conocimientos al servicio del bienestar de las personas a las que va dirigida la actuación profesional.
- d) principio de autonomía que implica el respeto a la capacidad y el derecho del individuo para elegir por sí mismo aquello que crea más conveniente.

En concreto en las investigaciones sobre la evaluación de programas de intervención hay aspectos especialmente delicados:

- El consentimiento informado: es importante que el paciente conozca los objetivos del estudio, la duración, el procedimiento, el derecho que tiene a negarse a participar y abandonar, los límites de la confidencialidad, etc. Es importante que los pacientes tengan una hoja informativa, comprendan la información, sean competentes es decir tengan capacidad para tomar la decisión y lo hagan de modo voluntario.
- La confidencialidad y el archivo de las historias y el acceso que puede tener el paciente a la historia clínica, a los resultados del estudio y a conocer cómo se van a utilizar los datos recogidos en el mismo.
- La publicación de los resultados debe ser exacta, tanto de resultados positivos como negativos y se debe mencionar la fuente de financiación.

Además es importante la capacitación profesional del terapeuta, cuidar la relación profesional entre paciente y terapeuta, ser cauteloso en la utilización de etiquetas diagnósticas y en la devolución de los resultados.

En las investigaciones con diseños de grupo, es difícil utilizar grupos de control o placebo psicológico, en servicios públicos y en momentos de crisis, únicamente son viables en patologías cronicadas.

A modo de conclusión se puede señalar que es importante elaborar programas de intervención que puedan ser evaluados, ya que es el único modo de saber si lo que hacemos es útil o no. Para afirmar que un tratamiento es eficaz debemos evaluarlo y compararlo, es una necesidad ética ser autocríticos con nuestro trabajo, sobre todo cuando va dirigido a paliar el sufrimiento y mejorar la salud de las personas.

6. ÉXITO TERAPEUTICO

Todo tratamiento busca un cambio cognitivo, emocional, comportamental y/o fisiológico. Normalmente cuando un tratamiento produce cambios, éstos pueden ser negativos (empeoramiento) o positivos (éxito de la terapia). Por éxito terapéutico se puede entender adaptación, rehabilitación, ajuste, curación, y/o mejora (Pelechano, 1982)

En principio el alivio de los síntomas y la resolución de los problemas del paciente pueden ser considerados resultados positivos. Pero no todos los tratamientos psicológicos miden igual sus resultados.

Así se puede entender por efecto del tratamiento diversas cuestiones en función de las fases (Kupler, 1991):

- a. Respuesta al tratamiento: reducción o disminución de los síntomas al menos al 50% cuando se empieza a aplicar el tratamiento.
- b. Desaparición de los síntomas o su disminución de manera que el paciente consigue lograr un funcionamiento normal, en estos momentos no se cumplen los criterios diagnósticos, podríamos hablar de curación del trastorno.
- c. Mejoría: los síntomas desaparecen o disminuyen durante al menos 6 meses.
- d. Recaída: en la fase de desaparición o de mejoría los síntomas vuelven a aparecer.

Podemos definir también el éxito de modo más global como crecimiento personal, autoconocimiento, corrección de las desviaciones, consecución de objetivos negociados, etc. Además se puede entender por éxito terapéutico diferentes cuestiones, por ejemplo:

- a) que una persona adquiera conciencia del problema que tiene (por ejemplo: ser víctima de maltrato, tener una adicción, ...)
- b) que una persona acceda a pedir ayuda, en el caso de las víctimas que puedan realizar y sostener una denuncia
- c) que una persona acepte tratamiento y siga las prescripciones terapéuticas (tomar la medicación, realizar las tareas para casa, ...)
- d) que se aprecie una mejoría entre el inicio de la terapia y su finalización
- e) que si aparecen caídas o recaídas esa persona vuelva al inicio del proceso terapéutico

Cada terapeuta junto con el paciente debe decidir que va a considerar como éxito terapéutico, para ello es esencial acordar unos objetivos a trabajar, ya que guían el proceso.

- **Mejoría estadística y mejoría clínica**

La mejoría estadística es una mejoría cuantitativa que se puede definir de diversos modos:

- a. diferencia entre puntuaciones entre la evaluación previa y las posteriores a la intervención desde un punto de vista dimensional.
- b. si las puntuaciones del paciente o del grupo están por debajo de un punto de corte.
- c. si las puntuaciones del paciente están dentro del rango normal de una muestra normativa.
- d. si se siguen cumpliendo o no los criterios diagnósticos del trastorno (punto de vista categorial).

