

La psicoteràpia a la xarxa pública de salut mental i addiccions

ÍNDEX

INTRODUCCIÓ	3
Capítol 1. CONCEPTES BÀSICS I ESTAT ACTUAL DEL CONEIXEMENT EN LES INTERVENCIIONS PSICOTERAPÈUTIQUES	
1. Definició de la psicoteràpia	4
2. Modalitats i programes de psicoteràpia	7
3. Psicoteràpia i evidència científica	8
4. Indicadors de qualitat i sistemes d'avaluació	16
Capítol 2. EL PROGRAMA DE PSICOTERÀPIA DEL PDSMiA	
1. El Pla director de salut mental i addiccions (PDSMiA), amb referència a la psicoteràpia	19
2. El mapa sanitari: criteris generals de planificació per a la implantació de la psicoteràpia a la xarxa pública.	20
3. L'atenció psicoterapèutica a la xarxa de salut mental d'utilització pública de Catalunya	20
4. L'atenció psicoterapèutica en altres països	22
5. Àmbits d'aplicació de la psicoteràpia	22
6. Model d'aplicació en la xarxa de salut mental d'utilització pública	23
7. El Programa de psicoteràpia en els centres de salut mental	25
8. Necessitats específiques i suprasectorials de serveis psicoterapèutics	32
ACREDITACIÓ DE PROFESSIONALS I CENTRES	34
FORMACIÓ DE POSTGRAU, ESPECIALITZADA I CONTINUADA	35
PROGRAMES D'INVESTIGACIÓ	37
LÍNIES ESTRATÈGIQUES DE FUTUR	39
RECOMANACIONS (del Grup 2003)	39
RECOMANACIONS PER A LA POSADA EN MARXA DE LA CARTERA DE SERVEIS DE PSICOTERÀPIA NORMALITZADA ALS CSM	41
INDICADOR PROPOSAT PER AL SEGUIMENT I L'AVALUACIÓ DEL PLA DIRECTOR DE SALUT MENTAL I ADDICCIONS	42
Annex 1. Psicoteràpia per a edats infantil i juvenil	43
Annex 2. Psicoteràpia per als adults	56
Annex 3. Estudi del Centre per al Rendiment Econòmic	83
Annex 4. Psicoteràpia: comparació entre diferents països	84
Annex 5. Avaluacions diagnòstiques estructurals i pluridisciplinàries	87
Annex 6. Protocol d'iniciació d'una psicoteràpia psicodinàmica breu	88
Annex 7. Desenvolupament cronològic del tractament del senyor Baker	91
Annex 8. Exemple d'un CEP actualment en funcionament	92
COMPOSICIÓ DE L'EQUIP REDACTOR	98
Bibliografia consultada	101
Documents consultats	107

INTRODUCCIÓ

Les teràpies psicològiques tenen un lloc important dins dels tractaments eficaços i eficients actuals, i per tant s'han d'utilitzar en les malalties en què han demostrat la seva eficàcia. La psicoteràpia com a tècnica específica continguda a la cartera de serveis ha de tenir un espai propi en el marc de la totalitat de dispositius de la xarxa de salut mental. En aquest sentit tots els recursos de salut mental han d'utilitzar psicoteràpies dins de la seva cartera de serveis i han de comptar amb professionals preparats, principalment psiquiatres i psicòlegs. A més a més, treballar amb actitud psicoterapèutica i dur a terme intervencions psicosocials obliga a la preparació adient d'infermeres, treballadors socials, terapeutes ocupacionals i per l'art i altres professionals de la salut mental.

La psicoteràpia ha de ser un tractament específic en un marc institucional organitzat terapèuticament. Des del moment en què una persona és acollida en un servei i se n'inicia la història clínica, la trajectòria assistencial hauria de tenir una estructura terapèutica, és a dir, orientada al canvi en el funcionament mental, conductual i relacional, a fi de promoure la capacitat de viure més saludablement. Això s'hauria de produir en tots els casos, encara que no s'orientin cap a una psicoteràpia reglada.

Partint d'aquests supòsits, el Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental de Catalunya va encarregar l'any 2003 a un grup de professionals l'elaboració d'un document sobre la psicoteràpia a la xarxa de salut mental. El document havia de recollir recomanacions que aportessin criteris generals i altres recomanacions específiques per a l'ordenació de les prestacions psicoterapèutiques dins de la xarxa, amb un propòsit i uns objectius determinats.

L'any 2006 es va aprovar el Pla director de salut mental i addiccions, en què es considerava una actuació prioritària la normalització de la psicoteràpia i la seva inclusió a la cartera de serveis dels diferents recursos de la xarxa de Salut Mental i Addiccions. Com a conseqüència s'encarreguen a un altre grup algunes concrecions en el document per facilitar-ne l'aplicació i ampliar l'estudi de l'evidència científica, a fi d'encaminar-nos en l'orientació de pràctiques i models més eficients. Aquest document respon a l'escenari de l'estat del coneixement disponible a l'inici del 2007, tal com l'hem sabut recollir. D'ara endavant serà inevitable l'actualització d'aquest referent, atesa l'aparició constant de nous treballs d'investigació pel creixent interès en aquest camp.

Aquest document, fruit del treball d'aquests dos grups i molts professionals consultats, i en el qual s'han introduït les modificacions i ampliacions suggerides per l'AATRM, es presenta amb el propòsit d'establir el paper dels tractaments psicoterapèutics al si de la xarxa de salut mental i addiccions, definir els tractaments psicoterapèutics i les diferents modalitats, identificar-ne les indicacions, i caracteritzar els nivells d'acreditació i de qualitat exigibles.

Els objectius són els següents:

- Identificar els models d'intervenció psicoterapèutica que es poden considerar com a bones pràctiques, amb criteris d'evidència científica.
- Revisar la situació de l'atenció psicoterapèutica a Catalunya.
- Definir el tractament psicoterapèutic individual i grupal en les diferents tipologies que s'hauran d'incloure en la cartera de serveis de la xarxa d'atenció psiquiàtrica i salut mental.
- Definir els models d'atenció psicoterapèutica, que, atesa la seva efectivitat i eficiència, cal oferir des dels centres de salut mental i des de les unitats més especialitzades.
- Establir criteris d'acreditació i de qualitat de les prestacions psicoterapèutiques.
- Definir estratègies de formació continuada dels professionals i possibles programes d'investigació.

CAPÍTOL I

CONCEPTES BÀSICS I ESTAT ACTUAL DEL CONEIXEMENT EN LES INTERVENCIONS PSICOTERAPÈUTIQUES

1. Definició de psicoteràpia

El Grup de Treball ha consensuat la definició de psicoteràpia que se cita a continuació, tot i que hi ha altres que són utilitzades a la xarxa:¹

És un tractament basat en tècniques específiques i diverses, de naturalesa psicològica, reconegudes per la comunitat professional i científica. A partir de les manifestacions psíquiques, físiques o interpersonal del malestar humà, té com a objectiu primordial reduir el patiment, principalment l'ocasionat pels trastorns mentals, i promoure canvis saludables. Pot ser individual, en grup o familiar.

A més d'aquesta definició general, s'hi han introduït consideracions conceptuals d'acord amb els objectius, els procediments, la formació dels professionals i l'objecte dels tractaments psicoterapèutics. Això ha permès una definició en funció d'aquests diferents eixos:

1. **La psicoteràpia definida segons els seus objectius:** mètode de tractament amb l'objectiu de potenciar les capacitats del pacient per mitigar i, si és possible, suprimir el seu patiment; aconseguir modificacions en la conducta, el pensament, l'afecte, i l'adaptació a l'entorn, i en definitiva la reducció o l'eliminació dels trastorns mentals.
2. **La psicoteràpia definida segons els procediments:** intervencions psicològiques, habitualment mitjançant la paraula, però també el dibuix, el joc, la representació escènica, etc. Totes aquestes intervencions s'emmarquen en un lloc, una periodicitat en el temps i una durada de les sessions, continguts en un contracte verbal i/o escrit establert entre el professional i la persona en tractament (els responsables legals en el cas dels menors). Aquests procediments utilitzen tècniques diverses, reconegudes per la comunitat professional i científica.
3. **La psicoteràpia definida segons la formació i les característiques dels professionals que l'exerceixen:** formació específica, qualificació professional i competències personals.
4. **La psicoteràpia definida segons la relació:** ja que es du a terme al si d'una relació interpersonal però en la qual és determinant la posició del terapeuta. Podem diferenciar entre:

¹ Són moltes les definicions que se n'han fet, algunes de les quals hem tingut presents, sobretot perquè han estat aportades pels serveis de la xarxa:

- Definició de psicoteràpia de la FEAP: un tractament científic, de naturalesa psicològica que, a partir de manifestacions psíquiques o físiques del malestar humà, promou la consecució de canvis o modificacions en la conducta, l'adaptació a l'entorn, la salut física o psíquica, la integració de la identitat psicològica i el benestar de les persones o grups com la parella o la família.
- Ensenyar i entrenar per a la seva interiorització estratègies i habilitats per produir canvis conductuals, cognitius i emocionals, mitjançant la paraula i tècniques específiques. Pot anar dirigida a pacients, a la família i a les persones de l'entorn.
- L'aplicació metòdica de tècniques i procediments psicològics en el tractament (o per al canvi) de problemes de conducta, els trastorns mentals o el patiment humà (no només psicològic). (Tizón 1994 i 1997)
- Un procés de comunicació interpersonal entre un professional expert (psicoterapeuta) i un subjecte necessitat d'ajuda per problemes de salut mental (pacient), que té per objecte produir canvis per millorar la salut mental del segon.

- Tècniques psicoterapèutiques basades en la relació externa.
- Tècniques psicoterapèutiques basades en el món intern.

Per elaborar aquestes definicions generals i per eixos de la psicoteràpia hem tingut també en compte, entre altres, les consideracions que sobre això han fet Huber i Díaz Curiel. Els cinc criteris (Huber, 1987) que es considera que s'han de tenir en compte perquè un tractament es pugui considerar una psicoteràpia són:

1. Que es basi en una teoria científica de la personalitat i dels seus trastorns.
2. Que es basi en una teoria científica de la modificació d'aquests trastorns.
3. Que presenti avaluacions empíriques dels seus efectes, positius i negatius.
4. Que actuï sobre els trastorns del comportament o estats de patiment considerats subsidiaris d'intervenció.
5. Que el practiquin persones formades i competents.

Aspectes que s'han de tenir en compte en totes les modalitats terapèutiques (Díaz Curiel, 2003):

1. Cuidar la relació amb el pacient.
2. Paper actiu per part del terapeuta.
3. Necessitat de posar uns límits clars en l'enquadrament com a manera d'evitar la interrupció prematura del tractament i el descontrol dels impulsos.
4. Actitud flexible per part del terapeuta.
5. Capacitat del terapeuta per crear una atmosfera de calidesa i d'empatia, i per manejar els seus propis sentiments.

La importància de tots aquests aspectes es confirma en una metanàlisi sobre 23 estudis (Shirk i Karver, 2003) en què les troballes indiquen que els aspectes relacionals de la psicoteràpia tenen més importància en els resultats del tractament que els seus diversos tipus i contextos.

Les definicions acordades també ens han permès diferenciar el que és un tractament psicoterapèutic del que és una funció psicoterapèutica vinculada a l'activitat assistencial. **La funció psicoterapèutica (FP)** és quelcom més ampli i necessari en tot equip de salut. És necessari que tots els equips de salut mental i addiccions la coneguin i l'apliquin. La FP es fonamenta en un conjunt d'actituds, capacitats i habilitats amb els pacients que tot treballador de salut mental hauria de tenir i manifestar per tal d'actuar terapèuticament en la relació amb els pacients, encara que no estigui desenvolupant un programa de psicoteràpia concret. Inclou les capacitats següents en diferents graus:

- Atenció curosa de la individualització del consultant
- Capacitat de contenció de les pròpies emocions i de les del pacient
- Capacitat d'escoltar i comprendre
- Capacitat d'establir i mantenir l'aliança terapèutica
- Capacitat d'empatia
- Atenció especial al clima emocional de la situació
- Cura de l'enquadrament
- Capacitat de diferenciar les pròpies emocions de les del pacient
- Capacitat de retornar a l'altre quelcom clarificador
- Disponibilitat per treballar en equip i per dur a terme teràpies integrades

En la pràctica assistencial els professionals han de tenir una disposició i una actitud en les quals prevalgui el respecte al pacient i un ús prudent del saber.

Per mantenir vives en els professionals aquestes capacitats, evitant caure en rutines i funcionaments estereotipats i perjudicials, es considera necessari que la institució que dona cobertura als diferents professionals també proporcioni un marc de treball saludable que garanteixi la salut mental del grup i dels individus. El treball en salut mental implica per als professionals riscos, tensions i dificultats, per això els centres i les institucions necessiten tot un **sistema d'higiene mental** (cuidar els cuidadors). Però per fer això, no només és necessària la supervisió, sinó també altres tipus de cura que tinguin a veure amb una anàlisi de l'organització, i adoptar mesures que millorin i proporcionin una cura laboral i psicosocial, tant per a la institució com per a cadascuna de les persones que la constitueixen.

Kaplan, Sadock i Greeb (1996) alertaven que el futur de l'atenció psiquiàtrica, amb l'esforç per controlar la despesa, pot fer que la medicació es pugui convertir en el tractament d'elecció, tot i haver-se demostrat que l'eficàcia és molt més gran amb l'associació de psicoteràpia en la major part dels trastorns mentals.

Per tant, el que hem definit com a FP hauria d'impregnar tot tipus d'intervencions i d'actuacions per part de tots els membres de l'equip. La FP ha de ser extensiva a tota pràctica. Això voldria dir que qualsevol visita de seguiment, de control, de revisió o com ho vulguem dir, en definitiva qualsevol contacte amb el pacient, la família o el seu entorn sempre ha d'estar enriquit amb l'escolta i l'estil d'intervenció que està integrat en el concepte que ja s'ha definit de FP. Tota l'atenció que es proporciona des de la xarxa pública, l'han d'organitzar i servir professionals implicats en aquesta idea i compromesos en la cerca i la comprensió personalitzada de les crisis, acompanyant la persona assistida en el seu camí paral·lel de cerca i comprensió que el portarà a l'assumpció de la seva pròpia història; elaborant acomodacions, pròtesis o substitucions dels seus símptomes, i accedint a un canvi en el seu món intern que implicaria la millora del seu patiment. Però no per això hem de considerar que qualsevol acte assistencial és una intervenció psicoterapèutica. Aquest concepte ha de quedar limitat a les actuacions que compleixen la definició de psicoteràpia per eixos. Veure les coses així posa en dubte la psicoteràpia de suport, llevat que estigui molt ben definida i tingui un protocol clar d'aplicació que compleixi la definició esmentada.

Com a complement del que s'ha dit, sembla que es faci necessari introduir el **pensament psicoterapèutic** a tots els centres i els serveis de la xarxa. L'esforç que es faci per aconseguir-ho serà molt efectiu per millorar la qualitat de l'atenció als pacients (a tots els pacients, es trobin on es trobin: en hospitals generals, unitats d'atenció geriàtrica, centres assistencials per a persones amb disminucions, etc).. També pot afavorir (sobretot en medis hospitalaris) que es produeixi un canvi en part de la demanda d'assistència directa sol·licitada per altres professionals (del que en diem la interconsulta o psiquiatria d'extensió) a favor de dur a terme una atenció/formació més important dels equips assistencials.²

La funció psicoterapèutica, el pensament psicoterapèutic i l'anàlisi institucional (l'elaboració i la reflexió feta pels equips sobre la seva praxi individual i col·lectiva) tenen una especial rellevància per modificar qualitativament el treball assistencial (Tosquelles, 1995). Una de les formes d'aplicació d'aquests enfocaments la constitueix la psicoteràpia institucional, imprescindible per evitar la institucionalització de les persones que segueixen tractaments hospitalaris o que estan en recursos comunitaris i fa molt temps que els equips en fan l'acompanyament. En els casos més greus es pot caure en rutines, repeticions, adaptacions a una situació que no es modifica, rebuigs, etc.

Si pensem en la xarxa en general, en el conjunt dels recursos, el pensament psicoterapèutic pot ajudar a un assentament del treball en xarxa i aprofundir en el seu caràcter interdisciplinari, millorant la continuïtat de la cura pel que fa als pacients, i també les relacions i les elaboracions conjuntes entre els diferents equips dels recursos. Però, per tal que això sigui possible, cal que hi hagi una organització territorial que vagi més enllà dels plantejaments purament administratius.

² Aquesta orientació estimula el suport dels equips assistencials amb un objectiu, que no és tant donar resposta a la demanda d'atenció directa a pacients com estendre el pensament psicoterapèutic en les institucions a fi de permetre l'existència d'un espai per a la psicoteràpia a cada lloc. Respecte a com fomentar aquest pensament, hi ha diversos models. L'objectiu de tots aquests models és el desenvolupament de les capacitats i les habilitats psicoterapèutiques dels equips base. La modalitat de la sessió clínica habitual, tan característica del marc hospitalari, es fa especialment útil per al foment de l'observació de la dinàmica emocional en la relació malalt-família-equip assistencial. Hi ha experiències amb aquest model fetes a l'Hospital General que evidencien una clara reorientació de la tasca de l'equip de psicoterapeutes: es pot observar un increment de sessions clíniques, contactes amb col·legues en el pla individual i seminaris, com a demanda dels equips assistencials —metges, infermers, etc.—, i alhora una clara disminució de la reclamació i/o derivació per atenció directa de pacients hospitalitzats i familiars. Es pot pensar que un model de treball d'aquest tipus es podria estendre a tota la xarxa.

Una xarxa articulada amb el guany de les característiques que comporta la psicoteràpia serà contenidora, i amb intervencions complementàries, sense contradiccions, més efectiva i preventiva que permetrà detectar els trastorns de manera precoç. Si en aquesta xarxa no només hi ha els recursos de salut mental i de la sanitat en general, sinó també altres recursos de l'educació, els socials, els laborals, els de la justícia, del lleure, etc., i funciona amb la preeminència de la paraula, el treball interdisciplinari, elaborant les dificultats, trencant amb els enfrontaments i participant en un treball adreçat a les persones que pateixen els trastorns, estarem canviant de manera profunda la situació actual. Però, per a això es necessita temps, ni molt ni poc, simplement l'imprescindible, per permetre el canvi que tots necessitem. I canviar és complicat. *Podem concloure que la FP, la higiene mental i el pensament psicoterapèutic han d'ajudar a reorientar el sistema sanitari cap a la prevenció de risc i a potenciar la salut.*

Amb relació a la diversitat de les psicoteràpies, s'han de promoure moviments cap a actituds integradores (Beitman i Yue, 2004) que facilitin la combinació i la intercomunicació entre elles, de la mateixa manera que ja s'assumeix totalment la comprensió holística de la persona. S'ha de progressar en la línia de la col·laboració i evitar la confrontació.

Quan parlem d'actitud integradora no volem dir eclecticisme, volem dir actitud oberta. La integració en psicoteràpia s'entén com la capacitat de mantenir-se obert a les aportacions d'altres models que poden complementar el propi. Tot psicoterapeuta ha rebut una formació reglada en una tècnica determinada. A partir d'aquí ha practicat aquesta tècnica sota supervisió i ha anat aprenent de la pròpia experiència. Aquesta experiència l'haurà portat a la constatació que no sempre els resultats són els esperats i, sovint, no perquè el pacient sigui resistent, sinó perquè la tècnica no respon a les seves necessitats. A partir d'aquí és possible que hagi investigat i rebut formació en tècniques complementàries, les hagi integrat en un model propi i les utilitzi segons les necessitats del pacient. Quan parlem d'integració en psicoteràpia, parlem de terapeutes experimentats amb molts anys d'experiència i formació continuada. Seria desitjable tendir a que alguns psicoterapeutes puguin integrar diferents tècniques en el seu model, i sobretot seria important que aquesta integració es donés en l'equip i que cada membre d'aquest equip mantingués una postura oberta a les aportacions dels companys formats en altres models i una predisposició a compartir experiències, i a poc a poc integrar aspectes diferents de la seva manera de fer. En definitiva es tracta de poder elaborar, des de perspectives integradores i no tant de models excloents, el discurs del pacient i a través d'ell, dur a terme una teràpia a la seva mida.

2. Modalitats i programes de psicoteràpia

El Grup de Treball considera l'existència de diferents modalitats bàsiques de tractament psicoterapèutic, que inclouen alhora tres aspectes diferenciats: la tipologia, l'orientació i la durada.

- **Segons el tipus** (individual, de grup, de família, de grup de famílies)
 - Psicoteràpia individual: Tractament individualitzat, que compleix els aspectes formals de la tècnica escollida. És necessari un contracte verbal que en determini la freqüència (com a mínim un cop al mes) i amb l'aquiescència de l'interessat i dels seus responsables legals. (L'aliança terapèutica és fonamental en tots els tipus).
 - Psicoteràpia de grup: Tractament conjunt de diverses persones. El grup pot ser obert a la incorporació de nous membres o tancat. S'ha d'efectuar un contracte verbal amb cada pacient, en què s'estableixi el compromís d'assistència a les sessions i de manteniment de la confidencialitat del que es tracta a les sessions.
 - Psicoteràpia familiar: Tractament conjunt del grup familiar, de la constel·lació familiar o d'un subgrup. S'ha d'establir un contracte verbal conjunt amb el grup familiar al qual es planteja el tractament.
 - Psicoteràpia de grup de famílies: Tractament en grup de diverses famílies que tinguin algun membre tractat en el recurs assistencial.

Segons l'orientació i la formulació

- Psicoteràpia dinàmica o de base psicoanalítica
- Psicoteràpia no directiva
- Psicoteràpia interpersonal
- Psicoteràpia cognitivoconductual
- Psicoteràpia conductista
- Psicoteràpia sistèmica
- Psicoteràpia transaccional
- Psicodrama

• Segons la durada

- Psicoteràpia breu, de curta durada: aproximadament dotze sessions
- Psicoteràpia de durada mitjana: aproximadament un any natural
- Psicoteràpia sense limitació preestablerta de més d'un any

Cada servei ha de tenir definit el seu paquet bàsic de psicoteràpies, atès que totes les persones tenen dret a ser ateses amb aquestes modalitats terapèutiques si el seu trastorn i la seva situació clínica fan indicat aquest tipus d'intervenció.

Fonamentalment distingim **dos tipus de programes** de psicoteràpia, tenint en compte agrupacions de trastorns susceptibles de diferents tipus de psicoteràpia i diferents tipus de durada:

- Per a *trastorns mentals greus*, tal com han estat definits per diferents grups de treball del Consell Assessor, tant per als adults com per als nens i adolescents, en què es dóna el valor principal al diagnòstic. Els trastorns mentals greus que inclouen els diferents tipus de psicosi juntament amb altres diagnòstics constitueixen un objectiu prioritari de la xarxa de salut mental d'utilització pública, que ha de proporcionar una cartera de serveis que inclogui modalitats terapèutiques farmacològiques, psicoterapèutiques i psicosocials. Avui dia disposem de l'evidència científica suficient per recomanar diferents modalitats psicoterapèutiques que, combinades amb altres abordatges, milloren sensiblement els resultats de salut d'aquestes patologies. (M. Trujillo, Hospital de Bellevue; M. González de Chávez, Hospital Gregorio Marañón; Thornicroft i Susser, 2001).
- Per a *trastorns mentals moderats*. Per al conjunt de trastorns mentals no inclosos en l'apartat anterior. Hi destacariem els següents:
 - Trastorn d'ansietat
 - Trastorns distímics
 - Depressions menys greus
 - Depressions reactives
 - Dols no resolts
 - Trastorns adaptatius i d'estrès posttraumàtic
 - Trastorns de la conducta alimentària
 - Crisis
 - Trastorns situacionals
 - Altres trastorns de personalitat

S'han de desenvolupar programes psicoterapèutics que incloguin les modalitats indicades per a aquest tipus de trastorns. Aquests programes, que poden requerir intervencions de tipus individual, grupal o familiar, com ja s'ha dit anteriorment, formen part del Projecte terapèutic individualitzat (PTI) de cada pacient.

3. Psicoteràpia i evidència científica

Quan la psicoteràpia va començar a ser reconeguda com a intervenció en medicina (a l'inici del segle XX), demostrar-ne l'eficàcia, la seguretat, l'efectivitat i l'eficiència no era una primera prioritat. De fet, les propostes de diverses formes de psicoteràpia estaven basades només en estudis de casos. Tanmateix, aproximadament en els darrers 50 anys s'ha produït molta més recerca, i cada vegada de més qualitat, sobre determinades psicoteràpies que sobre altres tipus d'intervencions en salut.

Probablement la crítica que s'ha fet de la psicoteràpia ha significat un repte, que s'ha traduït en la producció de més estudis de recerca.

En una breu revisió històrica dels estudis sobre l'efectivitat de les psicoteràpies cal esmentar, en primer lloc, la revisió clàssica d'Eysenk (1952), en la qual es qüestionava la utilitat dels tractaments no conductuals. Aquest estudi va actuar com a revulsiu i va promoure crítiques metodològiques i estudis diversos, que demostren l'eficàcia de la psicoteràpia en comparació amb els tractaments placebo o el no-tractament. Les revisions més importants després d'aquesta allau d'estudis són les de l'Associació Psiquiàtrica Americana del 1982 i la de Smith, Glas i Miller del 1980, amb estudis metanalítics que inclouen més de 250.000 pacients. Les conclusions sobre el tractament psicoterapèutic són que la persona que segueix una psicoteràpia millora més que el 80% de la mostra no tractada i el percentatge de pacients que milloren com a conseqüència de les psicoteràpies arriba al 70%.

El grup de la primera redacció d'aquest document va considerar que no era un objectiu recollir i sintetitzar tota aquesta producció científica. Es va pensar que fer-ho significaria pròpiament una tasca d'investigació, atès que caldria, a més d'una cerca bibliogràfica exhaustiva, seleccionar-ne els estudis, classificar-los segons el rigor científicometodològic, extreure'n les dades i fer-ne la síntesi (quantitativa i qualitativa), i, finalment, emetre'n les conclusions. Qui sí que ha portat a terme aquesta ingent quantitat de treball han estat Roth i Fonagy (1996, 2005), que han publicat els resultats obtinguts en un llibre. Per il·lustrar el volum de feina que comportaria només l'actualització, es va fer una cerca bibliogràfica sobre psicoteràpia en una sola base de dades bibliogràfica (concretament Medline), només cercant *metanàlisi* (és a dir, síntesis quantitatives de diversos estudis originals) i limitant la cerca des del 1995 fins al 2003. Aquesta estratègia va donar lloc a 184 metanàlisis. És fàcil imaginar, doncs, que el nombre d'articles originals pot augmentar exponencialment, i això només parlant d'una sola base de dades bibliogràfica. Per tant, fins i tot la tasca d'actualització del treball de Roth i Fonagy constitueix un exercici científic gens menyspreable.

De tota manera, no s'ha avançat tant en metodologia com en producció. És a dir, com en molts altres camps de les ciències de la salut, els dissenys dels estudis per avaluar l'eficàcia d'un tractament són mimètics als dels fàrmacs i potser caldria fer un esforç per tal de trobar les característiques metodològiques que siguin adequades a cada intervenció, en aquest cas, la psicoteràpia. Per exemple, a ningú no se li escapa que aïllar l'efecte d'un fàrmac o trobar un comparador-placebo d'aquest fàrmac és molt més fàcil que no pas aïllar l'efecte d'una psicoteràpia o trobar-ne el comparador-placebo adient; com tampoc no és fàcil, en un estudi científic, mesurar la primacia que en la psicoteràpia té el llenguatge (element molt especial de la ment i de l'espècie humana), i que sol convertir cada interacció terapeuta-pacient en un acte únic. Aquests i altres reptes que la recerca en psicoteràpia comporten s'enumeren en la pàgina 39 d'aquest document.

Roth i Fonagy (1996, 2005) un cop sintetitzada l'evidència científica sobre la recerca en psicoteràpia, van creure oportú comentar-ne les **implicacions en relació amb la pràctica clínica** que, segons el seu parer, es derivaven d'aquesta recerca. Aquestes implicacions es podien diferenciar en dos grans blocs: a) amb relació a la durada dels tractaments i b) amb relació a la combinació del tractament farmacològic i psicològic.

Respecte a la **durada dels tractaments**, sembla clar que un espectre ampli de trastorns són potencialment beneficiaris de tractaments de curta durada i ben estructurats, i que els resultats terapèutics per a alguns trastorns (fòbies, crisis d'ansietat paroxística, crisis per ansietat posttraumàtica i trastorns obsessivocompulsius) es caracteritzen per un grau baix o moderat de recaigudes. Cal esperar que les persones amb presentacions més agudes i menys greus de molts altres trastorns obtinguin bons resultats amb intervencions de caràcter breu, amb psicoteràpies de diverses modalitats.

Tanmateix, la situació pot ser diferent pel que fa als trastorns crònics i greus que es caracteritzen per una història natural en què hi ha possibilitats de recaiguda, especialment en els pacients que presenten una adaptació pobre i un nivell alt de comorbiditat, especialment quan aquesta inclou diagnòstics de trastorn de personalitat (eix II). Per a aquests pacients els resultats terapèutics a llarg termini poden ser pobres si han rebut tècniques de tractament breus, encara que els resultats inicials hagin estat bons. Només es poden esperar bons resultats si els tractaments són de llarga durada, encara que aquesta sigui de baixa intensitat. Aquest darrer punt és vàlid quasi amb tota certesa per

als pacients que tenen una història de depressió recurrent i també per als individus amb trastorn distímic, encara que pot ser igualment aplicable a altres grups.

Els trastorns tractats en nivells d'atenció secundària o terciària són sovint de caràcter crònic. En aquest context els tractaments psicològics poden no ser *curatius*, encara que poden millorar l'adaptació d'un individu, reduir la simptomatologia i millorar-ne la qualitat de vida. Pot ser inadequat veure el tractament com una intervenció quirúrgica. Una millor metàfora mèdica seria veure'l com una intervenció per tractar la diabetis. Encara que l'individu sigui donat d'alta un cop estabilitzat, se li ofereix un monitoratge del seu procés i un contacte continuat. Igualment s'espera que la persona reingressi als serveis sanitaris en els moments crítics de la seva malaltia o hi contacti de nou.

En alguns casos les recaigudes s'han de veure com aspectes predictibles del trastorn, i la prevenció i el maneig de la recaiguda com un component important del tractament psicoterapèutic. Especialment per als casos crònics i greus, la teràpia de llarg manteniment pot ser un model apropiat i necessari.

Respecte a la **combinació de tractament farmacològic i psicològic**, hi ha poca evidència científica per decidir, de manera rutinària, si és preferible una forma de tractament farmacològic o psicoterapèutic. Clarament per a alguns trastorns, i per a alguns individus, la medicació pot ser el tractament d'elecció. Per exemple, un pacient amb depressió greu caracteritzada per símptomes fisiològics marcats i un funcionament molt pobre es podria beneficiar de la medicació, tant pel que fa a la rapidesa de resposta com al cost-efectivitat. No obstant això, per a alguns pacients, només amb la medicació no es resolen els problemes psicològics de base, que donen suport a l'existència del trastorn. L'excés de recaigudes després del tractament biològic suggereix que la teràpia combinada (farmacològica-psicològica) pot tenir avantatges a mitjà i llarg termini. També sembla raonable pensar que si exclusivament amb el tractament farmacològic o psicoterapèutic el pacient no obté un resultat satisfactori, caldria provar l'efectivitat d'un tractament combinat.

Molts tractaments psicològics poden ser més efectius si els pacients també reben medicació, atès que la reducció dels seus símptomes els pot fer més accessibles a una intervenció psicològica. També sembla que hi hagi alguns indicis que el tractament psicològic pot augmentar la resposta a un tractament farmacològic, en alguns casos, per exemple, perquè augmenta l'acompliment del règim farmacològic. Això és especialment cert en els pacients agudament o crònicament deprimits, i també amb esquizofrènia o amb trastorns bipolars. Sembla que, en aquests casos, alguns dels factors identificats com a comuns en diverses formes de psicoteràpia, com ara l'asserenament i l'augment de seguretat, el suport i l'augment de l'esperança, poden facilitar clarament el tractament farmacològic d'aquests pacients. Kandel (2007), premi Nobel, amb formació inicial de psicoanalista i que es va passar a la biologia de la ment, resumeix en una frase tots aquests aspectes: «En les tres darreres dècades hem desenvolupat fàrmacs efectius en el tractament de diversos trastorns psiquiàtrics, però l'experiència ha demostrat que el tractament farmacològic poques vegades és suficient si és l'únic, ja que alguns pacients evolucionen millor quan es combinen psicoteràpia i fàrmacs, i altres ho fan raonablement bé només amb psicoteràpia».

Pel que fa a l'elaboració de la cartera, és evident, per tot el que s'ha dit anteriorment, que no totes les psicoteràpies es poden considerar realitzables ni apropiades a totes les patologies. Per tot això s'ha fet una nova revisió de la bibliografia en l'**annex 1** (psicoteràpia per a les edats infantil i juvenil) i en l'**annex 2** (psicoteràpia per als adults), en què es recullen les publicacions que mostren evidència per a cada trastorn. El Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, inclou en la cartera de serveis les psicoteràpies individuals, de grup o familiars, i n'exclou la psicoanàlisi i la hipnosi. En el nostre cas, a partir de l'evidència de les publicacions, es fa la recomanació de la tècnica i el model més adequats per a cada patologia i amb el millor grau d'evidència.

Cal dir que els últims anys hi ha una producció més elevada d'estudis publicats sobre l'ús de les diferents tècniques de psicoteràpia en els trastorns mentals, però l'evidència encara ha de ser vista com una esperança (Guimon, 2004) per continuar amb les investigacions empíriques. Encara no es podria afirmar que se n'hagi demostrat d'una manera *científica* l'eficàcia. Molts assajos controlats es troben esbiaixats, basats més en la personalitat del pacient i del terapeuta que en la tècnica.

També és evident que en molts casos la intervenció psicoterapèutica és una més dins d'un programa d'intervenció global o integrat més o menys complex. L'avaluació i el diagnòstic estructural de

caràcter multiaxial, contextualitzat i pluridisciplinari són elements clau dins de l'organització de l'atenció i faciliten establir la indicació d'aquests tractaments dins d'un projecte global i individualitzat.

Per valorar la integració de les diverses tècniques de psicoteràpia a la xarxa pública hem utilitzat una classificació estesa acceptada (Hamilton-Kirkwood *et al.*, 2001, i Cochrane Library, 2001):

- Evidència de tipus I** - Revisions sistemàtiques i metanàlisi (incloent-hi assaigs controlats aleatoritzats)
- Evidència de tipus II** - Assaig controlat aleatoritzat
- Evidència de tipus III** - Estudis d'intervenció ben dissenyats no aleatoritzats
- Evidència de tipus IV** - Estudis observacionals ben dissenyats
- Evidència de tipus V** - Opinió d'experts, estudis i informes influent

A partir d'aquesta classificació es plantegen unes **recomanacions** tenint present els criteris d'Eccless i Mason (2001), Shekelle *et al.* (1999) i Comin *et al.* (2006), que situarien la força de la recomanació més elevada (recomanació A) en els estudis que corresponen a les evidències de tipus I i tipus II. Presentem un cos d'evidència de 352 treballs, fonamentalment metanàlisi, revisions sistemàtiques i assajos controlats aleatoritzats. També hi ha altres estudis que hem considerat interessant recollir, tot i que no es van utilitzar en les recomanacions, ja que pertanyien a altres grups d'evidència. Aquests articles procedeixen d'una recerca Medline, d'una sèrie de llibres sobre revisions d'evidència (Alanen, 2004; APA, 2003; Barret i Ollendick, 2005; Benedetti, 2002; Kazdin i Weisz, 2003; Gabbard *et al.*, 2005; Perris i Patrick, 2004; Roth i Fonagy, 2005) i de tres bases de dades bibliogràfiques aportades per l'AATRM: Medline; Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE), de l'NHS Centre for Reviews and Dissemination d'Anglaterra i HTA Database, que és la base de dades de l'Organització Internacional d'Agències d'Avaluació de Tecnologia Mèdica (INAHTA). També s'ha mantingut una alerta Medline (PubMed de la National Library of Medicine i els National Institutes of Health) sobre el tema de psicoteràpia a les principals revistes de psiquiatria. S'han eliminat els estudis que no encaixaven amb les patologies definides en l'àmbit d'aplicació (**punt 5 del capítol 2**). Basats en el tipus d'evidència plantegem unes recomanacions, totes del grau A i que són les que es poden donar en aquest moment. Molts dels estudis que hem esmentat comenten que és necessari més recerca per reforçar les evidències actuals, ja que molts treballs previstos en les revisions no tenen prou consistència. Els números entre parèntesis es corresponen amb l'ordre dels **annexos 1 i 2**.

Assenyallem les psicoteràpies que es poden recomanar (grau A), ja que els treballs tenen evidència científica de tipus I o II, però aquestes recomanacions, quan afecten diverses tècniques, no assenyalen quina d'aquestes és la primera indicació (tret que quedi àmpliament demostrat en l'estudi), ni tampoc que sigui el tractament d'elecció. L'ordre en el qual es troben és aleatori i no indica jerarquització. Les guies de pràctica clínica de cada malaltia són les que establiran les prioritats, amb la corresponent jerarquia de l'evidència científica. Com ja s'ha dit diverses vegades, la psicoteràpia s'inclou en un pla general de tractament i pot ser que abans d'aplicar-la s'hagin de seguir uns passos previs. Pot servir d'exemple l'anorèxia nerviosa. Saldaña (2001), que ha fet una extensa revisió dels tractaments psicològics eficaços en els trastorns de l'alimentació, diu que la intervenció psicosocial dels pacients amb anorèxia nerviosa no s'ha de començar fins que s'hagi iniciat la recuperació del pes, i, a més, assenjala que no hi ha estudis controlats que indiquin que les intervencions psicoterapèutiques administrades de manera individual siguin efectives per assolir la recuperació nutricional dels pacients amb anorèxia nerviosa. Així mateix, Bowers i Andersen (2007) conclouen en el seu estudi que un tractament combinat que empri la rehabilitació nutricional, la teràpia cognitivoconductual i fàrmacs és el nucli del tractament de l'anorèxia nerviosa. Aquest exemple es pot fer extensiu a la resta de les patologies.

Les recomanacions de psicoteràpia que hi ha a continuació s'han d'emmarcar, la majoria de les vegades, en un context de tractament complex. Les guies de pràctica clínica seran les que determinin per a cada malaltia la jerarquia de l'evidència científica, les prioritats i els moments d'utilització dels diferents tractaments.

Psicoteràpies recomanades en edats infantil i juvenil

Prevenició

- Intervencions de vinculació *attachment* en nens petits (1)
- Friends Program. Prevenció dels trastorns d'ansietat a les escoles (16)

Trastorns d'ansietat:

- Es recomana la psicoteràpia cognitivoconductual. Tractament d'elecció (2 i 30b):
 - A l'ansietat en general (4, 5, 6, 8, 10, 11, 17):
 - Model Coping Cat (12-15)
 - Friends Program (16)
 - En trastorns obsessivocompulsius (3)
 - En fòbia social (7):
 - Model SET-C (23)
 - Fòbia a la foscor (9)
 - En crisi d'angoixa (pànic). Model Pànic-Control (24)
 - En trastorn obsessivocompulsiu. Model FOCUS (25,26)
- Estudis antics recomanen la psicoteràpia psicodinàmica (19) especialment breu (18,20)

Depressió i distímia:

- Són recomanables les teràpies cognitives i no cognitives (28).
- Es recomana la psicoteràpia cognitivoconductual (29), d'elecció (30b):
 - Model CWDA (31, 32)
 - Model PASCET (33)
 - Entrenament en habilitats socials (33b)
- Es recomana la psicoteràpia interpersonal (30):
 - Model IPT-A (34, 35)
- Es recomana la psicoteràpia psicodinàmica (38), breu (37).

Suïcidi:

- Es recomana la psicoteràpia cognitivoconductual (42).

Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat:

- L'estudi MTA (43) recomana en igualtat de resultats:
 - Metilfenidat
 - Teràpia conductual intensiva (nen, família, escola). Model MTA
 - Fàrmac més teràpia conductual intensiva
 - Tractament comunitari convencional

Trastorn oposicionista. Problemes de conducta:

- Es recomana la psicoteràpia cognitivoconductual. Entrenament en comunicació i habilitats parentals.
 - Model PCIT (46)
 - Model Incredible Years (47)

Agressivitat:

- Es recomana la psicoteràpia cognitivoconductual (49, 50):
 - Model Anger Doping Program (51)

Trastorn de conducta (dissocial):

- Es recomana psicoteràpia cognitivoconductual:
 - Model Yale Child Conduct Clinic (52)
 - Model MTFC (53)
- Es recomana la teràpia multisistèmica (54.1-54.4).

Trastorns disruptius:

- Es recomana la psicoteràpia cognitivoconductual (57).
- Es recomana la psicoteràpia psicodinàmica (58).

Anorèxia nerviosa:

- Eficàcia reconeguda (59): Programa de rehabilitació alimentària. Intervenció sobre la família en pacients menors d'edat (63). Possibles psicoteràpies: cognitivoconductual, cognitivoanalítica, psicodinàmica focal (60-62), interpersonal i familiar.

Bulímia nerviosa:

- Es recomana la psicoteràpia cognitivoconductual (64-66).

Altres trastorns de conducta associats amb trastorns fisiològics i físics:

- En l'enuresi es recomana la psicoteràpia cognitivoconductual (66b, c i d)
- En l'encopresi es recomana la psicoteràpia cognitivoconductual (66e i f)
- En la diabetis es recomana la psicoteràpia psicodinàmica (67).
- En l'enuresi, encopresi, asma i neurodermatitis es recomana la psicoteràpia psicodinàmica (68).

Esquizofrènia:

- Es recomana rehabilitació neuropsicològica (69, 70).
- Es recomana teràpia de suport orientada a la realitat (71).
- Es recomana psicoeducació del pacient i la família (72).

Trastorns autístics:

- Es recomana la psicoteràpia cognitivoconductual (73-75).
- Es recomana la teràpia conductual (76, 77).

Trastorns de personalitat:

- Recomanació inicial dels tractaments cognitivoconductual, dialecticoconductual i psicodinàmic (82).

Maltractament infantil:

- Es recomanen les psicoteràpies conductuals i no conductuals (83).
- Es recomanen els tractaments cognitivoconductuals (84, 85).
- Es recomana la psicoteràpia pares-fills (86).

Discapacitat intel·lectual. Models d'intervenció conductuals en nens amb pica (87).

Addiccions:

- Es recomana l'entrevista motivacional breu (91).
- Cànnabis
 - Es recomanen els tractaments cognitivoconductuals, individuals i de grup (88, 89).
 - El Cannaby Youth Treatment Study (90) recomana cinc intervencions.
 - Es recomana la teràpia familiar (92).

Psicoteràpies recomanades en edat adulta

A l'atenció primària es recomanen:

- La psicoteràpia interpersonal en la depressió (128), fins i tot en les persones grans (137)
- La teràpia cognitivoconductual en prevenció de la depressió (117)
- L'aconsellament en els trastorns d'ansietat (190)
- En el sobrepès, la psicoteràpia psicodinàmica o cognitivoconductual (240)
- En les somatitzacions, la psicoteràpia cognitivoconductual (239b i 239c) i la psicoteràpia psicodinàmica (243-247)

Prevenció: La metanàlisi de Cuijpers *et al.*(93) planteja l'existència de diferents tècniques que probablement donin resultats en diversos problemes de salut mental.

Pel que fa als trastorns mentals, en general es pot recomanar:

- La psicoteràpia psicodinàmica breu (94, 95, 96, 97)
- La teràpia familiar (98)
- El psicodrama (99, 100)
- La teràpia psicoeducativa (101)

Trastorn depressiu major:

- Es recomana com a primera elecció la combinació de farmacoteràpia i psicoteràpia (102, 104, 105, 107, 109, 110, 111).
- No hi ha diferències significatives entre la psicoteràpia cognitivoconductual i la psicoteràpia psicodinàmica (102, 106, 107, 112-115).
- Es recomana la psicoteràpia cognitivoconductual (116, 118-121).
- Es recomana la psicoteràpia psicodinàmica (122-126).
- Es recomana la psicoteràpia interpersonal (127).
- Psicoteràpia de parella (129-131b).
- Psicoteràpia familiar (133).
- En les persones grans (138):
 - Pel que fa a l'elecció del tractament, s'han de tenir en compte criteris com: contraindicacions, accessibilitat del tractament o les preferències del pacient (134).
 - També és preferible la teràpia combinada (139).
 - Es recomanen intervencions breus per prevenir (135), la teràpia de reminiscència (136) i la psicoteràpia interpersonal (140).

Trastorn depressiu de lleu a moderat:

- Psicoteràpia breu de Bellak (141)
- Aconsellament (142)

Trastorn bipolar:

- Diferents tipus de psicoteràpia són efectius (143-145) i s'han d'utilitzar de manera conjunta amb la medicació (146) com la psicoeducació (148,148b).

Trastorns esquizofrènics:

- Dins de les psicoteràpies els índexs de millora més elevada corresponen a la psicoteràpia cognitivoconductual i a la psicodinàmica. (172, 173, 178).
- Es recomana la teràpia cognitivoconductual (149, 150, 154-157):
 - Distracció tècnica (153).
 - Model COPE (158).
 - Programa EPPIC (159-164).
 - Procediment manualitzat de Schaub (165-167).
 - Programa integrat de Perris (168-171).
 - Hi ha controvèrsia quant a la seva aplicació des del primer episodi (151) i el seu ús en els estats psicòtics aguts (152).
- Es recomana la psicoteràpia psicodinàmica (175, 177, 179,180):
 - Projectes Turku, finlandès i interesandinu (174).
- Es recomana la teràpia psicoeducativa per al seu ús rutinari (182) i es demanen més estudis (182).
- Es recomana la psicoteràpia familiar (183-187).

Trastorns d'ansietat:

- Es recomana la teràpia cognitivoconductual, amb alguna crítica (198):
 - Millor associada amb fàrmacs (191, 192, 199).
 - Efectiva en el trastorn obsessivocompulsiu en adults i nens (191).
 - Efectiva en el trastorn de pànic amb agorafòbia o sense (192, 193).
 - Efectiva en les conductes obsessivocompulsives (193, 199, 202).
 - La teràpia d'exposició és efectiva en l'agorafòbia (203).
 - No hi ha diferències pel que fa als resultats, en comparar farmacoteràpia i la cognitivoconductual (196).
 - És igual d'efectiva la cognitivoconductual que la conductual (197) i es poden combinar (200).

- El tractament d'elecció depèn del clínic i de les característiques del malalt (201).
- En adults supervivents de càncer pot reduir l'estrès emocional (195).
- Menys efectiva en pacients i processos greus (194).
- En les persones grans amb ansietat produeix millores (189).
- Es recomana la psicoteràpia psicodinàmica (210, 211):
 - Focal en el trastorn de pànic (206)
 - Breu en la fòbia social (207, 208)
 - Combinada amb fàrmacs en el trastorn de pànic (209)
 - Combinada amb fàrmacs en les fòbies (212, 213)
- Es recomana la psicoteràpia de grup psicodinàmica (218).
- Es recomana la psicoteràpia familiar (219).

Trastorns per estrès posttraumàtic i trastorns adaptatius:

- Es recomana, psicoteràpia i tractament medicamentós (220).
- Es recomana la psicoteràpia (221).
- Es recomana, la psicoteràpia cognitivoconductual:
 - Centrada en el trauma (225).
 - EMDR (dessensibilització i reprocessament de l'ull). Uns plantegen clarament la seva efectivitat (223, 226) i altres no són tan concloents (224).
 - Està contraindicat el debríng psicollògic d'una sessió (222). El debríng com a intervenció preventiva demostra la seva efectivitat (227), però el seu ús rutinari està fora de lloc (228).
- Es recomana la psicoteràpia psicodinàmica (231, 232).
- Es recomana la psicoteràpia de grup psicodinàmica (229, 230).
- Es recomana el psicodrama (235).

Supervivents d'abusos a la infància:

- Es recomana psicoteràpia de més de sis mesos en el cas dels homes, i en les dones la durada és indiferent (238). Millora moderada però persistent en el temps (236).
- Es recomana la psicoteràpia de grup (237).

Trastorn per dèficit d'atenció:

- Es recomana la psicoteràpia cognitivoconductual amb tractament farmacollògic (239).

Trastorns del comportament alimentari:

Anorèxia. (Veure pàgina 14).

- Algunes revisions consideren que hi ha poca evidència empírica (249). D'altres reconeixen efectivitat en:
 - La psicoteràpia cognitivoconductual (248, 250, 251).
 - La psicoteràpia psicodinàmica (248, 250, 253) alguns antics (254,255).
 - La psicoteràpia familiar (248, 250, 259-262).

Bulímia

- Es recomana la psicoteràpia individual, preferible a la de grup (263).
- Es recomana la psicoteràpia cognitivoconductual (264-271).
- Es recomana la psicoteràpia psicodinàmica, però els treballs són antics (272-275).
- Es recomana la teràpia de grup que inclou assessorament i tractament dietètic (276).

Trastorns de la personalitat:

- Es recomanen les psicoteràpies cognitivoconductual i psicodinàmica, tant en el clúster B com en el C (277-280).
- Es recomana la psicoteràpia cognitivoconductual (281).
- Es recomana la psicoteràpia psicodinàmica (282-288).
- Es recomana la psicoteràpia de grup (289).

Trastorn límit de la personalitat:

- Es recomanen les teràpies cognitivoconductual i psicoanalítica (290-294).
- Es recomana la teràpia dialecticoconductual de Linehan (291-293, 301-304).
- Es recomana la psicoteràpia psicodinàmica (296-298):
 - Basada en l'aliança terapèutica. Kernberg (295, 299, 300).

Comorbiditat:

Patologia dual

- Es recomanen estratègies cognitivoconductuals en persones en tractament residencial (305).
- Es recomanen aconsellament, teràpia cognitivoconductual i antidepressius en abusadors amb depressió (306).
- Es recomana psicoteràpia psicodinàmica o cognitivoconductual en pacients abusadors amb trastorn antisocial de la personalitat i depressió comòrbida (307-309).

Depressió i trastorn límit de la personalitat

- Es recomana la psicoteràpia cognitivoconductual (311).
- Es recomana la psicoteràpia psicodinàmica (312, 313).

Trastorn mental en la discapacitat intel·lectual:

- Les intervencions psicoterapèutiques s'han de considerar una part del tractament global (316).
- Es recomanen les intervencions conductuals en persones amb DI moderada (314).
- Però altres discrepen de la seva eficàcia (315).

Trastorns per consum de substàncies:

En general:

- Es recomanen diverses estratègies de teràpia cognitivoconductual (317-321).
- Es recomana la psicoteràpia psicodinàmica interpersonal (317).

Alcohol

- Es recomana la psicoteràpia cognitivoconductual (322).
- Es recomana la psicoteràpia familiar i de parella (322).
- Es recomana la psicoteràpia psicodinàmica (323).
- Es recomana l'entrevista motivacional i la intervenció (debríng) psicològica (324-327), tot i que es plantegen reserves (328, 329).

Cocaïna

- Es recomanen estratègies cognitivoconductuals (322).
- Es recomana la psicoteràpia psicodinàmica (330, 331).

Heroïna

- Es recomanen estratègies cognitivoconductuals (322).
- Es recomana la psicoteràpia psicodinàmica en estudis antics (332-335).

Tabac

- Es recomanen programes conductuals multicomponents (336).

4. Indicadors de qualitat i sistemes d'avaluació

Les estratègies avaluatives constitueixen instruments de garantia i millora de la qualitat de l'assistència sanitària, i també de l'eficiència de la despesa sanitària, mitjançant la millora del procés d'assignació i distribució de recursos (Reneses i García-Solano, 1997).

Amb referència a l'avaluació d'una psicoteràpia, Fòrum suggereix que es pot fer des de tres punts de vista: el del terapeuta, el del pacient o mitjançant proves objectives. El terapeuta dona el seu punt de vista clínic sobre l'evolució del pacient, el pacient fa la valoració subjectiva del seu grau de satisfacció en la resolució dels seus conflictes i les proves objectives poden servir per mesurar indicadors abans d'iniciar-se el procés i un cop acabat.