La mejoría clínica o cualitativa es más difícil de definir, mayor o menor satisfacción, autoconfianza y mejora en la vida cotidiana, menor nivel de malestar, mejor adaptación a la vida cotidiana, etc. Con frecuencia se intentan establecer índices de cambio compuesto que tienen en cuenta las percepciones de evaluadores y los

resultados en los cuestionarios. Jacobson y Truax (1991) han propuesto un índice de significación clínica (índice de cambio fiable) mediante una aproximación estadística que permite comparar la situación del paciente, antes y después del tratamiento, con grupos similares de la población general o con grupos de pacientes que no han recibido tratamiento, estableciendo índices de mejoría.

- **Proceso de cambio**

Del mismo modo que el desarrollo de problemas psicológicos no se da de un día para otro, el proceso de cambio tampoco, es un camino que se inicia y que supone cambios comportamentales, cognitivos y emocionales, con altibajos marchas adelante y atrás. Prochaska y Diclemente (1983) desarrollaron un modelo para entender las fases por las que una persona pasa en el proceso de cambio. A continuación se exponen:

- a) *Pre-contemplación*: la persona no piensa que su estilo de vida sea un problema, ni que requiera cambios, generalmente son los de alrededor quienes lo ven. La persona no ve ningún problema, ni solicita información sobre lo que le ocurre y tampoco se plantea ninguna modificación en su comportamiento en los próximos 6 meses. Si aparece algún cambio viene motivado por las presiones externas, bajo las cuales, se pueden realizar pequeñas modificaciones pero que no son estables.
- b) *Contemplación*: la persona admite que tiene un problema y es consciente de ello, pero todavía no ha establecido un compromiso de cambio profundo. Empieza a intentar comprender lo que le ocurre y a solicitar información, a veces necesita hablar sobre el problema y puede plantearse alguna modificación en los próximos 6 meses.
- c) *Preparación*: la persona muestra cambios en las conductas y en los deseos, ha tomado ya decisiones y establece un compromiso. Puede realizar pequeños cambios en los siguientes meses.
- d) *Acción*: el paciente modifica su comportamiento en solitario o con ayuda de un profesional. Esos cambios deben mantenerse durante un mínimo de 6 meses.

- e) *Mantenimiento*: la persona intenta mantener los resultados y los cambios, así como evitar la vuelta a la situación anterior. Puede aparecer el miedo a la recaída y por eso establecer un estilo de vida rígido, se requiere un tiempo mínimo de 6 meses.
- f) *Caída/ Recaída*: las marchas atrás pueden producir sentimientos de fracaso, culpa, frustración e ineficacia. Se vuelve otra vez a las fases previas a la acción.
- g) *Finalización*: Se establecen nuevos modos de conducta que se mantienen a lo largo del tiempo.

Es importante que el terapeuta tenga en cuenta en qué fase del proceso de cambio está el paciente, ya que proponer un tratamiento a una persona que está en las fases de pre-contemplación o contemplación suele ser una vía de fracaso, del mismo modo considerar que una caída o recaída no sirve para nada y que el trabajo realizado ha sido baldío.

Desde el punto de vista de los pacientes, Peurifoy (1993) ha recogido la descripción que realizan del proceso de cambio:

Cinco capítulos breves sobre el cambio

Capítulo I.. Camino por una calle y hay un agujero profundo en la acera. Caigo dentro. Tardo una eternidad en salir. Es mi culpa.

Capítulo II. Camino por la misma calle. Vuelvo a caer en el agujero. Sigo tardando mucho tiempo en salir. No es mi culpa.

Capítulo III. Camino por la misma calle. Vuelvo a caer en el agujero. Está convirtiéndose en un hábito. No es mi culpa. Salgo inmediatamente.

Capítulo IV. Camino por la misma calle y veo el agujero profundo en la acera. Rodeo el agujero.

Capítulo V. Camino por otra calle.

- **Fracasos terapéuticos**

Hoy día no se conoce ningún tratamiento psicológico que obtenga éxitos terapéuticos del 100%, siempre existe un porcentaje de fracasos terapéuticos. Estos sólo se pueden conocer si se realizan estudios sobre la eficacia. Foa y Emmelkamp (1983) en la primera publicación sobre fracasos terapéuticos en terapia cognitivo-conductual distinguieron 4 tipos de fracaso terapéutico:

- a) Negativa del paciente a recibir tratamiento: el paciente rehúsa o rechaza el tratamiento que se le propone, porque puede percibir que el coste es superior al beneficio del mismo.
- b) Abandono de la terapia: el paciente no acaba el tratamiento porque cree que no es de utilidad o lo termina prematuramente porque no está satisfecho con las metas alcanzadas, o porque considera que está curado.
- c) Abandono del seguimiento.
- d) Falta de respuesta al tratamiento, es decir, no se obtienen mejoras con la intervención.
- e) Recaídas