En el document de l'Institut Pere Mata, sobre un projecte de la Unitat Especialitzada de Psicoteràpia, es fa un plantejament similar i suggereixen com a **mesures d'avaluació:**

- Mesuradors (proves psicològiques) en la visita inicial, per avaluar de manera quantificada la intensitat de la clínica. S'aplicarien al final del tractament per valorar el grau de millora del pacient.
- Grau de satisfacció de la persona tractada, mitjançant una enquesta. (Al Parc Taulí avaluen diferents paràmetres: confort, nivell d'informació sobre el tractament, eficàcia del tractament).
- Avaluació al cap de sis mesos de l'alta:
 - Nombre de visites al CSM

- Nombre de visites no programades
- Nombre d'ingressos
- Absentisme en visites pròpies
- Impressió clínica global
- Alta clínica CSM: SÍ / NO

Respecte dels *mesuradors*, avui dia ja s'ha superat el mite que era impossible mesurar els resultats de la psicoteràpia. És cert que hi ha escales clàssiques com HoNOS que tenen limitacions significatives per utilitzar en aquest terreny, ja que només tenen tres ítems amb prou variabilitat per mesurar el pretractament i el posttractament. Altres escales clàssiques han estat utilitzades en investigacions recents sobre l'efectivitat de les psicoteràpies breus (Blay *et al.*, 2002), com el GHQ-12 (Goldberg, 1972), el CIS (Goldberg *et al.*, 1970), HRSD (Hamilton, 1967) i TSR (Orlinsky i Howard, 1966).

Tanmateix, en els darrers anys hi ha hagut molts avenços en els mètodes de mesura en psicoteràpia. Alguns donen suport a l'*evidència basada en la pràctica* per als tractaments psicològics, i també el paradigma complementari de la *pràctica basada en l'evidència* (Margison *et al.*, 2000). Podem esmentar el Compass System (Sperry *et al.*, 1996), desenvolupat com una aproximació sistemàtica al canvi mitjançant el tractament i que arriba a mesurar l'aliança sessió per sessió. La CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, CORE System Group, 1998), que s'ha mostrat com un instrument vàlid i amb una bona sensibilitat al canvi, complint de sobres les exigències de Thornicroft i Slade per als instruments de mesura en salut mental. Facilita valorar una població clínica àmplia, amb la qual cosa és útil per valorar programes amplis, però també és excel·lent per valorar un cas per part del clínic. Així mateix permet establir comparacions sobre l'efectivitat clínica entre diferents models de psicoteràpia (Evans *et al.*, 2002). En altres procediments (model de mesura del canvi clínicament significatiu) s'arriba a la representació gràfica del canvi clínic (Evans *et al.*, 1998).

De la complexitat de mesurar resultats en salut mental, en dóna una idea el treball de Hermann, Leff i Lagodimos (2002), que conté un recull de processos de mesura i una guia d'aplicació, i proporciona tot un equip d'instruments i un grup de programes i de rutines aplicables a The National Inventory of Mental Health Quality Measures. Inclou més de 300 mesures desenvolupades per agències del Govern, investigadors, clínics, organitzacions professionals, associacions d'usuaris i organitzacions comercials.

Els **indicadors de qualitat** recomanats per la Comissió de Psicoteràpia dels Serveis Extrahospitalaris d'Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental d'Osakidetza-Bizkaia, per a les psicoteràpies són:

- El percentatge d'intervencions psicoterapèutiques sobre el total de consultes.
- El percentatge de pacients en psicoteràpia sobre el total de pacients en tractament.
- El tipus i model d'intervencions psicoterapèutiques que s'han dut a terme.
- L'existència de protocols, guies de pràctica clínica, que incloguin els abordatges psicoterapèutics.
- Els pacients atesos en psicoteràpia segons el diagnòstic.
- L'evolució al llarg dels anys de les situacions indicades.
- El percentatge de professionals que duen a terme activitats psicoterapèutiques.
- Els criteris comuns i les definicions de les psicoteràpies desenvolupades.
- Les activitats de formació continuada de psicoteràpia.
- Les altes mèdiques segons objectius terapèutics determinats.
- Les investigacions sobre la psicoteràpia desenvolupades.

Respecte a la relació cost-efectivitat, són molt interessants els resultats del Programa Overview, del qual es fa un resum a l'**annex 3**. Aquest treball conclou que la psicoteràpia aplicada a les persones amb depressió i ansietat té un «cost 0», ja que el seu cost es compensa amb la reducció de dies de baixa. Encara hi ha pocs estudis sobre aquest tema i als resultats és difícil de donar-los, sobretot, una projecció a llarg termini. Durham *et al.* (2005), en un estudi dut a terme a Escòcia amb persones que presentaven trastorns d'ansietat i psicosi, conclou que és necessari fer estudis longitudinals en períodes de com a mínim 2 a 5 anys, investigant la importància relativa de les característiques dels pacients, l'aliança terapèutica i l'experiència del psicoterapeuta per determinar la relació cost-efectivitat de la psicoteràpia. Kaltenthaler *et al.* (2006, núm. 193 a l'annex 2) assenyala que en la

seva revisió només hi ha un estudi d'avaluació econòmica i que el cost-efectivitat és millor que el tractament usual en termes d'anys de vida ajustats per qualitat. Brazier *et al.* (2006, núm. 291 a l'annex 2) assenyala que la relació cost-efectivitat és millor en la teràpia conductual dialèctica, però que hi ha una necessitat de recerca considerable en aquesta àrea. A unes conclusions similars arriba Binks *et al.* (2006, núm. 292 a l'annex 2). Burnard *et al.* (2002, núm. 123 a l'annex 2) assenyala que la psicoteràpia psicodinàmica té una bona relació cost-efectivitat en el tractament de la depressió. Leff *et al.* (2000, núm. 130 a l'annex 2) no aprecia diferència en els costos entre la psicoteràpia de parella i el tractament farmacològic antidepressiu. McFarlane *et al.* (1995, núm. 186 a l'annex 2) considera que els grups psicoeducatius tenen una relació cost-benefici molt alta. Pekkala *et al.* (2006, núm. 181 a l'annex 2) també considera de baix cost la psicoeducació, i creu que ha de ser atractiva per als gestors. Feijo *et al.* (2005, núm. 127 a l'annex 2) considera que el cost s'ha de tenir en compte quan la decisió sigui entre psicoteràpia i medicació. Una guia neozelandesa (2003, núm. 201 a l'annex 2) considera que la teràpia cognitivoconductual té una millor relació cost-efectivitat que la medicació. Hakkart-van Roijen *et al.* (2006, núm. 108 a l'annex 2) considera, en un estudi aleatoritzat i controlat, que el cost de la psicoteràpia breu, la cognitivoconductual i el tractament usual no és diferent.

En alguns casos s'arriba a concretar la baixada de costos, a Suècia (2005, núm. 302 a l'annex 2) han arribat a determinar que un pacient amb trastorn límit de la personalitat i tractat amb teràpia conductual dialèctica ha baixat el seu cost anual de 320 corones sueques l'any a 210). Molts països (vegeu l'**annex 4**) han valorat el cost per sessió (oscil·la entre 18 i 132 euros) i alguns, com Holanda, tenen fixada una contribució per part del pacient. El nombre de sessions sovint està fixat amb un nombre màxim.

Així doncs, hi ha unes primeres dades que permeten valorar que la normalització de la psicoteràpia a la xarxa pública és viable, sempre que se'n mantingui l'aplicació en les indicacions precises i es compleixin amb rigor tots els aspectes que s'assenyalen d'ara endavant. A Catalunya no hi ha cap estudi relatiu a la relació cost-efectivitat, però sí que es pot fer una aproximació al cost que implica l'aplicació de les directrius del mapa sanitari, que estan recollides al punt **2.3 del capítol 2**, atès que es corresponen amb la implantació de professionals necessaris. La recerca es fa molt necessària, ja que s'han de tenir en compte els beneficis que es puguin produir (disminució de la medicació, reincorporació més ràpida a la feina, etc).

CAPÍTOL II EL PROGRAMA DE PSICOTERÀPIA DEL PDSMiA

1. EL PLA DIRECTOR DE SALUT MENTAL I ADDICCIONS (PDSMiA), AMB REFERÈNCIA A LA PSICOTERÀPIA

El Pla director de salut mental i addiccions (PDSMiA) assenyala com una prioritat per al període 2005-2007 la incorporació d'una cartera de serveis orientada a les necessitats dels usuaris en base territorial, incloent-hi la millora de l'oferta de tractaments psicoterapèutics per a determinades patologies. Així, dins dels objectius estratègics del PDSMiA, el tercer és millorar la cartera de serveis, amb la inclusió de la psicoteràpia (1.5), i d'acord amb les guies clíniques aprovades, per atendre els problemes de salut prioritzats.

Objectiu operatiu. Inclusió de l'oferta de psicoteràpia a la xarxa pública.

Projectes que s'han d'elaborar o implementar:

- Crear un sistema d'acreditació dels programes de psicoteràpia.
- Incloure les actuacions psicoterapèutiques en els plans funcionals dels diferents serveis de les xarxes especialitzades.
- Ampliar l'oferta de les intervencions psicoterapèutiques des dels centres de salut mental, principalment per a l'atenció a trastorns afectius, temptatives de suïcidi, trastorns d'estrès posttraumàtics, trastorns límit de la personalitat (TLP), trastorns de la conducta alimentària i en infants i joves, a més, els trastorns per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH) i els trastorns obsessivocompulsius.
- Diferenciar l'oferta psicoterapèutica en els CSM dins d'un programa suprasectorial (per cada 300.000 habitants) d'atenció individual, familiar i grupal, que inclogui les diferents orientacions d'acord amb l'evidència científica disponible, tant en la població infantil com en l'adult.
- Millorar l'oferta d'intervencions psicoterapèutiques als CAS per tal de prevenir les recaigudes i millorar la motivació i l'adherència dels pacients als tractaments.

Objectiu operatiu. Reorganitzar els serveis actuals d'acord amb les noves necessitats estratègiques.

Projectes que s'han d'elaborar o implementar:

- Disposar d'una cartera de serveis en els CSM (adults i infantils), que diferenciï el Programa de suport a l'APS, l'atenció especialitzada per patologies basada en guies clíniques i explicitant l'oferta de tractaments psicoterapèutics, i els programes d'atenció a les psicosis incipients i als TMG o TMS. A finals de l'any 2007 s'haurà implantat en el 30% del territori.
- Reorganitzar el CAS, amb intervencions específiques per patologies i grups d'especial vulnerabilitat i activitats psicoterapèutiques. A finals de l'any 2007 se n'haurà iniciat la implantació en el 20% del territori.

Objectiu operatiu. Millorar la formació dels professionals d'atenció primària:

Projectes que s'han d'elaborar o implementar:

- Entrevista psicològica
- Contenció emocional
- Consell terapèutic
- Teràpia familiar
- Teràpies breus o de resolució de conflictes
- Intervencions grupals

Objectiu operatiu. Influir en el canvi de l'actual sistema de formació de postgrau dels MEF i PEF i els especialistes en infermeria de salut mental.

Projecte que s'ha d'elaborar o implementar:

- Reorientació de la formació dels especialistes en una línia més comunitària, més promotora d'hàbits de salut i preventiva, més psicoterapèutica, més rehabilitadora i amb inclusió de matèries relatives a les competències culturals dels professionals.

Indicador de factor crític i estratègies que s'han d'implementar

Es considera un factor crític la formació insuficient per abordar el canvi. Es proposen com a estratègies:

- Consens amb les entitats proveïdores sobre l'exercici de les competències en aquest àmbit.
- Introduir la necessitat de l'acreditació de les noves competències.

2. EL MAPA SANITARI: CRITERIS GENERALS DE PLANIFICACIÓ PER A LA IMPLANTACIÓ DE LA PSICOTERÀPIA A LA XARXA PÚBLICA

El mapa sanitari enfoca la planificació tenint en compte tres àmbits per a la salut mental:

- Intervencions de l'atenció primària de salut, amb el suport de l'especialitzada
- Tractaments especialitzats experts, per programes i guies clíniques
- Tractaments integrals per a les persones amb trastorns greus de llarga evolució i risc de discapacitat

Les intervencions psicoterapèutiques s'han d'aplicar en els tres àmbits, però és per al segon cas (CSM, CSMIJ i CAS) que es defineixen criteris quantitius proposant un estàndard.

- CSMIJ: Augmentar l'oferta psicoterapèutica (62 pacients x 100.000 habitants de població general per any).
- CSMA: Incrementar l'oferta psicoterapèutica (120 casos x 100.000 habitants de població general per any).
- CAS: Tractament mèdic i psicològic de les drogodependències (incrementar l'atenció psicoterapèutica, augmentar la intensitat).

3. L'ATENCIÓ PSICOTERAPÈUTICA A LA XARXA DE SALUT MENTAL D'UTILITZACIÓ PÚBLICA DE CATALUNYA

Encara que la psicoteràpia és reconeguda com una tècnica terapèutica de l'àmbit de la salut mental i constitueix una prestació bàsica de la cartera de serveis del CatSalut és difícil aportar una informació precisa respecte al seu abast i a les seves característiques pel que fa a les prestacions que ofereix la xarxa de salut mental d'utilització pública de Catalunya. L'estudi ESEMeD 2002, esmentat en el Pla director de salut mental i addiccions (PDSMiA), assenyala que, mentre que en el conjunt d'Europa el 13,15% de les persones que havia rebut atenció per un trastorn mental el darrer any havien estat tractades només pel psicòleg, a Catalunya aquesta xifra baixa fins al 5,8%.

La informació recollida pel registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) del sistema sanitari d'utilització pública, i en particular el dels centres de salut mental ambulatoria, mostra un caràcter quantitatiu que presenta algunes imprecisions. És amb aquestes excepcions que aportarem una primera aproximació mitjançant les dades disponibles del període comprès entre el 1998 i el 2002 dels centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) i dels centres de salut mental d'adults (CSMA). Amb aquesta finalitat s'utilitzaran les variables descrites en el CMBD com a tractament individual, grupal i familiar.

A la taula 1, es pot observar que hi ha una gran diferència entre la proporció de tractaments psicoterapèutics d'adults i d'infantil i juvenil, i que aquestes diferències són sensiblement iguals els darrers cinc anys (1998-2002). Podem avançar com a elements explicatius d'aquesta diferència alguns factors com la pressió assistencial diferent, la presència dels tractaments farmacològics com a primera indicació o la formació i orientació teòrica i tècnica desiguals entre els professionals de totes dues xarxes.

Taula 1. Activitat de tractaments de psicoteràpia a CSMA i CSMIJ

ANY		Activitat total	Tractaments P	%
1998	CSMA	544.219	120.975	22,22
	CSMIJ	139.011	71.960	51,76
1999	CSMA	582.728	119.011	20,42
	CSMIJ	179.992	84.060	46,70
2000	CSMA	609.762	105.650	17,32
	CSMIJ	181.994	84.903	46,65
2001	CSMA	664.633	116.698	17,55
	CSMIJ	193.913	89.522	46,16
2002	CSMA	738.773	156.179	21,14
	CSMIJ	212.308	96.605	45,50
TOTAL	CSMA	3.140.115	618.513	19,69
	CSMIJ	907.218	427.050	47,07

Font: Registre CMBD

Respecte del 1998, durant el 2002 s'han atès 46.535 persones més en el conjunt de centres de salut mental; així mateix, el nombre de primeres visites s'ha incrementat en 13.324 i el nombre de visites successives en 254.572. Malgrat aquest increment, el percentatge de les psicoteràpies en conjunt (individuals, grupals i familiars) s'ha igualat: 28,24% el 1998 i 28,16% el 2002, després d'alguns anys de disminució progressiva.

Pel que fa a la distribució territorial s'observa que, en general, hi ha una gran irregularitat en l'aplicació de la psicoteràpia (taules 2 i 3). També és extrema la diferència entre els tractaments individuals, de grup i de família. Les dades fan referència a l'any 2000.

Es continua observant la diferència entre la xarxa infantil i juvenil i la d'adults, però alhora s'observa que dins d'aquestes hi ha marges de diferència molt amplis.

Taula 2. Activitat CSMIJ 2000

	Total visites	% individual	% de grup	% familiar	% total psicot.
Lleida	17.619	12,0	23,8	15,1	50,9
Tarragona i Tortosa	14.716	60,9	4,8	3,83	69,5
Girona	6.930	14,3	51,4	2,8	68,4
Costa de Ponent	40.650	14,0	7,2	19,7	40,9
BCN Nord i Maresme	18.067	23,3	0,8	19,3	46,4
Centre	37.981	13,6	8,1	6,1	27,8
Consorti S. Barcelona	46.031	33,3	7,9	14,0	55,2
TOTAL	181.994	23,6	10,0	13,0	46,6

Font: Registre CMBD

Taula 3. Activitat CSMA 2000

	Total visites	% individual	% de grup	% familiar	% total psicot.
Lleida	11.961	16,3	11,6	0,6	28,5
Tarragona i Tortosa	54.465	6,1	1,5	0,6	8,2
Tortosa	12.058	5,5	5,1	1,7	12,3
Girona	42.006	12,0	6,0	1,0	19,0
Costa de Ponent	117.663	10,4	3,2	2,1	15,7
BCN Nord i Maresme	68.504	15,5	5,2	1,3	22,0
Centre	131.099	8,0	2,5	1,5	12,0
Consorti S. Barcelona	172.006	14,4	5,2	3,1	22,7
TOTAL	609.762	11,3	4,1	1,9	17,3

Font: Registre CMBD

Cal dir, amb relació a totes aquestes xifres, que la seva quantitat, evolució i pertinença no corresponen totalment a psicoteràpies reglades, atès que en aquest moment no hi ha uns criteris unificats. Això no obstant, aquestes dades tenen un valor orientatiu important pel que fa a l'estil d'intervenció i a la formació dels professionals.

Taula 4. Persones tractades amb qualsevol tractament i persones tractades amb psicoteràpia, 2002

	Infantil	Adults	Totals	
Persones tractades (qualsevol tractament)	31.087	139.473	170.560	
Mitjana per CSM	758	2.051		
Persones tractades (psicoteràpia)	5.579	4.147	9.726	
Mitjana per CSM	136	61		
Modalitat de psicoteràpia (nre. de casos)	Individual	1.074	1.625	2.699
	Grup	660	1.097	1.757
	Família	3.845	1.425	5.270

Font: Registre CMBD 2002

En la taula 4 hem intentat depurar aquestes xifres. En creuar l'activitat de psicoteràpia, en qualsevol de les seves formes, amb les persones tractades amb psicoteràpia, hem trobat que hi havia moltes persones que, pel nombre d'intervencions, no es podia considerar que la intervenció estigués ben definida. Per això, hem considerat únicament les persones amb deu o més intervencions a l'any que pugui justificar una psicoteràpia flaix, breu o de llarga durada. Com s'observa, la situació en adults és molt més precària que en infantil, la qual cosa és fàcil d'entendre veient el total de casos tractats.

El Fòrum de Salut Mental va fer l'any 2000 un estudi sobre indicacions i realització de tractaments psicoterapèutics en set CSMA i cinc CSMIJ, segons el qual, dels 4.123 primers casos d'adults, hauria estat indicat iniciar un procés psicoterapèutic en el 47%, tot i que només es va poder fer en el 13% del total per manca de disponibilitat de professionals en el servei. En el grup d'infants i adolescents, dels 2.848 primers casos, el 50% hauria rebut una indicació de psicoteràpia, però només el 16% la van poder rebre efectivament. Així doncs, segons aquest estudi, el 34% dels primers casos d'infants, adolescents o adults no està rebent en l'actualitat el tractament adequat per manca de recursos professionals.

4. L'ATENCIÓ PSICOTERAPÈUTICA EN ALTRES PAÏSOS

Hi ha tant diferències com similituds entre països, tal com es pot veure a l'[annex 5](#).

5. ÀMBITS D'APLICACIÓ DE LA PSICOTERÀPIA

Tots els dispositius de la xarxa han de poder dur a terme els procediments psicoterapèutics necessaris per al tractament de la població atesa en funció de les característiques clíniques dels pacients i del tipus de dispositiu.

Podem distingir sis grups de trastorns, en funció dels seus nivells de gravetat clínica, i en els quals la psicoteràpia estaria recomanada:

- **Grup 1.** Trastorns que es resolen en poc temps: trastorns adaptatius i reaccions emocionals davant situacions estressants cròniques, de caràcter lleu. Dispositius responsables: **atenció primària**.³

³ A l'atenció primària, de manera inicial, les intervencions psicoterapèutiques descansen en l'equip de suport presencial que els centres de salut mental (d'adults i infantils i juvenils) desplaçaran a partir dels plantejaments del Pla director de salut mental i addiccions. Amb el temps, a l'atenció primària hi ha d'haver professionals formats i entrenats específicament en tractaments psicoterapèutics realitzats amb la supervisió de psicoterapeutes acreditats.

- **Grup 2.** Trastorns psicossomàtics, depressius menys greus o reactius, distímics, de dol patològic, d'ansietat, de la conducta alimentària, o per abús o dependència de substàncies tòxiques. Dispositius responsables (segons la gravetat o complexitat del cas): **atenció primària o serveis de SM especialitzats** (CSM⁴, CAS, UHA, URPI, HD).
- **Grup 3.** Trastorns reactius greus (p. ex., trastorn per estrès posttraumàtic). Tots els trastorns específics de la infància i l'adolescència, inclòs el trastorn de conducta. Trastorns relacionats amb el deteriorament cognitiu i alguns trastorns neurològics. Dispositius responsables: **serveis especialitzats** (CSM, CSMIJ, HD).
- **Grup 4.** Trastorns psicòtics, incloent-hi psicosis incipients, amb intervenció familiar obligada. Dispositius responsables: **equips especialitzats en intervenció precoç a les psicosis i programes TMG/TMS (CSM). Unitats d'hospitalització d'aguts, de subaguts i hospitals de dia.**
- **Grup 5.** Patologies complexes, no psicòtiques, de llarga evolució, incloses o no en el grup de trastorns mentals greus.⁵ Dispositius responsables: **serveis especialitzats (CSM, Programa TMS dels CSM, CAS, serveis penitenciaris).**
- **Grup 6.** Trastorns psiquiàtrics associats a patologies mèdiques. Dispositius responsables: **equips d'enllaç.**

6. MODEL D'APLICACIÓ EN LA XARXA DE SALUT MENTAL D'UTILITZACIÓ PÚBLICA

El Grup de Treball considera que la psicoteràpia com a tècnica específica inclosa en la cartera de serveis ha de tenir un espai propi en el si de la totalitat de dispositius de la xarxa de salut mental. Per aquesta raó, cadascun dels dispositius ha de disposar d'aquelles modalitats psicoterapèutiques en funció de les característiques de la població atesa i de les condicions institucionals de l'assistència. Hook (2001) planteja els avantatges del paper de la psicoteràpia en un servei modern de psiquiatria general i assenyala els avantatges d'una comprensió psicodinàmica:

- El desenvolupament professional i personal
- L'increment de la satisfacció en el treball
- L'efectivitat de l'ús d'equips dinàmics
- La minimització dels processos defensius en els individus, els equips i la institució
- El tractament efectiu i holístic de les persones

Els equips han de tenir una capacitat psicoterapèutica global, però és impossible que tots facin de tot. Per això, hi ha d'haver solucions de tipus suprasectorial, sota la forma de programes o de centres especialitzats. Probablement hi ha diferents solucions segons les aportacions dels diferents territoris.

6.1. Psicoteràpia en els centres comunitaris: CSM, CAS i SESM-DI

Els CSM infantil i juvenil, i d'adults, i els CAS i els SESM-DI, com a primer esglaó especialitzat de la xarxa de salut mental, han de tenir incorporades diferents modalitats psicoterapèutiques a la seva cartera de serveis.

Tots els CSM s'han d'organitzar i estructurar per poder desenvolupar les tècniques psicoterapèutiques considerades més eficaces i que s'inclouen en *els dos tipus de programes de psicoteràpia* als quals es fa referència més endavant.

⁴ Tant d'adults com infantils i juvenils.

⁵ Depressió major recurrent, trastorns bipolars, agorafòbia amb crisi d'angoixa, trastorn obsessivocompulsiu, trastorns de personalitat, en especial el trastorn límit de la personalitat, i patologia dual.

D'aquesta manera i des d'un punt de vista quantitatiu, caldrà considerar un percentatge definit de les intervencions psicoterapèutiques dins de l'activitat assistencial que dugui a terme cada CSM.

De la mateixa manera, els equips del CAS i dels SESM-DI han de poder proporcionar els tipus de psicoteràpia adequats a les característiques especials de les poblacions que tracten, persones consumidores de tòxics en un cas i persones amb discapacitat intel·lectual en l'altre.

En la relació terapèutica, les dues persones que hi intervenen estan alhora relacionades amb altres que es troben en una estructura grupal: el malalt amb la seva família i el terapeuta amb l'equip. Per això la psicoteràpia ha d'estar molt ben encaixada amb les altres intervencions que es fan, amb altres membres de l'equip i amb altres elements del grup familiar. Hi ha, doncs, una qüestió que té a veure amb el lloc, el paper i l'enllaç de la psicoteràpia dins del Projecte terapèutic individualitzat del malalt.

6.2. Psicoteràpia en l'hospitalització

Segons el tipus específic d'hospitalització (breu, mitjana o llarga) i en els seus diferents dispositius (unitats d'aguts, subaguts, comunitat terapèutica, i mitjana i llarga estada), les tècniques de psicoteràpia tenen la seva aplicació específica. El temps de permanència de la persona a la unitat hospitalària exclourà de vegades tècniques que no s'hi podran ajustar adequadament. És evident que les psicoteràpies de grup i les de família tenen un camp d'aplicació molt gran i contribuiran eficaçment al tractament i la rehabilitació. El lloc en què pot semblar més difícil la seva realització són les unitats d'aguts. Justament és en aquestes unitats, on els professionals reben més pressió per tal de resoldre les crisis en un espai de temps breu i han de recórrer a la utilització dels psicofàrmacs, on els aspectes tècnics de la psicoteràpia s'han de salvaguardar en totes les entrevistes als pacients. És un moment idoni per a l'ús de tècniques de grup, orientades fonamentalment a treballar la consciència de la malaltia, mitjançant grups d'acollida i altres que utilitzen objectes intermediaris.

A les unitats de subaguts i alguns espais de llarga estada, tant en adolescents com en adults, hi ha més oportunitats per als tractaments pluridisciplinaris i combinats, i s'incrementa la utilització de tècniques psicoterapèutiques de diverses modalitats.

6.3. Psicoteràpia a l'hospital de dia

Els plantejaments psicoterapèutics aplicats a la globalitat del centre i al conjunt de les activitats terapèutiques i de rehabilitació estan donant bons resultats en els llocs on s'apliquen, i tenen bones experiències a Catalunya tant en nens i adolescents com en adults.

Avui l'hospital de dia és una alternativa a l'hospitalització completa i és fonamental que, en el tractament d'episodis aguts, situacions complexes de crisis psicosocials, crisis d'adolescents i alguns trastorns greus en què no convé fer una desinserció del mitjà, s'utilitzin totes les possibilitats que proporciona la psicoteràpia tant individual, com grupal i familiar. En molts casos, els programes d'hospitalització parcial representen modalitats ambulatories de tractaments intensius de tipus combinat: farmacològic, psicosocial i psicoterapèutic, aquest darrer també amb múltiples modalitats, individual, familiar, institucional i de grup.

6.4. Psicoteràpia al servei de rehabilitació – centre de dia

Aquests centres enfocats actualment com a veritables espais de rehabilitació psicosocial han de disposar d'un equip altament preparat per a la utilització de les diferents psicoteràpies i tècniques de grup. Com en el cas anterior, també és un lloc idoni per als tractaments de família en les seves diferents modalitats tècniques.

Considerant el conjunt de la xarxa de salut mental, sabem que una part important de la seva activitat s'adreça a pacients caracteritzats per patir un trastorn mental greu i processos de llarga evolució. Per aquesta raó, tots els dispositius implicats en l'atenció a aquestes poblacions (siguin centres de salut mental, d'hospitalització o serveis de rehabilitació) poden trobar en la psicoteràpia de grup una eina

especialment idònia generadora de múltiples factors terapèutics. Com assenyala Ingelmo (1997), les psicoteràpies de grup poden facilitar els desenvolupaments següents:

- Acceptació (pertinença a un grup i valoració per part dels altres)
- Universalitat (descobriments que no és l'únic que té problemes)
- Altruisme (descobreix que pot ajudar)
- Inculcació d'esperança (sentiment d'optimisme sobre les possibilitats del grup)
- Orientació (recepció d'informació útil)
- Aprenentatge vicari (benefici de l'experiència dels altres)
- Autocomprensió (gràcies al *feedback* dels altres i les intervencions del terapeuta)
- Aprenentatge en la interacció personal (aprèn dels seus intents en el grup)
- Autorevelació (en explicar les seves coses es *treu un pes de sobre*)
- Catarsi (alleujament en manifestar sentiments intensos)

7. EL PROGRAMA DE PSICOTERÀPIA EN ELS CENTRES DE SALUT MENTAL

Com ja s'ha assenyalat anteriorment, el Grup de Treball considera que els CSM han d'incloure els tractaments psicoterapèutics d'una manera estructurada i organitzada, partint de criteris i procediments protocol·litzats d'indicació i prioritització de les intervencions. S'hi han de tenir en compte els aspectes generals següents:

- Els CSM han de facilitar l'assistència psicoterapèutica requerida en funció de les necessitats de la població atesa, de la cartera de serveis i de les indicacions terapèutiques.
- Els CSM han d'estar dotats dels recursos necessaris per a la realització de tractaments psicoterapèutics, o bé amb professionals acreditats per tractar psicoterapèuticament que es dediquin exclusivament a aquesta modalitat terapèutica, o bé amb la participació d'altres professionals també acreditats però que també utilitzin altres modalitats d'intervenció.⁶
- També hem de considerar que hi ha pacients que demanen ser tractats d'una determinada manera, i exigeixen una tècnica concreta o una determinada freqüència de les sessions. Pot ser difícil, per no dir impossible, que cada CSM disposi com a mínim de les tècniques considerades en general com les més freqüents. Això no obstant, sense tenir en compte les diferències tècniques, tots els CSM han de disposar de professionals preparats per fer intervencions psicoterapèutiques individuals, de grup i de família.
- D'altra banda, la presència del treball psicoterapèutic al si dels CSM i la inclusió de professionals acreditats per a la psicoteràpia al si dels equips interprofessionals n'ha d'enriquir el funcionament i contribuir a l'accés a un pensament i a una funció psicoterapèutics dels col·lectius assistencials.

7.1. Criteris d'indicació i prioritització de la psicoteràpia

Atesa la realitat que, com a mínim durant un primer període, no hi haurà possibilitat de dur a terme tècniques de psicoteràpia en totes les persones per a les quals estaria indicada, es proposa seguir dos passos: determinació de la indicació del tractament psicoterapèutic i posteriorment prioritització de la intervenció en els pacients que presenten situacions de crisi vitals i psicopatològiques, tant en nens i adolescents com en adults.

El model assistencial que segueixen els CSM possibilita una avaluació diagnòstica estructural de caràcter multiaxial, contextualitzat i pluridisciplinari (vegeu l'**annex 5**) i qualsevol indicació psicoterapèutica s'ha d'emmarcar dins d'un projecte terapèutic global i individualitzat. Per aquesta

⁶ Hi ha dues possibilitats per a la realització de la psicoteràpia en els CSM: professionals que s'hi dediquin exclusivament o un model més extensiu en què tots els professionals acreditats per fer psicoteràpia ho comparteixin amb altres tipus d'intervencions. La Comissió d'Experts de Psicoteràpia de la Comunitat de Madrid (2002) considera necessari contractar professionals (psiquiatres i psicòlegs) de la xarxa pública amb formació acreditada en psicoteràpia.

raó la indicació de tractament psicoterapèutic ha de quedar inclosa dins d'un projecte terapèutic individualitzat (PTI).

L'informe *Psicoteràpia en la institució pública* (Girona, 1999) recomana tenir en compte els aspectes següents per a la indicació i prioritització dels tractaments psicoterapèutics:

- El temps disponible.
- Que se'n pugui beneficiar el nombre d'usuaris més elevat possible.
- Les patologies més greus, de més prevalença i que presentin un risc evolutiu o de cronificació.
- Complicacions de les crisis vitals.
- Tendència al pragmatisme i a la integració dels diferents models.
- Fer intervencions compartides (farmacologia i socials), coordinades i planificades.

Els **critèris**, d'una manera àmplia i general, per decidir un tractament psicoterapèutic són els següents:

1. Un primer criteri de tipus sanitari/assistencial: segons els coneixements actuals algunes persones amb trastorns mentals necessiten psicoteràpia i, de fet, moltes altres es poden beneficiar d'alguna tècnica concreta. Igualment hi ha l'evidència de l'eficàcia d'algunes tècniques per a trastorns específics.
2. Criteris de context:
 - a) Criteri epidemiològic. En la pràctica implica estudiar les poblacions de risc de cada territori i elaborar la cartera de psicoteràpies.
 - b) Criteri d'efectivitat sobre la base de l'evidència científica disponible.
 - c) Criteri preventiu. Prevenció primària i secundària en la infantesa (p. ex.: nens amb trastorns de l'espectre autista). En adults: prevenció secundària (p. ex.: intervencions en crisis i episodis aguts) i prevenció terciària (p. ex.: intervencions davant el perill de cronificació).
 - d) Situació de crisi psicosocial.
 - e) Grau de repercussió de la patologia en algunes persones que cuiden un familiar o que treballen en serveis públics.
 - f) Risc evitable d'increment inadequat del consum de serveis.
3. Criteri de primera elecció: que sigui la tècnica terapèutica principal per al tractament del cas.
4. Criteri nosològic: amb un plantejament molt obert i en què també participi la situació clínica del malalt (situacions de crisi, episodis aguts i prevenció de la cronicitat). En atenció infantil, també s'ha de parlar de moments evolutius sensibles, moments de transició. Aquest criteri nosològic no pot ser rígid. Podem dir d'una manera indicativa, però no limitadora, que per als propers anys els trastorns en què la psicoteràpia està més indicada són els d'ansietat, depressió, somatització, dol patològic i adaptació de la personalitat (en risc de cronificació), i en els d'aparició precoç (en els nens).
5. Criteri de realitat:
 - a) Encara que hem dit que la psicoteràpia és un tractament que està indicat en tots els trastorns mentals, s'han de tenir en compte la realitat i els mitjans terapèutics de què disposem.
 - b) És convenient establir uns percentatges de casos tractats psicoterapèuticament. Diatkine, referint-se a l'atenció infantil, va publicar fa uns quants anys que el 12% dels nens tractats requerien psicoteràpia. El grup estableix com a estimació general i per a aquest moment que el 20% de les persones ateses (prevalença assistida) han de ser tractades amb psicoteràpia (aquesta situació està lligada al punt 5.3).
6. Criteri de l'usuari:
 - a) Disponibilitat material (pel que fa a horaris i mitjans de desplaçament) i acceptació de la implicació personal que li planteja la psicoteràpia.
 - b) La persona (els pares, en el cas dels nens) o la família han de tenir un motiu de consulta sentit com a propi, i reconèixer que hi ha un patiment o malestar.

- c) Valoració de la seva disposició i capacitat per adonar-se dels propis sentiments i reflexionar-ne, i de les relacions personals que els resulten conflictives.⁷
7. Criteri de l'equip assistencial: quan el pacient reuneix els requisits per iniciar el procés terapèutic, l'equip assistencial l'ha de fer efectiu. En la designació del terapeuta s'han de tenir en compte factors tècnics, com l'adequació de la formació d'aquest a les necessitats de la psicoteràpia recomanada per al pacient. A partir d'això, el terapeuta ha de calibrar les condicions per al desenvolupament adequat del Projecte i la seva adequació o no-adequació a aquest Projecte.

Taula 6
Críteris d'indicació de psicoteràpia

<p>1. Críteris de seguretat i eficàcia.</p> <p>2. Disposar del professional qualificat per al tipus de psicoteràpia indicat.</p> <p>3. Que presenti un dels diagnòstics següents (CIE-10):</p>	
Adults	Nens i adolescents
<p>1. Esquizofrènia: F20</p> <p>2. Altres trastorns mentals greus (TMS): F33, F30.x, F31.x, F31.6, F22.0, F40.01, F42.8, F60.31, F60.1</p> <p>3. Persones amb ansietat: F41.0, F41.1</p> <p>4. Persones amb distímia: F34.1</p> <p>5. Persones amb depressions menys greus o reactives: F32.0, F32.1, F33.0, F33.1, F43.20, F43.21</p> <p>6. Trastorns psicossomàtics: F45</p> <p>7. Dol patològic: Z63.4</p> <p>8. Trastorns d'adaptació: F43.xx</p> <p>9. Trastorns del comportament alimentari: F50.x</p> <p>10. Altres trastorns de personalitat (F60.xx) en risc de cronificació</p>	<p>1. Els inclosos en el grup TMG: F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F83, F20, F30, F31, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3, F22.0, F60.31, F60.2, F91</p> <p>2. Trastorns afectius: F30.2, F31, F32.3, F33.3</p> <p>3. Trastorns d'ansietat: F41.0, F41.1</p> <p>4. Trastorns adaptatius: F43.xx</p> <p>5. Trastorns d'estrès posttraumàtic: F43.1</p> <p>6. Trastorns del comportament alimentari: F50.x</p>
<p>4. Que l'usuari (si escau, la família):</p> <p>a) Tingui disponibilitat material.</p> <p>b) Manifesti tenir motiu de consulta, amb un malestar sentit com a propi.</p> <p>c) Mostri disposició i capacitat per adonar-se dels seus sentiments i les seves relacions personals.</p> <p>d) Tingui aspectes conservats de la personalitat</p>	

⁷ Característiques psicodinàmiques dels pacients (document UTE Sant Pere Claver). Críteris d'inclusió: 1) Motivació: desig de tractar-se. 2) Capacitat d'observació del conflictes emocionals. 3) Reconeixement del conflicte com a propi. 4) Flexibilitat de les defenses, no-cronificació. 5) Egodistonia dels conflictes i símptomes. 6) Funcions del jo suficientment conservades.

Si pensem en la necessitat que les indicacions siguin clares, i en la necessitat de prioritzar, atès que la psicoteràpia és un tractament que no es pot aplicar d'una manera general i tampoc arbitrària per part dels terapeutes o dels equips, plantejem la utilització, de manera experimental, de les taules 6 i 7.

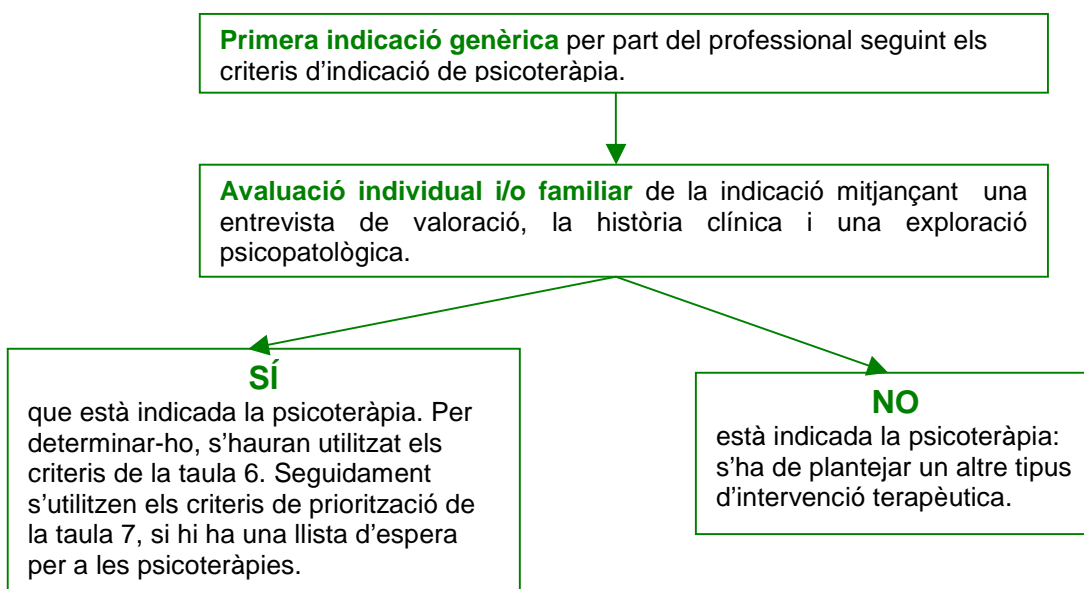
Taula 7
Críteris de prioritziació

En la prioritziació de la llista d'espera s'ha de seguir l'ordre del concepte més aplicable a cada persona i la concurrència de diversos factors:

1. Que estigui considerada la tècnica terapèutica principal per al tractament del cas.
2. Situació clínica del pacient:

Adults	Nens i adolescents
a) Situacions de crisi	a) Situacions de crisi
b) Episodis aguts	b) Episodis aguts
c) Prevenció de la cronicitat	c) Moments evolutius sensibles
	d) Moments de transició
3. Situació de crisi psicosocial.
4. Població de risc del territori.
5. Grau de repercussió de la patologia en persones que cuiden familiars o que treballen en serveis públics.
Perill d'increment del consum de servei

Algoritme
Procediment d'indicació i prioritziació



7.2. Cartera bàsica de serveis psicoterapèutics

Un principi bàsic del PDSMiA és el principi d'equitat. Els formats, les tècniques i les orientacions de les tècniques de psicoteràpia són avui molt variats, per la qual cosa és absolutament impossible cobrir-ho tot des d'una assistència pública. A més, en aquest moment no totes les tècniques tenen el mateix nivell d'evidència. Per això es planteja una cartera de psicoteràpia, fonamentada en les tècniques d'evidència més provades, que cobreixi els mínims següents:

- Tècniques: teràpies cognitivoconductuals, psicoteràpies d'orientació psicodinàmica i teràpies sistèmiques.
- Format:
 - Psicoteràpia individual: flaix psicoterapèutic, psicoteràpia breu i psicoteràpia focal
 - Psicoteràpia de grup
 - Psicoteràpia familiar. Psicoteràpia de parella

7.3. Recursos i objectius que han d'assolir els CSM

En primer lloc, cal dir que en la xarxa de SMiA ja es fa psicoteràpia. En l'estudi precedent, fet l'any 2003, l'activitat de psicoteràpia declarada i depurada informàticament, dins del conjunt de les intervencions, era del 19,69% en adults i del 47,07% en infantil i juvenil. Actualment es fa una implementació en la quantitat especificada al mapa sanitari. L'activitat mencionada es dirigia al 3% de la població atesa en adults i al 18% en infantil i juvenil.

Amb la finalitat d'afavorir l'accessibilitat de les tècniques psicoterapèutiques en l'assistència pública, s'han fet diversos càlculs i, amb els recursos previstos, es dedueix el següent:

1. En adults l'increment previst és de 60 hores setmanals (un psicòleg i 20 hores de psiquiatra) per a un mòdul de 100.000 habitants (població ajustada: 81.500). Comptant amb una dedicació del 75% a l'assistència, es pot deduir dels diferents càlculs fets que es pot atendre amb psicoteràpia el 6% de la població atesa (20% de les primeres), que sumat al 3% inicial fa un 9%.
2. En l'atenció infantil i juvenil l'increment previst per un mòdul de 100.000 habitants (18.500 de població ajustada) és de 40 hores setmanals, cosa que permet atendre amb psicoteràpia el 16% (40% de les primeres), que sumat al 18% inicial representa un 34%.⁸

En tots dos casos, dins del càlcul, s'han previst intervencions de psicoteràpia individual, fonamentalment breu, psicoteràpia de grup i psicoteràpia familiar.

En l'estratègia d'execució del Pla director en l'atenció ambulatoria especialitzada es distingeixen tres mòduls diferenciats: suport a l'atenció primària, psicosis incipients i TMS, i atenció general especialitzada. El mòdul de psicoteràpia és adreçat a l'atenció general i, per tant, no s'hi inclouen les psicoteràpies dels TMG i dels programes de les psicosis incipients, que ja es consideren incloses en el seus programes d'intervenció global. Així doncs, les xifres indicades s'incrementaran amb les psicoteràpies específiques d'aquests àmbits.

S'han de tenir en compte les necessitats d'altres centres de la xarxa de salut mental.⁹

⁸ Per a aquests càlculs s'ha considerat una població adulta de 5.573.195 i una població infantil i juvenil de 1.346.872. Persones ateses: 138.586 adults i 32.599 nens i adolescents a l'any (CMBD, 2004). Nombre de les primeres: 46.761 d'adults i 14.820 d'infantil i juvenil (CMBD, 2004). Respecte al temps treballat pels professionals, encara que hi ha petites diferències segons el lloc, s'ha fet l'estimació de 1.700 hores anyals.

⁹ Amb referència a la millora de recursos en altres centres, s'ha d'assenyalar que:

- Als **centres d'hospitalització** apareix clarament la necessitat de reforçar les unitats de mitjana i llarga estada ateses les mancances actuals. En la seva reconversió serà necessari comptar amb els requeriments precisos de la psicoteràpia.
- Sens dubte, els **centres de dia** també necessitaran un ajustament, encara que ja avui en dia, en quasi tots hi ha com a mínim diferents grups de psicoteràpia.

7.4. Acreditació

Se'n parla més àmpliament en el capítol específic (**pàgina 35**), però pel que fa als CSM haurien de complir els requisits següents:

- Disposar de psicoterapeutes formats.
- Cobrir el 20% de la població atesa.
- Cobrir els temps assenyalats per al Programa de psicoteràpia en funció del nombre d'habitants del sector atribuït.
- Disposar de la cartera mínima de psicoteràpies.
- Disposar dels protocols d'indicació i prioritització.
- Disposar de protocols de cadascuna de les psicoteràpies incloses en la cartera.
- Participació dels professionals en un programa de formació continuada protocol·litzat, en què ha de constar específicament la supervisió individual o l'anàlisi grupal.

7.5. Protocols d'indicació de psicoteràpia i procediments

Tots els CSM que tinguin la psicoteràpia en la seva cartera de serveis hauran de disposar de protocols per a cada tipus, en què es palesin els sistemes d'avaluació i decisió emprats, i també el context, la durada, la freqüència, etc. (en els **annexos 6 i 7** hi ha uns exemples). Exposem una proposta de protocol bàsic comú.

Es pot observar que en el protocol, dins de les exploracions complementàries, incloem el psicodiagnòstic. Aquest apartat no seria exclusiu de la psicoteràpia, encara que ocupi un moment determinat. S'ha de preveure la necessitat d'incloure en el desenvolupament de la cartera de serveis dels centres una secció específica d'*exploracions complementàries d'avaluació psicològica (psicomètria)* (Gronnerod, 2004). També es requereix una determinada organització i estructuració de les funcions de l'equip assistencial per fer-les en les condicions adequades. Altrament, passaria com amb la psicoteràpia, que la pressió assistencial pot acabar ofegant les condicions adequades per a la seva realització.

7.5.1. Protocol bàsic

Aquest protocol bàsic s'ha de considerar com una orientació de procediments, a partir de la qual elaborar de manera específica els protocols de cada model teoricoclínic de psicoteràpia.

TAULA 8
Protocol bàsic comú per a les psicoteràpies

Avaluació:	
○ Primera visita	Acolliment, anamnesi i exploració psicopatològica bàsica.
○ Visites complementàries (2-3)	Completar la recepció dels problemes del pacient i/o de la família durant el temps suficient per arribar a comprendre l'estructura i les diferents necessitats d'intervenció.
Exploracions complementàries que escauen	Tests, escales, entrevistes semiestructurades, etc.
Avaluació en grup i presa de decisions	Avaluació diagnòstica estructural i pluridisciplinària. Avaluació de les parts sanes del pacient. Discussió i elecció dels tractaments que s'han d'utilitzar. En funció d'això, cal escollir el tipus i la variant de psicoteràpia dins de les que disposa el servei, tenint en compte tots els criteris d'indicació i prioritització.

Entrevista de contacte	Informació al pacient, amb una primera devolució basada en el seu discurs del que ens sembla que s'ha de treballar. Definir la durada total (ajustada o aproximada) del tractament, i també el lloc i la freqüència i durada de les sessions.
Sessions que conformen el procés terapèutic	Seguint les pautes de cada tècnica i de la duració (breu o mitjana).
Grup de supervisió	Seguiment de les sessions per part de l'equip terapèutic, preferentment amb un professional extern. També és possible la supervisió individual.
Seguiment	De primer pot ser semestral i posteriorment, anual. La durada d'aquest seguiment dependrà de la gravetat de la patologia i de la seva evolució.
Alta	Criteris d'alta i derivació dins del mateix centre de salut mental o cap al centre d'assistència primària.

7.5.2. Procediments

Lògicament cada tècnica té els seus procediments i, en l'elaboració de la cartera de psicoteràpies, cada centre, des de la seva orientació i experiència, ha de tenir definits uns procediments. Tanmateix, hi ha uns aspectes bàsics que tots han de complir.

- **El contracte psicoterapèutic en la xarxa pública.** És necessari establir un contracte verbal en el qual s'expliqui al pacient la definició de la relació psicoterapèutica, es faci una descripció explícita del mètode i es detallin els compromisos assumits per les parts. En una atenció que és pública, això facilita l'aclariment del procés que es durà a terme.
- Dins d'aquest contracte, s'ha d'informar de les característiques del Programa de psicoteràpia, de la tècnica que s'hi aplicarà, i s'han de definir els objectius i la durada del tractament, tant pel que fa al nombre de sessions com al temps que es dedicarà a cada una de les sessions. També s'ha d'informar sobre els compromisos del professional i de la persona tractada. S'ha de tendir que aquesta informació es proporcioni per escrit i que el pacient valori si proporciona o no el seu **consentiment informat** de manera autònoma.
- Les **pautes tècniques d'intervenció (setting)** en l'assistència pública estan molt relacionades amb les condicions de treball, amb el lloc del tractament i amb l'actitud del terapeuta (Sastre, Laudo, Mauri, Raventós i Tió, 1996). El terapeuta hauria de ser escoltat en el seu disseny per tal que el treball de curació no sigui pertorbat, i seria el responsable del seu manteniment per tal que en un continent ferm i flexible alhora es faci una escolta empàtica, amb neutralitat i sense actuació per part del terapeuta.
- La **política d'altres** ha d'estar ben definida i s'ha d'evitar la retenció innecessària de cert tipus de patologies. En general, ha de ser un objectiu aconseguir que algunes persones resolguin els seus problemes de dependència assistencial i de vegades pot ajudar a aconseguir-ho una psicoteràpia de curta durada. Una psicoteràpia ben aplicada tendeix a afavorir l'autonomia dels pacients.

7.6. Les intervencions de psicoteràpia i el CMBD

Segons el que hem vist, la psicoteràpia és un procés en què es produeixen una sèrie d'intervencions la majoria de les quals, per no dir la totalitat, s'han de valorar dins dels capítols dedicats al CMBD (en la versió 2003) com a psicoteràpia, i que ara recordem:

1. Psicoteràpia individual (variable PI). Recull el nombre de vegades que el pacient ha contactat amb els psiquiatres o psicòlegs del centre de salut mental per rebre tractament individual mitjançant qualsevol de les tècniques psicoterapèutiques.
2. Psicoteràpia grupal (variable PG). Recull el nombre de vegades que el pacient ha contactat amb els psiquiatres, psicòlegs i altres membres de l'equip del CSM per rebre tractament en un grup de pacients mitjançant qualsevol tipus de psicoteràpia o tècniques de grup.
3. Tractament familiar (variable TF). Recull el nombre de vegades que el nucli familiar del pacient (amb o sense ell) ha contactat amb el CSM.