Las fuentes de fracaso terapéutico pueden ser diversas:

- Errores del terapeuta: en el diagnóstico, en la evaluación, en la aplicación del tratamiento, en la programación del mantenimiento, en el establecimiento de los objetivos terapéuticos y/o en el establecimiento de la relación terapéutica.
- Variables del paciente asociadas al fracaso terapéutico: bajas expectativas de cambio, la falta de observancia de las prescripciones terapéuticas, la no realización de tareas para casa y/o la falta de progresión en las primeras sesiones.
- Tratamientos complejos y de larga duración que impiden el seguimiento del mismo, así como la necesidad de cumplir prescripciones terapéuticas en ausencia de síntomas o malestar.

Es importante realizar estudios sobre fracaso terapéutico para ver qué características diferenciales tienen los sujetos que fracasan frente a los que consiguen éxitos y poder adecuar y mejorar los tratamientos. Para ello se analizan las variables diferenciales entre ambos grupos:

Características demográficas: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, profesión, estatus socioeconómico, lugar de residencia, etc.

Características de personalidad: neuroticismo, impulsividad, introversión, extroversión, estabilidad emocional, rigidez cognitiva, etc.

Características psicopatológicas: tipo de trastorno, gravedad, historia, comorbilidad, etc.

Otras características como la motivación, las expectativas, la satisfacción con el tratamiento recibido, etc.

En los estudios sobre fracasos terapéuticos, se evalúan estas características en el pre-tratamiento y se analiza cómo correlacionan con los resultados en el post-tratamiento y en los seguimientos y también los resultados en el post-tratamiento y su relación con los resultados en los seguimientos. Para ello se utilizan pruebas correlaciones como el análisis de regresión (variables cuantitativas) y análisis discriminante (variables cualitativas) entre variables predictoras y el fracaso o éxito terapéutico.

En concreto en *el trastorno por estrés postraumático* en víctimas recientes de agresiones sexuales son variables relacionadas con el fracaso terapéutico los niveles de depresión y ansiedad elevados tras el tratamiento y un mayor número de situaciones temidas relacionadas con la agresión sexual. Entre las víctimas con estrés postraumático crónico, los niveles altos de temor y miedo y el no haber recibido apoyo social correlacionan con peores resultados terapéuticos (Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 1998).

A nivel general se consideran *variables predictoras de fracaso en víctimas* las siguientes (Echeburúa, 2004):

- Traumatización extrema, revictimización
- Aparición de otros trastornos mentales, cronicidad del suceso traumático, aparición de estrés vital (divorcio, pérdida de empleo, etc.)
- Persistencia de secuelas físicas
- Inobservancia de las prescripciones terapéuticas
- Relación inadecuada con el terapeuta

- Presencia de emociones como la venganza, la culpa y la ira más difíciles de tratar.
- Quedarse metido en el recuerdo y realizando preguntas sin respuesta
- Aislamiento social
- Involucrarse en procesos judiciales

En el caso de las víctimas de maltrato, la edad es una variable importante, las víctimas más jóvenes, menores de 30 años no acceden con tanta frecuencia a los recursos asistenciales y los rechazan o abandonan con mayor frecuencia. En un estudio realizado sobre víctimas menores y mayores de 30 años, las más jóvenes han estado expuestas a mayor riesgo, tienen más trastorno de estrés postraumático, presentan más síntomas depresivos y sentimientos de confusión, vergüenza, culpa y desconfianza respecto al futuro, también pueden minimizar la gravedad del maltrato y tener una visión idealizada sobre el amor y las relaciones de pareja (Sarasúa, Zubizarreta, Echeburua y Corral, 2007).

- **Resistencia al cambio y adherencia al tratamiento**

La resistencia al cambio y la adherencia al tratamiento son factores íntimamente relacionados con el éxito terapéutico y se pueden referir a distintas conductas: a) iniciar y continuar un programa de tratamiento; b) asistir a las sesiones de consulta y seguimiento; c) tomar correctamente la medicación o realizar las tareas para casa; d) mantener los cambios iniciados en el estilo de vida y/o e) evitar comportamientos de riesgo.