Són intervencions de psicoteràpia per al registre del CMBD (variables PI, PG, TF):

- Les entrevistes d'avaluació (moltes vegades més d'una), a excepció de la primera visita, que serveix per enregistrar els nous casos. Aquestes entrevistes d'avaluació són vàlides, fins i tot en els casos en què no es consideri indicat el tractament o en els casos que passin a llista d'espera.
- Les entrevistes de psicodiagnòstic, quan aquest és necessari per a la indicació o no de psicoteràpia.
- L'entrevista en què es formalitza el contracte terapèutic amb el malalt.
- Cadascuna de les sessions acordades.
- Les visites de seguiment i catamnèsiques, fins i tot les que estiguin molt allunyades en el temps del gruix del tractament i siguin visites aïllades.

Pensant en els criteris actuals del CMBD, convé recordar que la psicoteràpia no és una actuació (Villegas, 1996) i, per tant, no és una activitat (suma d'actes), sinó una intervenció, que sempre és activa per part del terapeuta. Una intervenció que busca un canvi en el pacient.

Per això, per tal de fer l'avaluació, millor que continuar amb un plantejament quantitatiu de l'activitat és guiar-se per un indicador, que podria ser el nombre de persones tractades amb psicoteràpia (en monoteràpia o teràpia combinada) dividit pel total de persones tractades, i tot referit a un any natural. Com a primer objectiu es podria plantejar que l'indicador de psicoteràpies (incloses les individuals, de grup i les familiars) fos el que es descriu en el punt 7.3 referit a la població atesa.¹⁰

8. NECESSITATS ESPECÍFIQUES I SUPRASECTORIALS DE SERVEIS PSICOTERAPÈUTICS

El desenvolupament d'una cartera bàsica de serveis psicoterapèutics per part dels CSM ha de garantir una atenció general a les necessitats de la població de cada sector sanitari. L'extensió territorial d'aquesta cartera bàsica no implica necessàriament la plena cobertura de totes les necessitats assistencials de psicoteràpia, atesa la diversitat de trastorns mentals susceptibles d'aquests abordatges, les diferents prevalences dels trastorns i la diversitat de les tècniques que han mostrat la seva eficàcia terapèutica.

D'altra banda, es reconeix el fet de l'existència de diferents dispositius de salut mental especialitzats que ofereixen tractaments psicoterapèutics des de diferents marcs teòrics i conceptuals, i que han desenvolupat modalitats i tècniques de tractament de caràcter específic. Aquests dispositius estan articulats d'alguna manera amb la xarxa de salut mental i es poden utilitzar en determinades condicions i mitjançant derivacions per atendre necessitats que no es poden cobrir des dels CSM.

El Grup de Treball considera que el desenvolupament de la cartera bàsica de serveis psicoterapèutics dels CSM no esgotarà totes les necessitats terapèutiques i d'indicació d'aquestes modalitats de tractament. Per aquesta raó es recomana:

1. La plena integració en la xarxa de salut mental dels centres especialitzats de psicoteràpia que acreditin la seva capacitat i funció terapèutica específica. Aquesta integració haurà d'anar acompanyada d'una definició de les seves funcions, una identificació de les indicacions terapèutiques i de les modalitats tècniques de tractament i els sistemes de derivació i informació amb els CSM.¹¹

¹⁰També s'hi ha de preveure la utilització del registre CMBD:

- En l'hospitalització: en tots els tipus d'hospitalització les intervencions psicoterapèutiques s'han de registrar en l'alta i dins la llista de procediments. Concretament en el CIM-9-MC, 9a revisió, estan incloses en els ítems 94.3X y 94.4X.
- Als centres de dia: encara està pendent de definició l'aplicació del CMBD en aquests recursos.

2. L'establiment de programes suprasectorials de psicoteràpia per donar cobertura a diversos sectors en les necessitats compartides i no assolibles individualment per cadascun dels CSM per raó de la prevalença de determinats trastorns o de la tècnica específica requerida.
3. L'estudi de necessitats suprasectorials no cobertes pels apartats anteriors i la conveniència de creació o reconeixement d'altres centres especialitzats de psicoteràpia.

Es poden considerar dins d'aquestes necessitats:

- El desenvolupament de tècniques molt específiques i/o innovadores que complementin l'oferta dels CSM.
- És absolutament necessària la creació d'espais d'intercanvi fluids i creatius entre els CSM, per tal de promoure vies de col·laboració entre els diferents corrents assistencials, ja que creiem que s'han de tenir molt present els criteris clínics d'indicació de cada tipus de psicoteràpia, i també les limitacions pròpies de cada tècnica.
- Necessitats en la formació i el suport dels professionals del territori (xarxes de formació).
- Necessitats derivades del camp de la recerca. Aquestes impliquen la creació d'una estructura de suport, que impliqui recursos i la possibilitat de donar suport als projectes. No obstant això, cada institució no ha de vetllar tan sols per la qualitat assistencial dels serveis que presta, sinó que també ha de desenvolupar la seva pròpia política de formació, recerca i docència.

Es pot concloure que els equips de SMiA han de tenir una capacitat psicoterapèutica global, però és impossible que tots estiguin preparats per aplicar tot tipus de tècniques. Per això, cal que hi hagi solucions de tipus suprasectorial. Probablement hi ha diferents solucions segons les realitats i conjuntures dels diferents territoris.

Dues solucions semblen possibles:

1. La cooperació de diversos CSM, pròxims o limítrofs, que aglutinin en conjunt una població de prop de 300.000 habitants i que s'especialitzin en tècniques diferents. Segons la tècnica indicada, es podrien derivar les persones que s'han de tractar d'un sector a un altre de manera consensuada.
2. La creació de centres específics de psicoteràpia (CEP) (**annex 8**). Això no pot comportar mai que algun CSM no doni l'atenció psicoterapèutica bàsica. Aquests centres s'han de guanyar la confiança de la xarxa demostrant unes capacitats tècniques i assistencials en els programes de psicoteràpia superiors a la mitjana de la xarxa, i també la capacitat de col·laborar amb els centres de SMiA de referència.
Aquests centres són imprescindibles en els llocs on hi hagi una unitat docent MIR o PIR per garantir la formació psicoterapèutica. També poden cobrir altres necessitats:
 - Desenvolupar tècniques molt específiques i procediments associats a patologies determinades.
 - Donar suport a la xarxa tant en programes de formació continuada com en activitats de supervisió dels equips.
 - Fer programes de recerca aglutinant la participació de diversos CSM.

¹¹ Els centres especialitzats haurien de complir les característiques següents:

- Ser un centre assistencial.
- Estar integrat per professionals acreditats per a l'exercici de la modalitat de psicoteràpia que ofereixi cada CEP.
- Amb una integració a la xarxa de salut mental de manera suprasectorial.
- Amb una oferta clara de tractaments en què estiguin ben definides les tècniques utilitzades i les indicacions quant a tipus de pacients o trastorns susceptibles de ser tractats amb aquesta modalitat.
- Amb el compromís de participar en la formació dels nous professionals de la xarxa, i en l'impuls i la realització de treballs d'investigació sobre els mètodes i les tècniques, sobre l'eficiència i l'eficàcia en diferents tipus de problemàtiques. Aquestes funcions docents i d'investigació han d'estar directament nodrides per l'assistència, que, tal com hem assenyalat, és l'objectiu principal dels CEP.

ACREDITACIÓ DE PROFESSIONALS I CENTRES

L'Associació Espanyola per a la Integració de la Psicoteràpia (SEPI) contesta així a la pregunta «Què és un psicoterapeuta?»: *És un professional de la salut que, després d'obtenir la titulació universitària, ha dut a terme una formació específica en l'àrea de psicoteràpia, en una institució reconeguda, que desenvolupa programes de formació que reuneixen totes les característiques necessàries perquè els candidats a psicoterapeutes adquireixin una formació completa que permeti una competència professional teoricopràctica. La Federació d'Associacions de Psicoterapeutes s'ocupa de reconèixer els programes de formació adequats.*¹²

Pel que fa a la pràctica de la psicoteràpia en les institucions públiques, cap dels documents consultats (proposta del País Basc; document consensuat pel psicòlegs dels CSMA de Gràcia, Granollers, l'Hospitalet i Sant Boi de Llobregat; document de Fòrum; llibre d'A. Fernández Liria) fan referència a la formació necessària per a l'exercici de la psicoteràpia.

Atès que no hi ha una normativa «oficial», de moment, sobre l'acreditació i formació de psicoterapeutes, s'haurien d'elaborar o adoptar algunes de les que ja ha proposat la FEAP o de les previstes en l'ampliació de formació de metges en formació (MEF) o psicòlegs en formació (PEF), i també altres societats científiques no incloses en la FEAP.

En el document de 16 d'abril del 1997 de l'Associació Europea de Psicoteràpia, que incorporava propostes de la reunió del Comitè Europeu d'Estàndards de Formació (ETSC), mostra el seu interès per protegir els interessos de la professió i alhora del públic atès, assegurant que la professió s'ha d'exercir amb un nivell apropiat de formació i pràctica.¹³

Mentre no s'estableixin criteris consensuats i exigibles des d'instàncies competents, per als professionals que ja treballen en la xarxa de serveis de salut mental, la pràctica que duen a terme suficientment documentada i supervisada podria ser un element suficient a l'hora de reconèixer la seva capacitat. Per això seria convenient que els serveis poguessin donar informació sobre quina és la formació i l'orientació en psicoteràpies que tenen els seus membres amb vista a establir un mapa de serveis potencials en la xarxa.

Fins ara no hi ha definicions de tipus normatiu oficial i s'ha de desplegar la recent Llei d'ordenació de les professions sanitàries. En aquest moment d'espera proposem uns criteris provisionals que permetin fer operatives les intervencions psicoterapèutiques dins de la xarxa d'utilització pública. Fem la proposta següent basada en els criteris de la FEAP, però adaptada per a un exercici en la xarxa pública.

¹² La Federació Espanyola d'Associacions de Psicoterapeutes és una organització no governamental que agrupa associacions científicoprofessionals de psicoterapeutes. Es va constituir el setembre del 1992 i va ser ratificada pel Ministeri d'Interior l'abril de 1993. El nombre d'associacions membres és de 60 i té un total de 2.022 socis.

¹³ En el document esmentat, les condicions per a la concessió del certificat europeu de psicoteràpia són les següents:

- El certificat europeu de psicoteràpia (ECP) es concedeix als professionals que tinguin la seva formació completada.
- El concedeix l'Associació Europea de Psicoteràpia (EAP) de conformitat amb els criteris establerts per aquesta, per recomanació de les organitzacions nacionals de concessió que l'EAP hagi reconegut i amb l'aprovació de l'Associació Internacional Europea que representi cadascuna de les modalitats de psicoteràpia.
- Normalment, les condicions per a la concessió de l'ECP les determina el Comitè Europeu d'Estàndards de Formació de la Junta Directiva de l'EAP.
- Els certificats es concedeixen inicialment per a un període de cinc anys.
- Per a la concessió de l'ECP hi ha una taxa de cobertura de despeses d'administració, que es reparteix entre les organitzacions nacionals paraigua i l'EAP.

Proposta provisional d'acreditació en la xarxa de salut mental

Críteris d'acreditació per als professionals:

1. Formació teòrica, tècnica i clínica durant tres anys després dels estudis universitaris, amb un mínim total de 600 hores.
2. Un mínim de dos anys de pràctica professional com a psicoterapeuta, degudament supervisada, amb un mínim de dos casos, 300 sessions de tractament i 100 sessions de supervisió.
3. Un mínim d'un any d'activitats pràctiques en SM, dels quals com a mínim sis mesos en un servei hospitalari, que permeti un contacte amb les diverses manifestacions psicopatològiques i els diferents professionals implicats en la SM.
4. Un mínim de 100 hores de formació personal, individualment o en grup, dirigida a poder identificar i manejar adequadament la seva implicació personal en el procés de la psicoteràpia.

Però per endegar el reconeixement oficial de la pràctica de la psicoteràpia en la xarxa pública, s'hauria de tenir en compte que els professionals que actualment la practiquen, en ocasions des del moment en què es va posar en marxa, han cercat la seva formació de maneres diverses. Molts tenen una llarga i eficaç trajectòria com a terapeutes i tenen el dret al reconeixement de la seva capacitat. Per això es consideren dues vies possibles:

- Que pertanyin a una associació reconeguda per la FEAP o per alguna associació internacional.
- Que aportin un certificat de la titularitat del centre o servei, necessàriament concertat amb el CatSalut, que especifiqui de manera clara la formació seguida pel professional i la seva pràctica de psicoteràpia en els recursos públics durant almenys sis anys.

En tots dos casos l'acreditació dels professionals hauria d'estar ratificada per l'IES o una altra agència de l'Administració que reconegui els professionals com a experts en psicoteràpia per a la pràctica en la xarxa assistencial pública. Així mateix, s'hauria d'establir un sistema de seguiment de la formació continuada dels professionals acreditats.

Pel que fa als centres, l'acreditació es podria fer des del CatSalut, a partir de la documentació presentada pel centre i amb assessorament d'algun grup d'experts nomenat a aquest efecte i que depengui del Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental.

Críteris per l'acreditació dels centres:

Directament relacionada amb la presència, dins dels equips, de professionals que tenen acreditada la pràctica de la psicoteràpia. Aquests centres hauran de complir l'activitat de psicoteràpies que s'estableixi cada any en el contracte de compra de serveis.

FORMACIÓ POSTGRAU, ESPECIALITZADA I CONTINUADA

El desenvolupament i l'interès de la psicoteràpia en l'atenció a les persones amb trastorns mentals no es correspon encara amb la insuficient entitat que té en el seu ensenyament en els programes d'estudi de grau i en la formació dels especialistes en psiquiatria i en psicologia clínica, malgrat els canvis que es van plantejant per al desenvolupament d'aquests programes.

En la formació de psicoteràpia l'adquisició de coneixements teòrics és important però insuficient per al seu exercici professional. En la formació del psicoterapeuta és necessari disposar d'una formació teòrica adequada mitjançant cursos, seminaris, etc., però a més és imprescindible, com en el desenvolupament d'altres matèries, la pràctica supervisada i amb graus progressius de responsabilitat, tal com està regulat en la formació MEF i PEF. L'experiència psicoterapèutica personal és un requisit important per a l'exercici de la psicoteràpia.

Cal insistir en la necessitat que la formació en psicoteràpia inclogui aquestes dues tríades del procés formatiu:

- Formació de pregrau, formació de postgrau i formació continuada
- Formació teòrica, formació pràctica i formació personal

En la **formació de pregrau** caldria que es fes un programa de coneixements teòrics i pràctics i d'habilitats bàsiques en psicoteràpia, si més no per a metges, psicòlegs, diplomats en infermeria i treballadors socials. En l'etapa de pregrau la formació hauria de preveure tot el que s'ha dit sobre la funció i el pensament psicoterapèutics, i proporcionar la formació i les eines necessàries per tal d'obtenir una capacitació bàsica per a l'entrevista. És per això que la formació no només ha de ser teòrica sinó també pràctica, i ha de garantir que els alumnes tinguin la possibilitat d'entrevistar diversos pacients, amb una supervisió posterior. La universitat hauria de poder disposar de personal docent psicoterapeuta per a aquest programa.

En la **formació postgrau**, en els programes de formació MEF, PEF i professionals d'infermeria especialistes en salut mental, s'hi inclouen alguns temes relatius a la formació en psicoteràpia però ara per ara és una formació insuficient. En acabar aquesta formació s'hauria de poder suposar que psiquiatres i psicòlegs clínics han aconseguit:

- ✓ Un primer nivell de coneixements que comprèn destreses bàsiques en el maneig de la relació amb el pacient: objectiu que s'ha de completar en el primer any de residència.
- ✓ Un segon nivell que comprèn les destreses psicoterapèutiques necessàries per abordar la problemàtica psicològica que s'associa als trastorns mentals independentment del seu diagnòstic, com ara: dificultats de relació social, suport psicològic, maneig de les situacions de risc.
- ✓ Un tercer nivell inclouria les destreses necessàries per complementar el tractament de trastorns específics.

Aquests nivells adequadament adquirits en la formació MEF-PEF haurien de ser suficients per a l'exercici de la psicoteràpia, mentre no hi hagi una altra regulació, amb el seguiment i la supervisió per part de professionals capacitats del servei i externs al servei. Així mateix els professionals d'infermeria especialistes en Salut Mental haurien d'haver aconseguit els dos primers nivells.

Una ampliació possible dels programes de formació i dels anys facilitarà una formació més àmplia en el camp de les psicoteràpies. En aquest sentit el desenvolupament d'un ACE (àrea de capacitació específica) sobre psicoteràpia, compartida per psiquiatres i psicòlegs clínics, podria aconseguir un quart nivell, que seria pròpiament de formació en psicoteràpia, i que consistiria en l'adquisició de les destreses necessàries per a la pràctica de la psicoteràpia segons un model precís d'entre els reconeguts majoritàriament: psicoteràpia psicodinàmica, interpersonal, sistèmica i cognitivoconductual.

En els Estatuts de la FEAP es detallen els requisits necessaris per a la formació en psicoteràpia i l'acreditació com a psicoterapeuta. Els definim a continuació, amb algunes petites ampliacions o matisacions:

- ✓ Tenir una titulació de rang universitari: les llicenciatures en psicologia i medicina són considerades les preferents. Es fa necessari disposar d'uns criteris generals de formació en l'etapa de pregrau recollits en un programa de coneixements bàsics.
- ✓ Altres titulats de primer i segon cicle universitari podran accedir a la formació en psicoteràpia mitjançant el mecanisme de completar el currículum cursant estudis universitaris de les disciplines de psicologia evolutiva, psicologia de la personalitat, psicopatologia i diagnòstic diferencial. Si aquestes assignatures no consten en el currículum, s'hauria d'acreditar un nombre equivalent d'hores a les que s'imparteixen en les carreres de Psicologia i Medicina. Es considera un temps mínim d'experiència i formació en salut mental en el context públic i privat de deu anys en el cas de titulats de segon cicle i de dotze en el cas de primer cicle.
- ✓ L'exercici de la psicoteràpia en els serveis de salut mental és una funció dels professionals, la formació bàsica i especialitzada dels quals (MEF i PEF) n'inclou l'ensenyament, encara que, de moment i fins a l'aparició d'una àrea de capacitació específica en l'àrea esmentada, aquesta

formació és insuficient. Això no és un obstacle per reconèixer, com hem assenyalat anteriorment, els importants efectes terapèutics de les intervencions d'altres professionals.

- ✓ Criteris generals de formació per a totes les psicoteràpies, que es corresponguin amb els que figuren a la **pàgina 35** com a requisits per a l'acreditació dels professionals.¹⁴

Hi ha associacions de psicoterapeutes que ja estableixen programes de formació continuada i que són una condició necessària per a l'acreditació en un determinat marc teòric.

S'hauria d'incloure la formació en psicoteràpia en tots els programes de formació continuada que es promoguin en els serveis de salut mental. La **formació continuada** té especial rellevància en la pràctica de la psicoteràpia. Ens referim a la formació estructural, com a persones i no tant a la informació, a l'adquisició de coneixements. Reflexionar i analitzar les dificultats que es poden trobar en el curs del tractament situa la funció que exerceix la contraactitud. Es poden comprendre els corrents de simpatia o d'antipatia que lliguen el metge i el pacient, corrents que cal intentar modificar eventualment en la seva direcció, en el seu cabal. Aquesta tasca de reescollir el que succeeix en la praxi de cada psicoterapeuta es pot fer de manera grupal, amb altres companys de la pràctica assistencial, o bé de manera individualitzada amb un supervisor.

Seria molt recomanable la implicació de la universitat, tant en la formació i acreditació de psicoterapeutes com en el suport als programes d'investigació.

Com a conclusió, podem dir que els professionals que exerceixen la psicoteràpia requereixen una formació i una capacitació específica, les condicions i reconeixement de les quals han establert diferents associacions professionals de psicoteràpia i la FEAP. A més dels psicòlegs clínics i els psiquiatres, que tenen plena responsabilitat clínica com a facultatius dels serveis de salut mental de l'SNS, altres professionals entrenats i degudament formats poden practicar diferents nivells de psicoteràpia integrats dins del pla terapèutic global del pacient.

El conjunt de professionals de la xarxa de salut ha de disposar d'uns coneixements de psicoteràpia que li permetin establir relacions adequades i valorar les intervencions pertinents en cada situació, des de l'atenció primària, l'hospitalària i l'especialitzada. Des d'aquesta perspectiva i de manera concordant amb els nivells d'atenció sanitària i de responsabilitat clínic-assistencial dels professionals segons la seva ubicació en els serveis, es poden establir tres nivells diferenciats:

- **Nivell 1:** Aprenentatge de les habilitats bàsiques de l'entrevista terapèutica, del funcionament de la relació amb el pacient i dels factors comuns en psicoteràpia. Entrenament en tècniques específiques i limitades d'intervenció terapèutica. Coneixement d'habilitats que permetin elaborar diagnòstics bàsics segons la classificació diagnòstica en ús, donant prioritat a una avaluació multiaxial.
- **Nivell 2:** Coneixement en tècniques i intervencions específiques necessàries per abordar la problemàtica psicològica associada a trastorns físics, crònics i invalidants, i en tècniques inespecífiques aplicables als trastorns mentals en general, com dificultats en les relacions socials, maneig de situacions de risc, etc.
- **Nivell 3:** Capacitació específica en psicoteràpia (psicoterapeutes acreditats). Adquisició de les actituds, els coneixements i les habilitats necessaris per a la pràctica segons un dels models psicoterapèutics: psicodinàmic, cognitivoconductual, sistèmic i perspectives integradores.

PROGRAMES D'INVESTIGACIÓ

En el terreny de la **investigació** i seguint les línies actuals seria saludable que el conjunt dels equips de la xarxa es constituís en un grup d'investigació, amb la definició de línies clares d'investigació,

¹⁴ Uns criteris similars es van esposar en l'European Forum for all Psychiatric Trainees (Utrecht 95), on es va considerar la psicoteràpia com una part integral de la psiquiatria, incloent-hi en la seva formació els aspectes teòrics, la pràctica, la supervisió i l'experiència psicoterapèutica personal.

dins de les quals hi hauria la investigació sobre les psicoteràpies. Per facilitar-ho, tots els CSM i altres serveis assistencials de salut mental que practiquen la psicoteràpia haurien de disposar d'un sistema d'informació en què constés la població atesa, el diagnòstic de cada persona, els seus criteris de prioritització, la indicació, el nombre de visites i algun indicador de funcionament o resultat. Segons el que s'acaba d'exposar i el que s'ha dit al capítol 7, cal produir una recerca aplicada que informi sobre l'eficàcia, la seguretat, l'efectivitat i l'eficiència de les psicoteràpies, però sobretot cal esmerçar esforços a superar les limitacions metodològiques que aquesta recerca imposa avui. Seguint Roth i Fonagy (1996), Shapiro i Shapiro (1997) i Tizón (1996, 2002), i els debats generats al si del Grup de Treball sobre Atenció Psicoterapèutica en la xarxa d'atenció psiquiàtrica i salut mental d'utilització pública, les limitacions que s'han de superar i, per tant, els reptes que la recerca en psicoteràpia es planteja són molts, per la qual cosa es necessitaria tenir en compte algunes orientacions per a la recerca en psicoteràpia.

- Cal considerar els elements que poden augmentar la validesa interna dels estudis i intentar complir-los:
 - Sempre que es pugui, disseny d'un estudi experimental (assaig clínic aleatoritzat com el més significatiu).
 - Grandàries mostrals prou grans per assegurar la potència estadística.
 - Mostres de pacients amb un diagnòstic homogeni.
 - En estudis observacionals, grups de control escollits curosament de manera que siguin molt semblants al grup d'estudi en tot, amb l'única excepció de la psicoteràpia que es vol avaluar.
 - Estandardització del procediment, de la psicoteràpia que s'estudia.
 - Aplicació de les psicoteràpies per part de terapeutes experts en la seva modalitat.
 - Monitoratge exhaustiu dels indicadors de progrés dels pacients.
 - Anàlisi separada dels processos i els resultats.
 - Compliment escrupolós dels protocols de tractament.
 - Control de la interacció entre el pacient i el terapeuta.
 - Control de la interacció entre les variables.
- Cal tenir present que la utilització de sistemes de classificació diagnòstica com el DSM (o la CIM), en la mesura que especifiquen determinats trastorns (d'una manera acceptada i reconeguda internacionalment), permet homogeneïtzar millor els pacients que se seleccionen a l'hora d'avaluar una teràpia particular.
- També cal considerar els elements que poden augmentar la validesa externa o capacitat de generalització dels estudis, atès que sovint els pacients que entren en un estudi de recerca poden no ser prou representatius de la població clínica afectada d'aquell trastorn psicopatològic. Segons el tipus de psicoteràpia caldria incloure-hi pacients amb comorbiditats i també els pacients més greus o d'alt risc.
- Cal esmerçar esforços a fer estudis amb un llarg seguiment dels pacients inclosos, malgrat que el seguiment a llarg termini impliqui la inversió d'una quantitat important de recursos i probablement el cansament o desgast dels pacients, atès que molts dels trastorns psicopatològics tendeixen a la cronicitat i malauradament molt pocs estudis han investigat la capacitat de les psicoteràpies (tampoc dels psicofàrmacs) per influir en el curs a llarg termini dels trastorns.
- Seria important portar a terme estudis de recerca en què es puguin examinar quines són les raons del fracàs del tractament sobre determinats pacients.
- És aconsellable dedicar temps i treball a definir de manera realista els indicadors o les variables de progrés (mesures de resultat positiu, en definitiva), ja que hi ha poc consens a la literatura pel que fa a com s'han de definir. Sí que hi ha un cert consens pel que fa als conceptes de recaiguda, remissió i recurrència, per exemple, però hi ha molta disparitat pel que fa als indicadors positius que haurien d'objectivar un bon progrés del pacient. Cal tenir present que potser és poc apropiat un criteri de millora com l'acabament absolut dels símptomes. Això és rarament realista, tenint en compte la cronicitat i el caràcter cíclic de molts trastorns psicopatològics.

- Cal que les metanàlisis siguin rigoroses en els criteris d'inclusió dels estudis i que només es portin a terme si hi ha homogeneïtat entre els estudis pel que fa al disseny i a les característiques de l'estudi (mostra, patologia, mesura del resultat, etc.). Val a dir que la recerca en psicoteràpia, com en pocs altres camps de les ciències de la salut, ha produït i produeix nombroses metanàlisis, però així com en altres àrees sovint només es publiquen metanàlisis d'assajos clínics aleatoritzats, en psicoteràpia, les metanàlisis combinen dissenys diversos i estudis de característiques heterogènies.
- Finalment, cal un esforç metodològic important per anar definint els aspectes esmentats i proposar dissenys i maneres de controlar els possibles biaixos específics dels estudis de recerca sobre psicoteràpia.

LÍNIES ESTRATÈGIQUES DE FUTUR

Qualsevol treball pot esdevenir incomplet i, a més, està limitat per la dificultat que representa fer factible la normalització de la psicoteràpia a la xarxa assistencial pública. Hi ha aspectes que caldrà abordar en el futur, alguns dels quals corresponen a altres àmbits de competències o de responsabilitats. En volem destacar els següents:

1. Connexió entre els actuals CEP i la resta de la xarxa de salut mental.
2. Canvis en la formació de pregrau i postgrau. Capacitació dels metges de família, pediatres i altres especialistes en tècniques psicoterapèutiques bàsiques.
3. Cooperació amb els centres d'atenció primària, tot introduint els aspectes relatius al pensament psicoterapèutic.
4. Caracterització de l'alta especialització en psicoteràpia.

RECOMANACIONS (del Grup 2003)

- Es recomana introduir en la cartera de serveis dels diferents dispositius de la xarxa de salut mental els tractaments psicoterapèutics. Assolit pel PDSMiA.
- Tots els serveis de la xarxa de salut mental han de disposar dels recursos de personal suficients per atendre les necessitats dels programes de psicoteràpia que s'han de dur a terme. Assolit pel mapa sanitari.
- Tots els serveis de la xarxa de salut mental han de disposar de professionals qualificats per a la pràctica de la psicoteràpia. Assolit pel PDSMiA.
- Per això, els serveis i les institucions han de disposar dels recursos per atendre adequadament les necessitats de tractament amb psicoteràpia i alhora estan obligats a tenir psicoterapeutes acreditats i garantir una formació continuada. Assolit pel PDSMiA.
- El CatSalut ha de fomentar la formació i capacitació en psicoteràpia dels nous professionals (MEF i PEF al tercer nivell i professionals d'infermeria especialistes en salut mental als nivells 1 i 2) i la formació continuada dels seus professionals mitjançant programes estructurats i adaptats a les característiques i prioritats del sector públic. Assolit pel PDSMiA.
- Tots els serveis de la xarxa han de tenir programes de formació continuada de psicoteràpia i espais de supervisió individual o grupal. Així mateix, han de promoure programes d'investigació sobre les psicoteràpies. Assolit pel PDSMiA.
- La universitat, el Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS) i l'Institut d'Estudis de la Salut han de participar tant en la formació com en l'acreditació i la investigació.

- El CatSalut ha d'aplicar, amb els criteris que es defineixen, l'acreditació dels professionals, els indicadors de qualitat i els sistemes d'avaluació.
- Cada vegada es fa més necessari que es defineixi una dotació bàsica de professionals en relació amb la població atesa i les seves característiques. Assolit pel mapa sanitari.
- És necessària l'existència d'una gestió territorialitzada, que si ja és imprescindible ara, davant la introducció dels CEP és un argument més. No és tan sols una qüestió de coordinació entre els diferents agents, sinó l'elaboració de projectes d'intervenció pluridisciplinària i conjunta. És necessari continuar progressant en la instauració de sistemes organitzatius en els sectors que facilitin el treball en xarxa, la cooperació i la complementarietat. Assolit pel PDSMiA.
- Redefinir el paper de les ABS en l'atenció a les persones amb trastorn de salut mental. Els professionals que inicialment atenen el conflicte de vegades no saben com intervenir per manca de formació específica. La funció psicoterapèutica ha d'estar assumida en els equips dels centres d'atenció primària. Per això, és necessària una formació i una capacitat d'aquests professionals. Assolit pel PDSMiA.

RECOMANACIONS PER A LA POSADA EN MARXA DE LA CARTERA DE SERVEIS DE PSICOTERÀPIA NORMALITZADA ALS CSM

1. Elaboració d'un **protocol** per a cadascuna de les psicoteràpies que conformen la cartera de serveis del CSM i que disposin de professionals acreditats.

2. Disposar d'un model de **contracte terapèutic**, tant si és verbal i es fa al llarg d'una entrevista prevista per això, com si és escrit. Aquest últim serà obligatori en cas que, per motius de la mateixa tècnica o de formació o recerca, s'hagin de gravar les sessions (mitjançant magnetòfon o TV).

3. En la **definició de la cartera** s'han de preveure les que es donen al mateix servei i les que tenen la col·laboració d'un altre CSM.

4. Indicadors:

- Persones tractades amb psicoteràpia. Percentatge sobre el total. Font: CMBD. Nombre de persones tractades amb psicoteràpia al llarg de l'any X 100 / Nombre total de persones tractades durant l'any.
- Nombre de sessions de psicoteràpia durant l'any. Font: CMBD.
- Mitjana de sessions a l'any per persona tractada amb psicoteràpia. Font: CMBD. Total de sessions de psicoteràpia a l'any / Total de persones tractades amb psicoteràpia.
- Nombre de psicoteràpies acabades durant l'any. Font: Memòria del CSM.
- Existència de protocols, guies de pràctica clínica, que incloguin els abordatges psicoterapèutics.
- Millora experimentada. Escales de valoració.
- Grau de satisfacció de l'usuari. Enquesta a la fi de la psicoteràpia.
- Percentatge de professionals que fan activitats psicoterapèutiques.
- Activitats de formació continuada de psicoteràpia.

5. Avaluació de resultats:

1. Amb proves validades referides a la patologia concreta de la persona en iniciar i en acabar el tractament (p. ex.: escala de Hamilton, GAHQ, EADG, PANSS, etc.).
2. Amb proves que valoren l'estat general de la persona al començament i a la fi del tractament (p. ex.: perfil de resultats del tractament (PRT de Holcomb, Parker i Leong).
3. Amb qüestionaris de qualitat de vida, com les escales de Camberwell, Lancashire.
4. Amb proves que valoren la qualitat del terapeuta (p. ex.: inventari sobre l'aliança terapèutica de Kokotovic)

INDICADOR PROPOSAT PER AL SEGUIMENT I L'AVALUACIÓ DEL PLA DIRECTOR DE SALUT MENTAL I ADDICCIONS

INDICADOR PDSMiA	Grau d'implementació d'activitats psicoterapèutiques als CSM.
Objectiu població infantil	Oferta d'intervencions psicoterapèutiques en el 6% de la població atesa > 18 anys.
Objectiu població adulta	Oferta d'intervencions psicoterapèutiques en l'11% de la població atesa < 18 anys.
Horitzó temporal	2010.
Periodicitat de l'avaluació	Anual.
Justificació	El PDSMiA defineix com una actuació prioritària l'increment de l'oferta d'intervencions psicoterapèutiques des de l'atenció primària especialitzada en salut mental.
Construcció de l'indicador	Numerador: nombre de pacients atesos amb tipologia de visita de tractament psicoterapèutic (individual, familiar, grupal). Denominador: Nombre total de pacients atesos.
Font d'informació	CMBD SM.

ANNEX 1

Psicoteràpia per a les edats infantil i juvenil

PREVENCIÓ

(1) Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull.* 2003;129(2):195-215.

(Evidència de tipus I. Revisió orientada a la prevenció en nens petits. Un moderat nombre de sessions amb un focus ben definit en famílies amb problemes múltiples o sense. Es valora que les intervencions que eren més eficaces reforçant la sensibilitat paternal, eren també més eficaces a reforçar la seguretat del vincle, el que dona suport a la noció d'un paper causal de la sensibilitat en la formació del vincle.)

TRASTORNS D'ANSIETAT (EN GENERAL)

Psicoteràpia cognitivoconductual

(2) Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Weersing VR, Curry J. Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(8):930-59.

(Evidència de tipus I. En aquesta revisió s'avaluen els efectes de la teràpia cognitivoconductual en nens i adolescents amb trastorns d'ansietat i depressió. La conclusió és que és el tractament d'elecció.)

(3) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998- [consultat: 12 de juny de 2007]. O'Kearney RT, Anstey KJ, von Sanden C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. Disponible a: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citat a Cochrane Library CD004856.

(Evidència de tipus I. La teràpia conductual o cognitivoconductual apareix com un tractament prometedor per al tractament de nens i adolescents amb trastorns obsessivocompulsius. Els millors resultats es donen quan es combinen amb medicació i es compara amb medicació sola.)

(4) In-Albon T, Schneider S. Psychotherapy of childhood anxiety disorders: a meta-analysis. *Psychother Psychosom.* 2007; 76(1):15-24.

(Evidència de tipus I. Aquesta metanàlisi demostra troballes d'evidència en el tractament amb psicoteràpia cognitivoconductual en els trastorns d'ansietat en nens.)

(5) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998- [consultat: 12 de juny de 2007]. James A, Soler A, Weatherall R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Disponible a: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citat a Cochrane Library CD004690.

(Evidència de tipus I. La teràpia cognitivoconductual es mostra com un tractament efectiu per a nens i adolescents amb trastorns d'ansietat. No hi ha evidència de diferències entre el format individual, grupal o de família, per la qual cosa pot ser recomanable.)

(6) Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, Fothergill C, Harrington R. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *Br J Clin Psychol.* 2004;43(4):421-36.

(Evidència de tipus I. S'investiga l'eficàcia de la teràpia cognitivoconductual en nens de 6 a 16 anys diagnosticats de fòbia social, trastorn superansió, trastorn d'ansietat social, trastorn d'ansietat generalitzada i trastorn per evitació. Malgrat l'heterogeneïtat, la conclusió és que la teràpia cognitivoconductual es pot utilitzar per al tractament de l'ansietat en nens de més de 6 anys, però és efectiva en un curt termini.)

(7) Rodebaugh TL, Holaway RM, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. *Clin Psychol Rev.* 2004;24(7):883-908.

(Evidència de tipus I. Sembla demostrada l'eficàcia de la teràpia cognitivoconductual en el trastorn d'ansietat social en nens i adolescents.)

(8) Toorn SL Van Der, Ferdinand RF. Angststoornissen bij kinderen: welke psychosociale behandeling is bewezen effectief [Anxiety disorders in children: which type of psychosocial treatment has proved effective]. *Tijdschr Psychiatr.* 2004;46(3):167-77.

(Evidència de tipus I. En aquesta revisió s'inclouen estudis en nens amb angoixa de separació, fòbia social, fòbia simple i ansietat generalitzada. S'apliquen diferents tipus de teràpia cognitivoconductual, de grup, individual, amb inclusió o exclusió del pares. La conclusió és que el tractament dels trastorns d'ansietat en els nens hauria de començar amb un programa d'intervenció cognitivoconductual.)

(9) Méndez FJ, Alcázar AIR, Orgilés M. Una revisió quantitativa sobre los tratamientos psicológicos de la fobia a la oscuridad aplicados en un entorno natural [A quantitative review of psychological treatments for fear of the dark applied in a natural context]. *Anal Modif Conducta*. 2003;29(125):395-422.

(Evidència de tipus I. Metanàlisi sobre l'eficàcia del tractament psicològic per a la fòbia a la foscor en nens, aplicat en un entorn natural. L'eficàcia va ser molt elevada. Els programes multicomponents van obtenir els millors resultats, i destaquen les escenificacions emotives com el procediment més eficaç. Els resultats van ser millors quan el tractament s'aplicava en la llar dels nens i quan els pares participaven de manera activa en la teràpia.)

(10) Chambles D, Hollon S. Defining empirically supported treatments. *J Consult Clin Psychol* 1998;66: 5-17.

(11) Kendall PC. Treating anxiety disorders in children: Resultats of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 1994;62:100-10.

(Evidència de tipus II. TAG, Tras. Ans. Sep i Fòbia social: "Probablement eficaç". Comparant amb llista d'espera: millores significatives (aproximadament 2/3) en la supressió diagnòstica i en la reducció de símptomes segons pares i pacients. Millores addicionals en incloure-hi la família, especialment en petits, noies i fills de pares ansiosos.)

(12) Kendall PC, Choudhury M, Hudson J, Weeb A. The C.A.T: project therapist manual. Ardmore PA: Workbook; 2002.

(13) Kendall PC, Choudhury M, Hudson J, Weeb A. The C.A.T. project workbook for the cognitive-behavioral treatment of anxious adolescents. Ardmore PA: Workbook; 2002.

(14) Hudson JL, Kendall PC, Coles M, Robin J, Web A. The oder side of the coin: using intervention research in child anxiety disorders to inform developmental psychopathology. *Development and psychopatology*. 2002;14:819-49.

(15) Kendall et al. Child-focused treatment of anxiety. A: Kazdin AE, Weisz JR (eds). Evidence based psychoterapies for children and adolescents. Nova York: Guildford; 2003. p.81-100.

(Evidència de tipus II. Model: "Coping Cat". *Característiques:* manual del terapeuta i quadern de tasques per al pacient. Relació directa nen-terapeuta. Durada: 16-18 sessions (2 amb pares). Dues fases: 1a. preparació, 2a. exposició. El terapeuta funciona com a model. *Resultats:* Remeten: 50-72%. Llista d'espera: 5-7%. Remissions es mantenen i/o augmenten en controls d'1 i 6 anys.)

(16) Barret PM, Short AL. Parental involvement in the treatment of anxious children. A: Kazdin AE, Weisz JR (eds): Evidence based psychoterapies for children and adolescents. Nova York: Guildford; 2003. p. 101-19.

(Evidència de tipus II. Model: "FRIENDS Program". *Característiques:* intervenció en pares. Durada: 10 sessions terapèutiques i 2 de seguiment amb els pacients; 4 sessions amb pares. *Resultats:* remeten: 88%; amb TCC individual: 61%; llista d'espera: <30%. Als 5-7 anys: individual i familiar: 87% i 86%. Es pot dur a terme en grup. També s'ha utilitzat en prevenció de trastorns d'ansietat a les escoles.)

(17) Barret PM, Rapee RM, Dadds MM, Ryan SM. Family enchancement of cognitive style in ansioux and aggressive children. *J Abnorm Child Psychol*.1996;24:187-203.

(Evidència de tipus II. *Característiques:* programa per a nens de 7-14 anys amb ansietat generalitzada i/o fòbia social. Combinen teràpia cognitivoconductual individual amb intervenció sobre els pares -com actuar amb el nen i com controlar les seves pròpies emocions. *Resultats:* a la fi del tractament continuaven assolint criteris de trastorn d'ansietat el 74% de la llista d'espera, el 43% amb teràpia cognitivoconductual i el 16% dels tractats amb teràpia cognitivoconductual més intervenció familiar.)

Psicoteràpia psicodinàmica

(18) Target M, Fonagy P. The efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:361-71.

(Evidència de tipus II. L'estudi examina l'efectivitat del tractament psicoanalític en nens i adolescents amb diagnòstics d'ansietat o depressió. Tractats com a mínim durant sis mesos. El 72% d'aquests casos mostraven millores clíniques significatives. Els trastorns fòbics van remetre més fàcilment que els que presentaven un trastorn depressiu. Els nens amb edats per sota d'11 anys tenien millores més significatives que els d'edats superiors. Com més llargs eren els tractaments, més anaven associats amb bons resultats. Un tractament intensiu va demostrar ser significativament més eficaç per a nens que presentaven trastorns més greus.)

(19) Fahrig H, Kronmüller K.H, Hartmann M, Rudolf G. Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Die Heidelberger Studie zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychoanal*. 1996;4:375-95.

(Evidència de tipus II. El trastorn emocional a la infància és el diagnòstic fet amb més freqüència (24,8%). Quan s'hi afegeix el diagnòstic de trastorn neuròtic (12%), s'incrementa a 1/3 dels casos diagnosticats. L'estudi reporta una àmplia reducció de símptomes (91,7%).)

(20) Winkelmann K, Geiser-Elze A, Hartmann M, Horn H, Schenkenbach C, Victor AD et al. Heidelberger Studie zur analytischen angzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. 2003; 1-3. Zwischenbericht. [Informe provisional].

(Evidència de tipus II. Reporta una proporció de diagnòstics F40, F42 i F93 del 33,8%. Demostra que amb teràpia breu (*short-term therapy*) de 25 sessions, un 23,9 % dels nens van mostrar una millora en la puntuació total del BSS-K, però a causa de la comorbiditat i la gravetat del problema, els altres nens van necessitar una psicoteràpia a llarg termini.)

(21) Smyrnios KS, Kirkby RJ. Long-term comparison of brief versus unlimited psychodynamic treatments with children and their parents. J Consult Clin Psychol. 1993;61:1020-7.

(Evidència de tipus IV. Està dedicat exclusivament al diagnòstic dels trastorns emocionals a la infància. Fa una comparació entre tres grups de nens tractats amb psicoteràpia breu, psicoteràpia a llarg termini i tractament mínim. Segons els seus resultats després de quatre anys d'haver finalitzat la teràpia, no hi havia gaire diferència entre els nens tractats amb psicoteràpia breu i els tractats amb psicoteràpia de més llarg termini. Es fa èmfasi en el factor de desenvolupament a favor del bon aprofitament.)

(22) Tizón JL. La psicoteràpia breve padres-hijo: ¿una técnica diferenciada? Rev psicopatol salud ment niño adolesc. 2003;1:43-70.

(Evidència de tipus IV amb seguiment no sistemàtic de casos de primera infància tractats en psicoteràpia psicodinàmica pares-fills.)

FÒBIA SOCIAL A LA INFÀNCIA

Psicoteràpia cognitivoconductual

(23) Beidel CD, Turner SM, Morris TL. Behavioral treatment of childhood social phobia. J Consult Clin Psychol. 2000;68:1072-80.

(Evidència de tipus II. Model: SET-C. Característiques: programa de 12 setmanes per a nens de 8-12 anys: psicoeducació dels pares, habilitats socials, generalització amb coetanis i exposicions in vivo de 60 minuts setmanals. Resultats: reducció significativa de diagnòstics sis mesos després: 67% vs. 5% dels controls (que segueixen el mateix nombre de sessions fent activitats per millorar el rendiment en els exàmens).)

CRISIS D'ANGOIXA (PÀNICS)

Psicoteràpia cognitivoconductual (psicofisiològica)

(24) Hoffman EC, Mattis SG. A development adaptation of panic control treatment for panic disorder in adolescence. Cogn Behav Pract. 2000;7:235-61.

(Evidència de tipus II. Model: Panic Control Treatment for Adolescents (PCT-A). Característiques: aplicació a adolescents d'entre 14 i 17 anys d'un programa prèviament verificat en adults. Objectius: corregir les distorsions interpretatives de les crisis, controlar la reacció d'hiperventilació i suprimir les reaccions condicionades a les sensacions físiques. Resultats: en comparació amb els controls: millores significatives en totes les variables estudiades. Al cap de tres mesos es mantenen les millores -en curs un control cada dotze mesos.)

TRASTORN OBSESSIVCOMPULSIU EN LA INFÀNCIA

Psicoteràpia cognitivoconductual

(25) Barret PM, Healy LJ, March JS. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43:46-62.

(26) Barret PM, Healy LJ, March JS. Behavioural avoidance task for childhood obsessive-compulsive disorder: A home based observation. Am J Psychother. En premsa 2007.

(Evidència de tipus II. Model: FOCUS. Característiques: programa de 14 sessions setmanals amb nen, pares i germans. Les sessions poden ser individuals o en grup. Components: 1. psicoeducació, control de l'ansietat i teràpia cognitiva; 2. exposició i prevenció de resposta; 3. manteniment d'avenços, incloent-hi potenciació de resistència i prevenció de recurrències. Resultats: millores significatives en setmanes 6, 11, posttractament i sis mesos després en TOC, depressió i ansietat. Els resultats no són diferents del tractament individual durant 4-6 setmanes.)

(27) March J, Frances A, Carpenter D, Kahn D. Expert consensus guidelines: treatment of obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychol. 1997;58:1.

(Evidència de tipus V. The OCD Expert Consensus Guidelines. Conclusions: recomanen com a tractament d'elecció la teràpia cognitivoconductual (exposició i prevenció de resposta) per a tots els nens prepúbere que

presentin un TOC primari i per als adolescents amb TOC lleu o moderat (en els greus recomanen afegir-hi medicació antiobsessiva). També recomanen la intervenció familiar si hi ha una disfunció familiar evident o el TOC interfereix en la relació familiar.)

DEPRESSIÓ I DISTÍMIA

Psicoteràpies en general i comparacions

(28) Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2006;132(1):132-49.

(Evidència de tipus I. La teràpia cognitivoconductual no és millor que les aproximacions no cognitives. Els efectes d'ambdues són a nivell general. Aquests tractaments produeixen efectes significatius en el tractament de joves amb depressió, però són modestos en força, amplitud i duració.)

(29) Weersing VR, Brent DA. Cognitive-behaviour therapy for adolescents depression. A: Kazdin AE, Weisz JR (eds). *Evidence based psychotherapies for children and adolescents.* Nova York: Guilford; 2003. p.135-47.

(Evidència de tipus II. Adolescents de 13 a 18 anys. Característiques: duració: 12-16 sessions individuals amb 1-4 sessions de seguiment. Resultats: Remeten: TCC: 83%; teràpia de suport no directiva: 58%. Remissió completa de símptomes: TCC: 60%; teràpia no directiva: 39%; teràpia familiar sistèmicoconductual: 38%.)

(30) Seligman LD, Ollendick TH. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: an integrative review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 1998;1:125-44.

(Evidència de tipus II. Una comparació de l'efecte clínic i estadístic conclou: la teràpia interpersonal és superior a la teràpia cognitivoconductual i aquesta és superior a la teràpia familiar sistèmica.)

Psicoteràpia cognitivoconductual

Edats: 13-18 anys

(30b) Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Wersing R i Curry J. Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journ Amer Ac Child & Adol Psych.* 2004; 43(8):930-59.

(Evidència de Tipus I. Revisió d'assaigs clínics controlats. La conclusió és que la teràpia cognitiva conductual és actualment el tractament d'elecció per als trastorns d'ansietat i la depressió en nens).

(31) Lewinsohn PM, Clarke GN, Rohde P, Hops H, Seely J. A course in coping: a cognitive-behavioural approach to the treatment of adolescent depression. A: Hibbs ED, Jensen PS (eds). *Psychosocial treatment for child and adolescent disorders: empirically based strategies for clinical practice.* Washington, DC: American Psychological Association; 1996. p.109-35.

(32) Clarke N, De Barr LI, Lewinsohn PM. Cognitive-behavioural group treatment for adolescent depression. A: Kazdin AE, Weisz JR (eds). *Evidence based psychotherapies for children and adolescents.* Nova York: Guilford; 2003. p.120-34.

(Evidència de tipus II. Model: CWDA. Característiques: en grups mixtos de 6-10 pacients, amb 1 o 2 terapeutes. Durada: 16 sessions de 2 hores, 2 cops per setmana. Resultats: Remeten: 46%; controls: 5%. Al cap de dos anys: 67% vs. 48%. La intervenció o no amb pares no modifica els resultats. Depressius + trastorn conducta (delinqüents): Remeten: 26%; controls: 14%. Però al cap de 12 mesos no s'observen diferències.)

(33) Weisz JR, Southam-Gerow MA, Gordis EB, Connor-Smith J. Primary and secondary control enhancement training for youth depression. A: Kazdin AE, Weisz JR (eds). *Evidence based psychotherapies for children and adolescents.* Nova York: Guilford; 2003. p.165-83.

(Evidència de tipus II. Model: PASCET. Edats: 8-15 anys. Característiques: Durada: 15 sessions individuals amb els pacients (10 sessions programades, canalitzades i 5 adaptades a les necessitats individuals. Intervencions amb els pares i la família. Contactes amb l'escola. Resultats: millores simptomàtiques significatives: TCC: 50-69%; controls: 16-31%.)

(33b) Reed MK. Social skills training to reduce depression in adolescents. *Adolescente.*1994; 29: 293-302.

(Evidència de tipus II. Característiques: N=18 (50% noies). Edat=14-19. Grups: Entrenament en HHSS vs grup d'atenció placebo. Durada= 6 setmanes. Resultats: a les 8 setmanes (83% nois i 20% noies obtingueren milloria clínica vs cap adolescent del grup placebo, comparades puntuacions pre i post).

Psicoteràpia interpersonal

(34) Mufson L, Pollack K. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. A: Kazdin AE, Weisz JR (eds). Evidence based psychotherapies for children and adolescents. Nova York: Guilford; 2003. p. 148-64.

(35) Mufson I, Weissman MM, Moreau D & Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Arch Gen Psychiatry. 1999;56:573-9.

(Evidència de tipus II. Model: IPT-A de Mufson. Edats: adolescents. Característiques: es disposa de manual. Durada: 12 sessions setmanals de 45 minuts en tres fases. Àrees d'intervenció: dols, disputes interpersonals, transicions de papers (rols), dèficits interpersonals, famílies monoparentals. Resultats: s'observen més remissions i més millores significatives en habilitats i funcionament socials que els controls. No s'han verificat millores en el funcionament familiar.)

Psicoteràpia psicodinàmica. *En aquest apartat (trastorns afectius i trastorns per estrès) es classifiquen els estudis de les teràpies pares/nadons. Com a trastorns de la regulació, no es troben de manera uniforme recollits per l'ICD-10.*

(36) Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. Br J Psychiatry. 2003;182:420-7.

(Evidència de tipus II. (n=193) és un estudi comparatiu que investiga l'eficàcia d'intervencions no directives, cognitivoconductuals i psicodinàmiques en una mostra de mares amb depressió postpart, respecte a alteracions de les primitives relacions entre mare i nadó.)

(37) Horn H, Geiser-Elze A, Reck C, Hartmann M, Stefini A, Victor D et al. Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeit-psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2005;54:578-97.

(Evidència de tipus II. La psicoteràpia psicodinàmica breu -25 sessions- és un tractament efectiu per a nens i adolescents amb depressió.)

(38) Lush D, Boston M, Grainger E. Evaluation of psychoanalytic psychotherapy with children: therapists' assessments and predictions. Psychoanal Psychother. 1991;5:191-234.

(Evidència de tipus II. Confirma l'eficàcia del tractament psicoanalític en nens adoptats amb privació emocional greu.)