Las razones para que un paciente muestre dificultades para aceptar el cambio y para seguir las prescripciones terapéuticas son variadas y pueden proceder de diversas fuentes:

- del terapeuta: inexperiencia, mala relación, falta de acuerdo sobre el modelo explicativo del trastorno, de los objetivos y del tratamiento.
- de la intervención: complejidad, prolongación en el tiempo, recomendaciones terapéuticas realizadas en ausencia de síntomas o malestar.
- del entorno del paciente: entorpecimiento o trabas a los cambios.
- del paciente: bajas expectativas de cambio, insuficiente motivación, temores al cambio, temor a perder ganancias secundarias. Características de

personalidad como la defensividad, la negación, la reactancia a dejarse influir o controlar por los demás porque temen perder su libertad.

Existen algunas estrategias para manejar la resistencia y facilitar la adhesión al tratamiento:

| | |
|---------------------------|---|
| Actitudes del terapeuta | <ul style="list-style-type: none">• No tomar la resistencia como algo personal• Admitir las propias limitaciones y errores |
| Aspectos de la evaluación | <ul style="list-style-type: none">• Asegurar que los objetivos son relevantes, concretos y realistas.• Explorar los temores y las dificultades del paciente.• Solicitar un período de prueba para experimentar conductas alternativas. |
| Aspectos del tratamiento | <ul style="list-style-type: none">• Animar al paciente a ser activo y tomar las riendas de la terapia• Utilizar auto-registros para evaluar los progresos• Utilizar coterapeutas, manuales, etc.• Recurrir a asociaciones de ayuda• Utilizar metáforas• Definir cualquier cosa que haga el paciente como señal de cambio |

- Prevención de recaídas

Las caídas y recaídas son normales en el proceso de recuperación ocurren cuando no se ha realizado un proceso de afrontamiento adecuado ante una situación de riesgo. Un contratiempo o una caída es un fallo temporal en manejar una situación en la que uno había experimentado ansiedad antes del tratamiento, pero que había logrado manejar después del tratamiento. Una recaída es volver al punto de

partida, es decir se experimenta tanta ansiedad o malestar como al principio del tratamiento. El manejo adecuado de un contratiempo previene la aparición de una recaída, supone poner en marcha las habilidades aprendidas durante el tratamiento ante una situación especialmente difícil.

En los procesos de caídas y recaídas están implicadas diversas variables cognitivas:

Disonancia cognitiva: aparece cuando existe un desacuerdo entre mi comportamiento y cómo me defino y me siento mal con la emoción que aparece en esa situación.

Atribuciones internas negativas sobre la caída o recaída: no tengo fuerza de voluntad, no sirvo, soy débil, etc.

Pensamientos irracionales: deberías (no debería experimentar malestar, no debo tener altibajos, debería esforzarme más...), sobregeneralización (nunca me repondré, siempre estaré igual, ...), magnificación (esto es un fracaso total, un desastre, ...), minimización (no he conseguido nada, no merece la pena...).

En el afrontamiento de las recaídas se enseña a los pacientes a identificar situaciones de riesgo y a poner en marcha las estrategias de afrontamiento más adecuadas. Tanto las caídas como las recaídas no dejan de ser experiencias de aprendizaje que pueden ser provechosas para el paciente, que le pueden enseñar cómo afrontar las dificultades a futuro y aprender qué les útil y qué no.

- ¿Cómo entender el éxito terapéutico en las víctimas de sucesos traumáticos?

¿Es posible recuperarse de un suceso traumático?

¿Existe la idea de que el pasado nos determina y no se puede cambiar?

Calhoun y Tedeschi (1999) señalan que los acontecimientos traumáticos pueden tener efectos positivos en la vida de las personas:

- En la percepción de uno mismo: como persona fuerte, con capacidad para hacer frente a las dificultades que pueden surgir en el futuro y con mayor autoconfianza en uno mismo.
- En las relaciones personales: fortaleciendo las relaciones familiares, haciendo aparecer emociones de apoyo, aceptando la ayuda de los demás y sintiendo cercanía emocional.
- En la filosofía de la vida: valorando más lo que se tiene y aprendiendo a obtener placer de las cosas simples de la vida cotidiana.

Cyrułnik (2002) habla de la resiliencia, de la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad. “No se puede evitar ser una víctima, si vivir como víctima. Objetivamente una víctima va a serlo para siempre, pero es importante dejar de ser víctima lo antes posible. La identidad como víctima a perpetuidad es contraproducente porque es un lastre. Se trata a comenzar de nuevo a vivir y no a sobrevivir” (Rojas Marcos, 2002).