(39) Robert-Tissot C, Cramer B, Stern D, Rusconi Serpa S, Bachmann JP, Palacio-Espasa F et al. Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: report on 75 cases. Infant Ment Health J. 1996;17:97-114.

(Evidència de tipus III. n=75 parelles mare/nadó, treballa amb les mares en presència dels infants i el focus psicoanalític està posat en el passat d'aquestes parelles i les projeccions sobre el fill. Un altra forma de tractament posa el focus en la dinàmica de la interacció. Es va determinar que, considerant els canvis en els símptomes, els dos procediments aconseguien resultats igualats.)

(40) Fonagy P, Target M. Kinderpsychotherapie und Kinderanalyse in der Entwicklungsperspektive: Implikationen für die therapeutische Arbeit. Kinderanalyse. 1995;3:150-81.

(Evidència de tipus III. En el seu estudi retrospectiu (n= 763), Fonagy i Target informen de millores en un subgrup de 135 nens que patien trastorns afectius.)

(41) Cohen NJ, Muir E, Parker CJ, Brown M, Lojkasek M, Muir R et al. Watch, wait and wonder: testing the effectiveness of an new approach to mother-infant-psychotherapy. Infant Ment Health J. 1999;20: 429-51.

(Evidència de tipus IV. (n=67) Compara la teràpia psicoanalítica habitual amb una aproximació psicodinàmica específica focalitzada especialment en els afectes que experimenta la mare. Les dues aproximacions van donar bons resultats en la reducció de símptomes a llarg termini, ja que disminueix l'estrès maternal i es redueix la conducta intrusiva per part de la mare.)

SUÏCIDI

(42) Macgowan MJ. Psychosocial treatment of youth suicide: a systematic review of the research. Res Soc Work Pract. 2004;14(3):147-62.

(Evidència de tipus I. Aquesta revisió estudia les intervencions psicosocials en general en adolescents amb intents de suïcidi. Es comprova que aquestes intervencions són efectives ja que redueixen els intents de suïcidi i la ideació suïcida.)

TRASTORN PER DÈFICIT D'ATENCIÓ I HIPERACTIVITAT (TDAH)

Comparació d'eficàcia terapèutica entre diferents tractaments

(43) MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:1073-86.

(Evidència de tipus II. **Model MTA**. *Característiques*: Durada: 14 mesos. Estructura: 27 sessions de grup i 8 individuals d'entrenament de pares; programa intensiu a campaments d'estiu de 8 setmanes; intervenció intensiva a l'escola; consultes regulars amb els professors i ajut per part de professional durant 12 setmanes). **MTA Study**. *Característiques*: 579 nens amb TDAH de 7 a 9 anys. Comparació d'eficàcia terapèutica de diferents tractaments durant 14 mesos: 1. metilfenidat, 2. teràpia conductual intensiva (nen, família i escola), 3. fàrmac + teràpia conductual intensiva, i 4. tractament comunitari convencional. *Resultats*: Els quatre grups milloren. El fàrmac és superior a la teràpia conductual intensiva en la reducció dels símptomes centrals específics del TDAH, però no en la resta de problemes comòrbids, disfuncionals i desadaptatius. La teràpia conductual millora els símptomes d'ansietat i depressius, i les relacions entre pares i fills, les habilitats socials i el rendiment acadèmic. La millora més important dels símptomes TDAH es produeix amb el tractament combinat (fàrmac i teràpia conductual). El tractament combinat permet dosis inferiors de fàrmac. Un subgrup de TDAH pot millorar significativament només amb teràpia conductual intensiva.)

Psicoteràpia cognitivoconductual

(44) Riccio CA, French CL. The status of empirical support for treatments of attention deficits. *Clin Neuropsychol*. 2004;18(4):528-58.

(Evidència de tipus I. S'avaluen diferents tipus d'intervenció cognitivoconductuals. Els autors conclouen que hi ha evidència insuficient per elaborar conclusions sobre l'eficàcia dels programes avaluats.)

Psicoteràpia familiar

(45) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998- [consultat: 12 de juny de 2007]. Bjornstad G, Montgomery P. Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Disponible a: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citat a Cochrane Library CD005042.

(Evidència de tipus I. Aquesta revisió inclou les següents teràpies familiars: conductual, cognitivoconductual i funcional. Només existeixen resultats en la teràpia familiar conductual.)

TRASTORN OPOSICIONISTA / PROBLEMES DE CONDUCTA

Psicoteràpia cognitivoconductual (entrenament en comunicació i habilitats parentals)

(46) Brinkmeyer MY, Eyberg SM. Parent-child interaction therapy for oppositional children. A: Kazdin AE, Weisz JR (eds). *Evidence based psychoterapies for children and adolescents*. Nova York: Guildford; 2003. p.204-23.

(Evidència de tipus II. **Model**: PCIT. Formació en habilitats parentals. *Característiques*: per a nens de 2-6 anys. Durada mitjana: 13 sessions. Treball amb els pares, amb observacions directes del nen i terapeutes actuant de models. *Resultats*: publicats 14 estudis controlats i oberts en què es demostra eficàcia significativa.)

(47) Webster-Stratton C, Reid MJ. The incredible Years parents, teachers and children training series. A: Kazdin AE, Weisz JR (eds). *Evidence based psychoterapies for children and adolescents*. Nova York: Guildford; 2003. p.224-40.

(Evidència de tipus III. **Model**: "Incredible Years". *Característiques*: per a nens de 2-8 anys. Intervencions en els nens, els pares i les escoles. Programa bàsic: 12-14 sessions de 2 hores setmanals. Si s'hi afegeix el programa complementari, 10 sessions més. *Resultats*: millores significatives en els tres subprogrames: pares, escoles i nens.)

Psicoteràpia psicodinàmica

(48) Muratori F, Picchi L, Casella C, Tancredi R, Milone A, Patarnello MG. Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychother Psychosom*. 2002;71:28-38.

(Evidència de tipus III. Demostra l'eficàcia de la psicoteràpia psicodinàmica breu exclusivament en trastorns emocionals amb un grup de control experimental. Reporta millores significatives, principalment en problemes de conducta i en trastorns externalitzats.)

AGRESSIVITAT

Psicoteràpia cognitivoconductual

Edats: 7-12 anys

(49) Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behav.* 2004;9(3):247-69.

(Evidència de tipus I. Revisió d'estudis amb nens i adolescents de 6 a 18 anys. La teràpia cognitivoconductual és un tractament efectiu per als problemes d'agressivitat en els joves. Aquests efectes són conseqüents amb els efectes de la psicoteràpia en els nens en general.)

(50) Walker DF, McGovern SK, Poey EL, Otis KE. Treatment effectiveness for male adolescent sexual offenders: a meta-analysis and review. *J Child Sex Abus.* 2004;13(3-4):281-93.

(Evidència de tipus I. Revisió d'estudis que inclouen teràpia multisistèmica, cognitivoconductual, psicoeducativa, residencial i sensibilització indirecta. Els resultats en el tractament d'adolescents mascles agressors sexuals són encoratjadors.)

(51) Lochman JE, Barry TD, Pardini DA. Anger control training for aggressive youths. A: Kazdin AE, Weisz JR (eds). *Evidence based psychoterapies for children and adolescents.* Nova York: Guildford; 2003. p.263-81.

(Evidència de tipus II. Model: Anger Coping Program (psicoteràpia de grup social cognitiva). Característiques: grups de 5 a 7 nois i/o noies. Cada grup té 2 terapeutes. 18 sessions setmanals de 60-90 minuts. Hi ha un programa complementari de 33 sessions per als nens i 16 per als pares durant 15 mesos. Resultats: té un mínim de 7 estudis de verificació de resultats. Els estudis controlats han trobat reduccions significatives de conducta agressiva a casa i a l'escola, i increments d'autoestima i percepció de competència social.)

TRASTORN DE CONDUCTA (DISSOCIAL)

Psicoteràpia cognitivoconductual

(52) Kazdin AE. Proble-solving skills training and parent management training for conduct disorder. A: Kazdin AE, Weisz JR (eds). *Evidence based psychoterapies for children and adolescents.* Nova York: Guildford; 2003. p.241-62.

(Evidència de tipus II. Intervenció en pares i pacients (nens i adolescents). Habilitat per a la solució de problemes i la formació de pares. Model: Yale Child Conduct Clinic. Característiques: Té dos components: 1) 10-20 sessions setmanals de 30-50 minuts dedicades a entrenament dels menors en habilitats per a solució de problemes. 2) 12-16 sessions setmanals de 45-60 minuts dedicades a formació dels pares en el tracte del menor. Resultats: hi ha 10 estudis de verificació de resultats: reduccions significatives de conducta antisocial i increment de conducta prosocial. Els controls no milloren o es deterioren. Bons resultats ambulatoris i en hospitalització. Els beneficis no es deuen al pas del temps, ni a la relació amb el terapeuta ni a altres factors associats a la participació en el tractament.)

(53) Chamberlain P, Smith DK. Antisocial behaviour in children and adolescents. A: Kazdin AE, Weisz JR (eds). *Evidence based psychoterapies for children and adolescents.* Nova York: Guildford; 2003. p.282-300.

(Evidència de tipus II. Intervenció social cognitiva. Model: Programa MTFC (Oregon). Característiques: per a menors de 12-17 anys implicats en delinqüència juvenil greu i en institucions especials. Equip terapèutic: pares "adoptius", supervisor del programa, terapeuta de família, terapeuta individual, terapeuta conductual i psiquiatra consultor. El 85% dels menors retorna amb la seva família. Resultats: hi ha set treballs de verificació de resultats. Reducció significativa de delictes, detencions i denúncies en relació amb els controls.)

Teràpia multisistèmica

(54.1) Henggeler SW, Borduin CM. Multisystemic Therapy Adherence Scales. Unpublished instrument, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina, 1992.

(54.2) Henggeler SW & Schoenwald SK. The MST supervisory manual: Promoting quality assurance at the clinical level. Charleston, SC: MST Services; 1998.

(54.3) Henggeler SW, Schoenwald SK, Borduin CM, Rowland MD & Cunningham PB. Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents. Nova York: Guilford Press; 1998.

(54.4) Henggeler SW, Rowland MR, Randall J, Ward D, Pickrel SG, Cunningham PB, Miller SL, Edwards JE, Zealberg J, Hand L & Santos AB. Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalisation of youth in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 1999;38:1331-9.

Veure Barret PM and Ollendick TH. *Interventions that work with children and adolescents.* Chichester: John Wiley & Sons Ltd.; 2004. p.410-1.

Veure també Kazdin AE and Weisz JR (eds): Evidence based psychoterapies for children and adolescents. Nova York: Guildford; 2003. p.301-22.

(Evidència de tipus II. *Model: Multisystemic Therapy (MST).* *Característiques:* per a adolescents amb trastorns de conducta i/o activitat delictiva. El centre d'intervenció és la família. Procediments: teràpia de família, consultes escolars, estratègies d'intervenció en grups coetanis, teràpia de parella (parets), teràpia individual. *Resultats:* millores significatives en els problemes de conducta, menys agressions a companys, més reduccions del consum de drogues, més assistència a l'escola, i menys risc de detencions si es comparen amb casos atesos usualment en centres de salut mental. Millores significatives en les relacions familiars. Les millores al cap de 2-3 anys són significativament superiors a les dels grups de control.)

Psicoteràpia psicodinàmica

(55) Szapocznik J, Rio A, Murray E, Cohen R, Scopetta M, Rivas-Vazquez A et al. Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *J Consult Clin Psychol.* 1989;57:571-8.

(Evidència de tipus III. Comparant un grup de joc no terapèutic amb una psicoteràpia de grup psicodinàmica d'una durada de 18 mesos, l'estudi (n= 69 dels quals 35 tenien trastorns de conducta) mostra una millora significativa en els que reben el tractament psicodinàmic.)

(56) Woods J. The self-report of Andi. *Clin Chile Psicol Psychiatry.* 2006;11(2):283-92.

(Evidència de tipus IV. En el tractament residencial d'adolescents amb trastorn de conducta antisocial els conceptes psicodinàmics aporten una contribució significativa en el procés terapèutic de canvi.)

TRASTORNS DISRUPTIUS

Psicoteràpia cognitivoconductual

(57) Gonzalez JE, Nelson JR, Gutkin TB, Saunders A, Galloway A, Shwery CS. Rational emotive therapy with children and adolescents: a meta-analysis. *J Emotional Behav Disord.* 2004;12(4):222-35.

(Evidència de tipus I. Aquesta metanàlisi estudia l'efectivitat de la teràpia conductual racional emotiva en nens amb trastorns emocionals en què es valora l'ansietat, la conducta disruptiva, la irracionalitat i l'autoconcepte. La conclusió assenyalava que els efectes positius més duradors es produeixen en les conductes disruptives i que els nens se'n beneficien més que els adolescents.)

Psicoteràpia psicodinàmica

(58) Fonagy P, Target M. The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1994;33:45-55.

(Evidència de tipus II. Estudi fet en 135 nens tractats amb psicoteràpia psicodinàmica al llarg d'un any. Es va obtenir una millora significativa en un 69% dels casos. Es va veure que com més joves eren els nens, més millores significatives presentaven amb el tractament. Un tractament intensiu que obtenia bons resultats amb els nens de menys de 12 anys no donava el mateixos bons resultats amb els adolescents. El seguiment dels casos tractats a la infància va permetre observar que aquests nens, en arribar a edats posteriors, presentaven una capacitat de fer front a situacions adverses a la vida més elevada que els seus germans no tractats.)

ANORÈXIA NERVIOSA

(59) National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester (Regne Unit): British Psychological Society; 2004.

Eficàcia reconeguda: programa de rehabilitació alimentària. Intervenció sobre la família en pacients menors d'edat. Possibles psicoteràpies: cognitivoconductual, cognitivoanalítica, psicodinàmica focal, interpersonal i familiar.

Psicoteràpia psicodinàmica

(60) Crisp AH, Norton K, Gowers S, Halek C, Bowyer C, Yedham D et al. A Controlled Study of the Effect of Therapies Aimed at Adolescent and Family Psychopathology in Anorexia Nervosa. *Br J Psychiatry.* 1991;159:325-33.

(61) Gowers D, Norton K, Halek C, Vrisp AH. Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1994;15:165-177.

(62) Hall A, Crisp AH. Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: outcome at one year. *Br J Psychiatry*. 1987;151:185-91.

(Evidència de tipus II. Aquests tres estudis RCT confirmen l'eficàcia de la psicoteràpia psicodinàmica breu en trastorns de la conducta alimentària. Es produeixen millores en el pes, la recuperació de la menstruació, la identitat psicosexual i l'adaptació social.)

Psicoteràpia familiar

(63) Le Grange D. The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry*. 2005;4(3):142-6.

(Evidència de tipus I. La FBT (*family-based treatment*) s'ha anat establint al llarg dels últims 25 anys com una aproximació terapèutica important per als adolescents amb anorèxia nervosa.)

BULÍMIA NERVIOSA I TRASTORN PER AFARTAMENT

(64) National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester (Regne Unit): British Psychological Society; 2004.

Eficàcia reconeguda: 1. Tractament cognitivoconductual: 16-20 sessions durant 4-5 mesos. 2. Psicoteràpia interpersonal: primers efectes a mitjà/llarg termini.

(65) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd, 1998 [consultat: 12 de juny de 2007]. Hay PJ, Bacaltchuk J, Stefano S. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. Disponible a: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citat a Cochrane Library CD000562.

(Evidència de tipus I. Manual específic per al tractament de la bulímia nerviosa. Hi ha un gran cos d'evidència en la teràpia cognitivoconductual en la bulímia nerviosa i les síndromes similars.)

(66) Lock J. Adjusting cognitive behaviour therapy for adolescents with bulimia nervosa. Results of case series. *Am J psychother*. 2005;59:267-81.

(Evidència de tipus II. Amb la utilització d'un protocol d'adults, adaptat a adolescents amb la implicació dels pares, els resultats en una sèrie d'adolescents amb bulímia nerviosa van ser similars als esperats en una població adulta.)

ALTRES TRASTORNS DE CONDUCTA ASSOCIATS AMB TRASTORNS FISIOLÒGICS I FACTORS FÍSICS

Psicoteràpia cognitivoconductual

(66b) Mellon MW i McGrath ML. Empirically supported treatments in pediatric psychology: nocturnal enuresis. *Journal of Pediatric Psychology*. 2000; 25: 193-214.

(Evidència de tipus I. Característiques: revisió de 70 estudis, ben controlats metodològicament, des del 1970 al 2000. Resultats: els tractaments conductuals del mètode de l'alarma i l'entrenament amb llit sec, són tractaments d'eficàcia probada, amb una taxa mitjana de cura del 77,9% i del 75,3%, respectivament.)

(66c) Dobson P. Enuresis treatment in the UK. *Scan Jour Urol Nephrol*. 1999; 202:61-5

(66d) Glazener CMA i Evans JHC. Desmopressin for nocturnal enuresis in children (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 4, 1-26. 2001: Oxford. Update Software.

En Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C i Amigo Vazquez, I (eds). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Vol. 3. Madrid: Pirámide, 2003, 2006. pp 151-69.

(Evidència de tipus I. Ambdues revisions, de molt ampli abast, mostren evidència que l'alarma en detectar l'orina ha estat el tractament més eficaç per corregir l'enuresi nocturna, i que incloure tècniques de sobreaprenentatge ha estat significativament millor que no fer-ho. Igualment, l'ensinistrament amb l'alarma en el llit sec va resultar lleugerament superior al mètode convencional d'alarma)

(66e) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998- [consultat: 11 de juny de 2008]. Brazzelli M, Griffiths P. Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for defecation disorders in children. Disponible a: <http://www.update-software.com/>. Citat a Cochrane Library CD002240.

(Evidència de tipus I. Característiques: localitzaren 16 estudis aleatoritzats. N total= 843 nens amb encopresi primària o secundària, amb o sense estrenyiment. Seleccionaren 8 estudis dels 16 i compararen el tractament mèdicoconductual habitual (laxants, dieta, entrenament en ús del bany) amb el mateix procediment més el biofeedback. Resultats: afegir biofeedback al tractament mèdicoconductual habitual no millorava els resultats.)

(66f) McGrath ML, Mellon MW i Murphy L. Empirically supported treatments in pediatric psychology: constipation and encopresis. *Journ Ped Psych*. 2000; 25:225-34 en Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C i Amigo Vazquez, I (eds). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Vol. 3. Madrid: Pirámide, 2003, 2006.pp 169-77.

(Evidència de Tipus I. Revisió de 42 estudis que comparen quatre categories generals de procediments terapèutics: intervencions mèdiques, intervencions basades en biofeedback, psicoteràpia i intervencions conductuals. No s'ha trobat cap tractament que compleixi els requeriments dels tractaments ben establerts. No obstant, quatre intervencions varen ser classificades com a tractaments probablement eficaços: 1) tractament mèdic + reforç positiu + biofeedback (73%); 2) tractament mèdic + reforç positiu (51%); 3) tractament conductual + tractament mèdic (78%) i 4) tractament mèdic + biofeedback centrat en la contracció paradòxica).

Psicoteràpia psicodinàmica

(67) Moran GS, Fonagy P, Kurtz AM, Brook C. A controlled study of the psychoanalytic treatment of brittle diabetes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30:241-57.

(Evidència de tipus II. La diabetis mellitus pertany a aquesta àrea d'aplicació, encara que la diabetis no es troba mencionada en l'apartat F de la CIM-10.)

(68) Zimprich H. *Behandlungskonzepte und -resultate bei psychosomatischen Erkrankungen im Kindesalter*. A: Zimprich, H. (Hg). *Kind und Umwelt, Psychohygienische und psychosomatische Aspekte*. Viena/Nova York: Springer; 1980.

(Evidència de tipus II. Va estudiar l'eficàcia de la psicoteràpia en un ampli grup de nens sota tractament (n=170) que patien un ampli espectre de trastorns psicossomàtics -enuresi, encopresi, asma, neurodermatitis, etc. El grup de control consistia en n=100 pacients que rebien tractament farmacològic. Aquest estudi demostra particularment l'eficàcia de la teràpia psicodinàmica en nens. El tractament consistia en psicoteràpia individual i de parella o família.)

ESQUIZOFRÈNIA

Psicoteràpies en general

(69) Penadés R, Boget T, Catalán R, Gastó C, Salamero M. La rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual de la cuestión. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc*. 2002;29(6):380-4.

(70) Penadés R, Catalán R, Salamero M, Boget T, Puig O, Guarch J, Gastó C. (en procés de revisió) Cognitive Remediation Therapy for outpatients with chronic schizophrenia: a controlled and randomized trial. *Schizophr Res*. 2006;87(1-3):323-31.

(Evidència de tipus II. Rehabilitació neuropsicològica: exercicis de percepció social i interacció social adequades. Exercicis d'atenció, memòria, resolució de problemes. *Resultats*: millores significatives en proves cognitives i en conductes afins i socials, tot i que no en totes.)

(71) Hogarty GE, Kornblith SF, Greenwald D et al. Personal Therapy: a disorder relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1995;21:379-93.

(Evidència de tipus II. Teràpia de suport orientada a la realitat (introspecció). *Resultats*: adolescents. Tres sessions per setmana. Després de dos anys de seguiment, en comparació amb la teràpia psicodinàmica, presentava menys temps d'ingrés i un millor funcionament.)

(72) Cangas Díez AJ, Gil Roales-Nieto J, Peralta V. Esquizofrenia, nuevas perspectivas en la investigación. Bogotá: PSICOM; 2006.

(Evidència de tipus I. Psicoeducació familiar (complementària al fàrmac). *Resultats* (6 estudis comparatius): menys recaigudes, especialment treballant en grups multifamiliars. Psicoeducació de família i pacient. Llarga durada. Es recomanen tractaments intensius en l'ingrés a l'hospital de dia i l'ambulatori.)

TRASTORNS AUTÍSTICS

Psicoteràpia cognitivoconductual

(73) Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. *Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista*. *Rev Neurol*. 2006;43:425-38.

(Evidència de tipus I. El Grup d'Estudi assenyala que els programes conductuals i les tècniques basades en la teoria de l'aprenentatge són elements fonamentals per al suport a les persones amb autisme, tant per fomentar-

ne el desenvolupament com per afrontar els problemes del comportament. Així mateix, dóna suport a l'aplicació personalitzada de tècniques adaptades de teràpia cognitivoconductual i suport emocional a persones amb trastorns d'Asperger o autisme amb un nivell de funcionament elevat.)

(74) White AH. Cognitive behavioural therapy in children with autistic spectrum disorder. Londres: Bazian Ltd (Editors), Wessex Institute for Health Research and Development, University of Southampton;2004. p.12.

(Evidència de tipus I. En aquesta revisió es troba evidència respecte al fet que la teràpia cognitivoconductual és una opció de tractament factible amb un bon funcionament en nens amb trastorns de l'espectre autista.)

(75) Sansosti FJ, Powell-Smith KA, Kincaid D. A research synthesis of social story interventions for children with autism spectrum disorders. Focus Autism Other Dev Disabl. 2004;19(4):194-204.

(Evidència de tipus I. En aquesta revisió es comprova l'efectivitat en l'educació de nens amb espectre autista del model d'històries socials.)

Psicoteràpia conductual

(76) Doughty C. What is the evidence for the effectiveness of behavioural and skill-based early intervention in young children with autism spectrum disorder (ASD)? New Zeland Health Technology Assessment (NZHTA); 2004.

(Evidència de tipus I. Hi ha una evidència preliminar sobre l'efectivitat de la teràpia conductual i les tècniques d'intervenció precoç en els nens amb trastorn de l'espectre autista. El tractament conductual intensiu té efectes positius en la mesura del QI, llenguatge expressiu, comprensió i comunicació. La intervenció precoç que utilitza un apropament al desenvolupament social pot ser un model efectiu de tractament.)

(77) Campbell JM. Efficacy of behavioral interventions for reducing problem behavior in persons with autism: a quantitative synthesis of single-subject research. Res Dev Disabil. 2003;24(2):120-138.

(Evidència de tipus I. En aquesta revisió es comprova que les intervencions conductuals produeixen millories en persones amb autisme, sobretot en els tractaments basats en l'anàlisi funcional experimental.)

Psicoteràpia psicodinàmica

(78) Alvarez A. Zum Leben wiederfinden. Psychoanalytische Psychotherapie mit autistischen, Borderlinevernachlässigten und mißbrauchten Kindern. Frankfurt: Brandes & Apsel; 2001.

(79) Ogden T. The Primitive Edge of Experience. Nova Jersey: Jasón Aronson Inc; 1989.

(80) Tustin F. Autism and childhood psychosis. Londres: Hogarth Press; 1972.

(81) Tustin F. Autistic Barriers in Neurotic Patients. Londres: Routledge; 1986.

(Evidència de tipus V. Aquests quatre articles contenen nombrosos casos únics d'autisme tractats psicodinàmicament. Cal una millor elaboració dels treballs i més nombre de casos per constituir un grup suficient per dur a terme una recerca.)

TRASTORNS DE PERSONALITAT

(82) Guile JM, Greenfield B, Breton JJ, Cohen D, Labelle R. Is psychotherapy effective for borderline adolescents? Clin Neuropsychiatry. 2005;2(5):277-82.

(Evidència de tipus I. Anàlisi que inclou estudis amb tractaments cognitivoconductual, dialecticoconductual i psicodinàmic. No es troben diferències significatives respecte als símptomes psiquiàtrics, intents de suïcidi i reingressos. Però són necessaris més estudis per aclarir la comprensió dels efectes.)

MALTRACTAMENT INFANTIL

(83) Skowron E, Reinemann DH. Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: a meta-analysis. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 2005;42(1):52-71.

(Evidència de tipus I. S'avalua l'efectivitat del tractament (no conductista, conductista i la combinació), en totes les formes de maltractament infantil. Els resultats suggereixen que el tractament és efectiu, però que requereix més investigació.)

(84) Ramchandani P, Jones DP. Treating psychological symptoms in sexually abused children: from research findings to service provision. Br J Psychiatry. 2003;183:484-90.