La experiencia y la historia de la especie humana nos dice que es posible vivir feliz, adaptarse a la vida, desarrollar las capacidades y potencialidades, superar las dificultades y recuperar la vida y las riendas de la misma, a pesar de las experiencias traumáticas que podamos sufrir, para ello es importante creer en la capacidad de recuperación. Las experiencias traumáticas nunca se olvidan, porque nada de lo que nos ocurre en la vida se olvida, se integran y se sigue adelante. Los sentimientos de culpa, vergüenza y fracaso, el odio, la rabia y la impotencia se pueden domesticar de manera que no nos hagan daño y podamos rescatar lo sano, lo positivo, las capacidades y lo mejor de cada persona.

Ejemplos:

Entrevista con Ingrid Betancourt (El País, 2008) víctima de secuestro

Parrado, N. (2006). **Milagro en los Andes**. Barcelona. Planeta. (víctima de accidente aéreo)

Frankl, V. (1982). **El hombre en busca de sentido**. Barcelona. Herder. (víctima de holocausto, original 1946)

Villa, I. (2004). **Saber que se puede**. Madrid. Martínez Roca. (víctima de terrorismo)

Cyrulnik, B. (2002). **Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida.** Barcelona. Gedisa.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. (www.apa.org/ethics)

Bados, A.; García, E. Y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. **Revista internacional de psicología clínica y de la salud**, 2, 477-502.

Bellack, D.H. y Hersen, M. (1989). **Métodos de investigación en psicología clínica**. Bilbao. DDB.

Brindis, C.D. y Laski, L. (1997). **Evaluación de programas de salud**. México. McGraw-Hill.

Caro, I. (1993). **Psicoterapia e investigación de procesos**. Valencia. Promolibro.

Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (1999). **Facilitating posttraumatic growth. A clinician's guide**. London. Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, J. (1977). **Statistical power análisis for the behavioral sciences**. New York. Academic Press.

Colegio Oficial de Psicólogos (1987). **Código deontológico del psicólogo**. (www.cop.es)

Colegio Oficial de Psicólogos (2004). **Ética y deontología para psicólogos**. Madrid. Secretaría Estatal.

Colegio Oficial de Psicólogos (2000). Directrices internacionales para el uso de los tests. **Infocop, nº77**.

Corral, P., Echeburua, E., Sarasua, B. eta Zubizarreta, I. (1998). Variables predictoras de fracaso terapéutico en el tratamiento del trastorno de estrés

postraumático en víctimas de agresiones sexuales. **Análisis y modificación de conducta**, **24**, 175-194.

Del Rio, C. (2005). **Guía de ética profesional en psicología clínica**. Madrid. Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (1995). **Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud**. Madrid. Síntesis.

Fernández-Ballesteros, R. (1996). Valoración de programas. En Fernández-Ballesteros. **Introducción a la evaluación psicológica II**. Madrid. Pirámide.

Foa, E. y Emmelkamp, P.M.G. (1983). **Failures in behaviour therapy**. Nueva York. Wiley and Sons.

Gómez, J. (1987). **Meta-análisis**. Barcelona. PPU.

Goncalves, O.F., Machado, P.P., Sierra, J.C. y Buela-Casal, G. (1996). Evaluación del proceso y de los resultados del tratamiento. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (dirs.). **Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud**. Madrid. Siglo XXI.

Jacobson, N.J. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **59**, 12-19.

Jimenez, J. (2000). Lectura crítica de la literatura científica (I): validez del estudio. **Formación medica continuada en atención primaria**, **7**, 209-220.

Kupler, D.J. (1991). Long-term of treatment of depression. **Journal of Clinical Psychiatry**, **52**, 28-34.

Pascual, J., Frias, M.D. y García, J.F. (1996). **Manual de psicología experimental**. Barcelona. Ariel.

Perez-Llantada, M.C. y López de la Llave, A. (1999). **Evaluación de programas de salud y servicios sociales: metodología y ejemplos**. Madrid. Dykinson.

Perez, M., Fernandez, J.R., Fernandez, C. Y Amigo, I. (2003) (coord.). **Guía de tratamientos psicológicos eficaces, 3 volúmenes**. Madrid. Pirámide.

Peurifoy, R.Z. (1993). **Venza sus temores**. Barcelona. Robin book.

Prochaska, J.D. y Diclemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **51**, 390-395.

Roa, A. (1995). Valoración de programas en salud mental: la rehabilitación psicosocial. **Evaluación en psicología clínica y de la salud**. Madrid. CEPE.

Sanz, R. (1996). **Evaluación de programas en orientación educativa**. Madrid. Pirámide.

Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. Y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. **Psicothema**, **19**, 459-466.

Simón, M.A. (1996). Diseños de investigación en psicología clínica y de la salud. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra. **Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud**. Madrid. Siglo XXI.