(Evidència de tipus I. Metanàlisi d'estudis controlats i aleatoris en nens que han rebut abusos sexuals, als quals s'ha aplicat teràpia de tipus cognitivoconductual individual i de grup, exposició a l'estrès, programes específics d'abús, teràpia familiar i psicoteràpia de grup. Es comprova que el tractament és eficaç i que millora els símptomes psicològics del nen, i que constitueix una prioritat proporcionar la seguretat immediata als nens que tenen una experiència d'abús sexual.)

(85) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultat: 12 de juny de 2007]. Macdonald GM, Higgins JP, Ramchandani P. Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. Disponible a: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citat a Cochrane Library CD001930.

(Evidència de tipus I. La revisió confirma el potencial de la teràpia cognitivoconductual com un mitjà per dirigir les conseqüències adverses de l'abús sexual infantil.)

(86) Lieberman AF, Ghosh Ippen C, van Horn P. Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(8):913-8.

(Evidència de tipus II. Un any de tractament amb psicoteràpia pares-fills a nens de 3 a 5 anys traumatitzats i amb sis mesos de seguiment. Aquest estudi aporta una evidència addicional de l'eficàcia i durabilitat del tractament en aquesta població, però no és significatiu en els símptomes de les mares.)

DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL

(87) McAdam DB, Sherman JA, Sheldon JB, Napolitano DA. Behavioral interventions to reduce the pica of persons with developmental disabilities. *Behav Modif*. 2004;28(1):45-72.

(Evidència de tipus I. En nens amb trastorns del desenvolupament i que presenten pica s'apliquen models d'intervencions conductuals: reforçament diferencial d'altres conductes, atenció o contingent i supercorrecció. Hi ha evidència per la seva efectivitat i acceptabilitat.)

ADDICCIONS

Comparació de tractaments

(88) Waldron HB, Kaminer Y. On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*. 2004;99:93-105.

(89) Waldron HB, Kern-Jones S. Treatment of substance abuse disorders in children and adolescents. A: Barret P, Ollendick TH (eds). *Interventions that work with children and adolescents*. Chichester: John Wiley & Sons; 2004. p.329-42.

(Evidència de tipus I. Els procediments cognitius conductuals han demostrat eficàcia, amb millores significatives en una tercera part dels casos. La majoria s'han fet per addiccions al cànnabis. Els tractaments poden ser efectius tant individualment com en grup. Hi ha estudis que alerten de la possible iatrogènia dels grups d'adolescents. La teràpia de família sembla més eficaç que la teràpia cognitivoconductual individual.)

(90) Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J, Liddle H, Titus JC, Kaminer Y, Webb C, Hamilton N i Funk R. The cannabis youth treatment (CYT) study: main findings from two randomized trials. *Journ Subs abus Treat*. 2004:197-213 en Barret P, Ollendick T (eds). *Handbook of interventions that work with children and adolescents*. Chichester: John Wiley & Sons; 2005. p.333-4.

(Evidència de tipus I. **Cannaby Youth Treatment Study**. *Característiques*: Estudi de 600 adolescents amb abús o dependència de cànnabis. S'hi comparen cinc intervencions: potenciació motivacional individual, teràpia cognitivoconductual en grup, psicoeducació familiar, reforçament comunitari adolescent individual, i teràpia familiar multidimensional. *Resultats*: les cinc intervencions aconseguen reduccions significatives del consum de cànnabis i de les seves conseqüències negatives al cap de tres mesos del tractament. Les millores es mantenen al cap de dotze mesos. També hi ha millores en problemes de conducta, familiars i escolars, violència i activitats il·legals. Els resultats generals es decanten a favor de la teràpia cognitivoconductual i la intervenció familiar conjunta.)

Entrevista motivacional breu

(91) Grenard JL, Ames SL, Pentz MA, Sussman S. Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems. *Int J Adolesc Med Health*. 2006;18(1):53-67.

(Evidència de tipus I. Revisió d'estudis sobre l'entrevista motivacional breu en adolescents i adults joves amb problemes relacionats amb les drogues. Es demostra que pot ser efectiu en aquestes poblacions, però que no estan ben identificats els components necessaris per a l'èxit.)

Teràpia familiar

(92) Ozechowski TJ, Liddle HA. Family-based therapy for adolescents drug abuse: Knows and unknowns. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2000;3:269-98.

(Evidència de tipus I. Es revisen 12 estudis clínics, intervenint tots en teràpia de família. En tots hi ha millores significatives. En 7 estudis es dedueix que la teràpia de família és més eficaç en la reducció del consum de cànnabis que la teràpia cognitivoconductual individual, les intervencions en grup o la psicoeducació familiar. En 6 dels 7 estudis els beneficis obtinguts es mantenen de 6 a 12 mesos després.)

ANNEX 2

Psicoteràpia per als adults

PREVENCIÓ

(93) Cuijpers P, Van SA, Smit F. Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *J Nerv Ment Dis.* 2005;193(2):119-25.

(Evidència de tipus I. Aquesta revisió inclou estudis sobre sessions de grup, interrogatori, aconsellament, teràpia cognitivoconductual, entrenament parental, reducció de conflictes, afrontament i teràpia interpersonal. En els estudis es van incloure persones amb símptomes depressius, adolescents amb depressió subclínica, estudiants d'universitat amb una alta puntuació en l'Attributional Style Questionnaire, dones amb risc de depressió postpart, fills de pares divorciats, pacients d'atenció primària, pacients sense trastorn depressiu major i pacients que han tingut experiències traumàtiques, accidents de trànsit i crims violents. Tot i la gran heterogeneïtat clínica en la revisió, la prevenció de nous casos de trastorns mentals sembla possible.)

TRASTORNS MENTALS SENSE ESPECIFICAR

Psicoteràpia psicodinàmica

(94) Cameron CL. Brief psychotherapy: a brief review. *Am J Psychother.* 2006;60:147-52.

(Evidència de tipus I. Recull d'una gran quantitat d'estudis i metanàlisis, molts aleatoritzats, sobre les intervencions breus -de 12 a 25 sessions- que mostren un grau elevat d'eficàcia i evidència.)

(95) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultat: 12 de juny de 2007]. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Disponible a: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citat a Cochrane Library CD004687.

(Evidència de tipus I. Metanàlisi de 23 estudis en 1.431 pacients amb trastorns mentals. Els autors dedueixen que la psicoteràpia psicodinàmica de curta durada promet beneficis de modestos a moderats en una varietat de pacients. Aquestes troballes s'han de interpretar amb cura.)

(96) Leichsenring F, Rabung S, Leibling E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:1208-16.

(Evidència de tipus I. Metanàlisi molt rigorós en l'aplicació dels criteris d'inclusió. La psicoteràpia psicodinàmica breu és un tractament efectiu en els trastorns psiquiàtrics.)

(97) Crits-Christoph. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 1992;149:151-8.

(Evidència de tipus I. Els resultats de la psicoteràpia dinàmica breu -12 sessions- són similars a altres psicoteràpies i medicació.)

Psicoteràpia familiar

(98) Asen E. Outcome research in family therapy. *Adv Psychiatr Treat.* 2002;8:230-8.

(Estudi que recull tot tipus d'evidència en els diferents enfocaments de la psicoteràpia familiar i en diferents patologies.)

Psicoteràpia psicodrama

(99) Wieser M. Studies on Treatment Effects of Psychodrama Therapy. A: Maciel M, Burmeister J, Baim C (eds). *Advanced Theories and Practice in Psychodrama.* Londres: Brunner/Routledge. En premsa.

(Evidència de tipus I. Es revisen 75 estudis controlats i aleatoritzats i metanàlisis, en totes les edats, amb diferents trastorns mentals, amb diferents *settings* i durada. També estudis comparatius. *Resultats:* el psicodrama té, estadísticament, efectes significatius en la majoria de les persones tractades. L'article també recull el comentari que el psicodrama ha estat acreditat pel govern i els sistemes de seguretat social a Àustria -Ottomeyer i Wieser 1996-, a Hongria -Pinter 2001- i per l'Associació Europea de Psicoteràpia -Wieser, Fontaine, Tavon i Teszary 2004.)

(100) Kipper DA, Ritchie TD. The effectiveness of psychodramatic techniques: a meta-analysis. *Group Dyn.* 2003;7:13-25.

(Evidència de tipus I. Les tècniques psicodramàtiques tenen rellevància a la pràctica clínica i, per tant, poden ser adoptades i incorporades en formes variades de psicoteràpia de grup. La inversió de papers, duplicació i jocs de rol, singularment o conjuntament, poden afegir-se a moltes formes de psicoteràpia de grup.)

Teràpies psicoeducatives

(101) Griffiths RD, Fernandez RS, Mostacchi MS, Evans V. Comparisons of educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication. JBI Reports. 2004;2(1):1-44.

(Evidència de tipus I. Aquesta revisió demostra que hi ha evidència que les intervencions educatives estructurades i aplicades en intervals freqüents poden utilitzar-se com una part del Programa de tractament de persones amb malaltia mental.)

TRASTORN DEPRESSIU MAJOR

Psicoteràpies en general i comparacions

(102) Cuijpers P, Dekker J. Psychological treatment of depression; a systematic review of meta-analyses. Ned Tijdschr Geneesk. 2005;149(34):1892-7.

(Evidència de tipus I. Revisió de metanàlisi. No hi ha evidència convincent que la teràpia cognitivoconductual sigui més efectiva que altres tractaments psicològics. Les intervencions breus psicològiques tenen més efectes. Els tractaments psicològics també són efectius en nens i adolescents. El tractament basat només en antidepressius va ser menys efectiu que la teràpia combinada amb antidepressius i intervencions psicològiques. Hi ha molt suport empíric sobre l'eficàcia dels tractaments psicològics en pacients amb trastorns depressius.)

(103) McPherson S, Cairns P, Carlyle J, Shapiro DA, Richardson P, Taylor D. The effectiveness of psychological treatments for treatment-resistant depression: a systematic review. Acta Psychiatr Scand. 2005; 111(5):331-340.

(Evidència de tipus I. Inclou un conjunt de psicoteràpies cara a cara amb una duració del tractament de 15 a 39 sessions. Es dedueix que l'efectivitat del tractament en persones amb depressió resistent al tractament és problemàtica i es necessiten més estudis. Aquests estudis haurien de considerar mesures de funció, discapacitat i qualitat de vida.)

(104) Friedman MA, Tweiler-Bedell JB, Leventhal HE, Horne R, Keitner GI, Miller IW. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for the treatment of major depressive disorder. Clin Psychol Sci Prac. 2004;11(1):47-68.

(Evidència de tipus I. S'inclouen estudis d'una varietat de psicoteràpies: cognitiva, interpersonal, autocontrol, cognitivoconductual, resolució de problemes, de suport psicodinàmic breu i tècniques d'entrenament social. Generalment 50 minuts o més, una vegada a la setmana. La combinació de tractaments aporta un petit benefici en la reducció global dels símptomes i un benefici moderat en la recuperació si es compara amb el tractament senzill.)

(105) Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. Arch Gen Psychiatry. 2004;61(7):714-9.

(Evidència de tipus I. En aquesta revisió sistemàtica es demostra que el tractament psicològic combinat amb fàrmacs antidepressius s'associa amb una milloria superior a la que s'aconsegueix només amb la medicació. En tractaments llargs l'addició de psicoteràpia ajuda els pacients a continuar el tractament.)

(106) Leichsring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. Clin Psychol Rev. 2001;21:401-19.

(Evidència de tipus I. No hi ha diferències significatives entre les psicoteràpies breus psicodinàmiques, les cognitivoconductuals i les conductuals, sobre els efectes en els símptomes depressius, la simptomatologia psiquiàtrica general i el funcionament social.)

(107) Persons JB, Thase ME, Crits-Christoph P. The role of psychotherapy in the treatment of depression: review of two practice guidelines. Arch Gen Psychiatry. 1996;53:283-90.

(Evidència de tipus I. S'examinen les guies de l'American Psychiatric Association i la Depression Guideline Panel of the Agency for Health Care Policy and Research. Es constata la vàlua de les psicoteràpies cognitiva, conductual, psicodinàmica breu i de grup en el tractament de moltes persones amb depressió greu. Té més vàlua la combinació de psicoteràpia i farmacoteràpia.)

(108) Hakkaart-van Roijen L, van Straten A, Al M, Rutten F, Donker M. Cost-utility of brief psychological treatment for depression and anxiety. Br J Psychiatry. 2006;188:323-9.

(Evidència de tipus II. La relació cost-utilitat en aquest estudi controlat i aleatoritzat no és diferent dins dels tres grups de tractament: psicoteràpia breu, teràpia cognitivoconductual i tractament habitual)

(109) De Johnge F, Kool S, Van Alast G, Dekker J, Peen J. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. J Affect Disord. 2001;64:217-29.

(110) De Jonghe F, Dekker J, Kool S, Van Aalst G, Peen J, Gijssberg Van Wijk C. Psychotherapie en/of antidepressiva bij depressie: een gerandomiseerd onderzoek. Tijdschr Psychiatr. 2002;44:237-48.

(111) De Jonghe F, Hendricksen M, van Alast G, Kool S, Peen V, Van R, van den Eijden E et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. Br J Psychiatry. 2004;185:37-45.

(Evidència de tipus II. La teràpia combinada (psicoteràpia i farmacoteràpia) és preferible a la farmacoteràpia en el tractament ambulatori de la depressió major.)

(112) Thompson LW, Gallagher D, Breckenridge JS. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. J Consult Clin Psychol. 1987;55:385-90.

(113) Gallagher-Thompson DE, Steffen AM. Comparative effects of cognitive-behavioral and briefpsychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. J Consult Clin Psychol. 1994;62: 543-9.

(114) Shapiro DA, Barkham M, Rees A, Hardy GE, Reynolds S, Startup M. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. J Consult Clin Psychol. 1994;62:522-34.

(115) Shapiro DA, Rees A, Barkham M, Hardy GE. Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. J Consult Clin Psychol. 1995;63:378-87.

(Evidència de tipus II. Tots aquests treballs aleatoritzats i controlats -*randomized and controlled study, RCT*- demostren que no hi ha diferències significatives entre la psicoteràpia psicodinàmica i la cognitivoconductual i que totes dues són eficaces en el tractament de la depressió.)

Psicoteràpia cognitivoconductual

(116) Hensley PL, Nadiga D, Uhlenhuth EH. Long-term effectiveness of cognitive therapy in major depressive disorder. Depress Anxiety. 2004;20(1):1-7.

(Evidència de tipus I. L'evidència afavoreix l'efecte a llarg termini de la teràpia cognitiva sobre la utilització única d'antidepressius tricíclics.)

(117) Jane-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. Predictors of efficacy in depression prevention programmes: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2003;183(5):384-97.

(Evidència de tipus I. Segons el resultat d'aquesta metanàlisi, els programes de prevenció conduïts per personal de salut, del tipus de conducta, cognició, competència, educació o suport social poden reduir els símptomes depressius fins a un 10%.)

(118) Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. J Affect Disord. 1998;49:59-72.

(119) Gaffan EA, Tsaoussis I, Kemp-Wheeler SM. Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression. J Consult Clin Psychol. 1995;63:966-80.

(120) DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD. Medication versus cognitive behaviour therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. Am J Psychiatry. 1999;49:774-81.

(Evidència de tipus I. Els resultats del tractament amb psicoteràpia cognitivoconductual són molt superiors als observats amb farmacoteràpia.)

(121) Jarret RB, Rush AJ. Short-term psychotherapy of depressive disorders: current status and future directions. Psychiatry. 1994;57:115-32.

(Evidència de tipus II. Els resultats de la psicoteràpia cognitivoconductual són similars o superiors a altres tipus de psicoteràpia.)

Psicoteràpia psicodinàmica

(122) Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E, Venturini A, Rosset N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. Psychiatr Serv. 2002;53:585-90.

(Evidència de tipus II. La psicoteràpia psicodinàmica combinada amb psicofàrmacs va ser més eficaç que el tractament farmacològic exclusiu.)

(123) Burnand Y, Andreoli A, Venturini A, Rosset N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. Psychiatr Serv. 2002;53:585-90.

(Evidència de tipus II. L'anàlisi d'efectivitat conclou que el tractament combinat és molt més efectiu que exclusivament la clomipramina i que es produeix una reducció de l'hospitalització. La psicoteràpia psicodinàmica és un estàndard en la teràpia antidepressiva i hi ha una bona relació cost-efectivitat en el tractament de pacients amb depressió major.)

(124) Gallagher-Thompson DE, Hanley-Peterson P, Thompson LW. Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. J Consult Clin Psychol. 1990;58:371-4.

(125) Barkham M, Rees A, Shapiro DA, Stiles WB, Agnew RM, Halstead J et al. Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: Replication of the second Sheffield psychotherapy Project. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64:1079-85.

(Evidència de tipus II. Tots aquests treballs aleatoritzats i controlats -*randomized and controlled study*, RCT- demostren l'eficàcia de la psicoteràpia psicodinàmica en la depressió.)

(126) Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum; 1988.

(Evidència de tipus II. Estudia les diferències pretractament/posttractament en el sentit de Cohen (1988). Demostra que la psicoteràpia psicodinàmica és altament efectiva per reduir la depressió (0,90-2,80) i els símptomes psiquiàtrics generals (0,79-2,65).)

Psicoteràpia interpersonal

(127) Feijo de MM, Jesus MJ de, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2005;255(2):75-82.

(Evidència de tipus I. L'eficàcia de la psicoteràpia interpersonal va ser superior al placebo i similar a la medicació. També va ser més eficaç que la teràpia cognitivoconductual. Els autors diuen que aspectes com el cost, l'experiència i l'entrenament de l'equip, i la preferència de l'equip i del pacient han de ser considerats quan s'hagi de triar entre psicoteràpia interpersonal i medicació.)

(128) Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Scott CP, Rodriguez E, Imber SD et al. Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53:913-9.

(Evidència de tipus II. Es demostra la seva eficàcia en persones amb depressió en atenció primària.)

Psicoteràpia de parella

(129) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998- [consultat: 12 de juny de 2007]. Barbato A, D'Avanzo B. Teràpia de parella para la depresión. Disponible a: <http://www.update-software.com/>. Citat a Cochrane Plus – revisió Cochrane traduïda.

(Evidència de tipus I. La dificultat matrimonial va ser significativament menor, i la seva persistència va ser significativament menys freqüent en el grup de teràpia marital que en el de tractament individual. Aquest efecte es va veure reforçat quan les parelles amb dificultats es van considerar separatament. Pot ser favorable l'elecció d'aquesta teràpia quan les dificultats matrimonials es perceben com un problema important.)

(130) Leff J, Vearnals S, Brewin CR, Wolff G, Alexander B, Asen E et al. The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry.* 2000;177:95-100.

(Evidència de tipus II. Es compara la teràpia de parella amb tractament antidepressiu. Té un avantatge significatiu la psicoteràpia de parella segons l'inventari de depressió de Beck. Pel que fa als costos dels serveis, no hi ha una diferència apreciable entre els tractaments.)

(131) Hahlweg K, Markman HJ. Effectiveness of behavioural marital therapy: empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(3): 440-7.

(131b) Jacobson NS, Martin B. Behavioral marriage therapy: current status. *Psychol Bull.* 1976;83:540-56.

(Evidència de tipus II. Aquestes dues revisions mostren que és eficaç per reduir símptomes i prevenir recaigudes.)

Psicoteràpia familiar

(132) Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA, Cardemil EV, Beevers CG. Treatment matching in the posthospital care of depressor patients. *Am J Psychiatry.* 2005;162:2131-8.

(Evidència de tipus II. Els pacients amb teràpia familiar milloren significativament dels símptomes depressius i la ideació de suïcidi en relació amb els que no segueixen aquesta teràpia.)

Psicodrama

(133) Costa EM, Antonio R, Soares MB, Moreno RA. Psychodramatic psychotherapy combined with pharmacotherapy in major depressive disorder: an open naturalistic study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28: 40-3.

(Evidència de tipus III. Els resultats suggereixen que el psicodrama individual i de grup, associat amb tractament farmacològic, comporta beneficis clínics en el tractament del trastorn depressiu. Els pacients que van participar van presentar una millora significativa en l'escala de depressió de Hamilton i en l'escala d'autoavaluació d'adequació social comparats amb els pacients del grup de control.)

Teràpies en la gent gran

(134) Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 2006;163(9):1493-501.

(Evidència de tipus I. No existeixen grans diferències en els resultats en gent gran tractada amb psicoteràpia o farmacoteràpia. El tractament d'elecció s'ha de basar en altres criteris, com ara contraindicacions, accessibilitat al tractament o les preferències del pacient.)

(135) Cole MG, Dendukuri N. The feasibility and effectiveness of brief interventions to prevent depression in older subjects: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19(11):1019-25.

(Evidència de tipus I. Alguns tipus d'intervencions breus tenen potencial per prevenir la depressió en gent gran.)

(136) Hsieh HF, Wang JJ. Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2003;40(4):335-45.

(Evidència de tipus I. Els autors apunten que la teràpia de reminiscència es pot considerar una intervenció viable, valuosa i utilitzable per reduir potencialment la depressió en gent gran.)

(137) Schulberg HC, Post EP, Raue PJ, Have TT, Miller M, Bruce ML. Treating late-life depression with interpersonal psychotherapy in the primary care sector. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(2):106-14.

(Evidència de tipus II. La psicoteràpia interpersonal és un tractament efectiu en les persones grans amb depressió tractades a l'atenció primària.)

(138) Wei W, Sambamoorthi V, Olfson M, Walkup JT, Crystal S. Use of Psychotherapy for depression in older adults. *Am J Psychiatry*. 2005;162:711-7.

(Evidència de tipus II. Reconeguda eficàcia de la psicoteràpia (4-9 mesos) en gent gran depressiva de 65 anys i més.)

(139) Lenze EJ, Dew MA, Mazumdar S, Begley AE, Cornes C, Miller MD et al. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy as Maintenance Treatment for Late-Life Depression: Effects on Social Adjustment. *Am J Psychiatry*. 2002;159:466-8.

(Evidència de tipus II. Els pacients de 60 anys i més que reben tractament amb antidepressius i psicoteràpia tenen un ajustament social millor que els que reben monoteràpia.)

(140) Miller MD, Reynolds CF 3rd. Expanding the usefulness of interpersonal psychotherapy (IPT) for depressed elders with co-morbid cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(2):101-5.

(Evidència de tipus IV. La utilitat de la psicoteràpia interpersonal ha estat documentada com un tractament de manteniment de la depressió, com a monoteràpia o en combinació amb medicació antidepressiva.)

TRASTORN DEPRESSIU DE LLEU A MODERAT

Psicoteràpia psicodinàmica breu

(141) López Rodríguez J, López Butron MA, Vargas Terrez BE, Villamil Salcedo V. Estudio doble ciego con antidepressivo, psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión leve a moderada. *Salud Ment*. 2004;27(5):53-61.

(Evidència de tipus II. El model de psicoteràpia breu de Bellak aconsegueix el mateix resultat que la farmacoteràpia, un resultat menor que la teràpia combinada i millor que el placebo. La psicoteràpia obté millor resultat en la modificació de la conducta en el trastorn depressiu. L'ús de la psicoteràpia en el tractament de la depressió és important perquè hi ha pacients que no accepten un fàrmac antidepressiu.)

Orientació (aconsellament)

(142) Chilvers C, Dewey M, Fielding K, Gretton V, Miller P, Palmer B et al. Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. *BMJ*. 2001;322:772-7.

(Evidència de tipus II. Les dades de l'estudi aleatoritzat i controlat mostren que al cap de dotze mesos l'aconsellament genèric i els antidepressius són igualment efectius en pacients amb depressió lleu o moderada. Davant la possibilitat d'elecció, molts pacients opten per l'aconsellament. Els pacients que escullen l'aconsellament obtenen un benefici més alt.)

TRASTORN BIPOLAR

Psicoteràpia en general

(143) Rizvi S, Zaretsky AE. Psychotherapy through the phases of bipolar disorder: Evidence for general efficacy and differential effects. *J Clin Psychol.* 2007;63(5):491-506.

(Evidència de tipus I. La psicoteràpia és un recurs efectiu afegit al tractament del trastorn bipolar i s'ha de proporcionar atenció a la psicoeducació, a la teràpia d'enfocament familiar, a la teràpia interpersonal i de ritme social i a la teràpia cognitivoconductual. Els resultats poden ser diferents segons quan i en quines condicions és administrada.)

(144) Miklowitz DJ. An update on the role of psychotherapy in the management of bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2006;8(6):498-503.

(Evidència de tipus I. Estudis aleatoritzats amb cinc anys de seguiment indiquen els beneficis positius de la teràpia cognitivoconductual, interpersonal, familiar i de grup psicoeducatiu, acompanyant la medicació. Ajuda a l'estabilització de les recurrències, a l'estabilitat dels símptomes i el compliment de la medicació.)

(145) Scott J, Gutierrez MJ. The current status of psychological treatments in bipolar disorders: a systematic review of relapse prevention. *Bipolar Disord.* 2004;6(6):498-503.

(Evidència de tipus I. Afegir tractaments psicològics en el cas de persones amb trastorns bipolars és acceptable, factible i redueix el risc de recaigudes. Existeixen relativament poques diferències entre els diferents tipus de teràpies.)

(146) Vieta E, Colom F. Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;(422):34-8.

(Evidència de tipus I. En les aproximacions psicològiques, i particularment en el cas de les teràpies psicoeducatives i cognitivoconductuals, hi ha evidència que són teràpies profilàctiques per a pacients bipolars que reben farmacoteràpia. Han de ser usades juntament amb la medicació perquè sigui possible prevenir els trastorns bipolars.)

Psicoteràpia interpersonal i de ritme social

(147) Eheliens CL, Frank E, Kupfer DJ. Social Zeitgebers and biological rhythms: a unified approach to understanding the etiology of depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45:948-52.

(Evidència de tipus III. Aquesta psicoteràpia formalitzada es basa en la teràpia interpersonal clàssica i incorpora un programa conductual d'automonitoratge. Ajuda les persones amb trastorn bipolar a iniciar i mantenir estils de vida caracteritzats per mantenir cicles de son i alimentació regulars amb un bon funcionament social. L'objectiu és regular les alteracions circadianes que poden provocar una recaiguda.)

Teràpia psicoeducativa

(148) Martinez-Aran A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J et al. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2004;161(2):262-70.

(148b) Colom F, Vieta E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Barcelona: Ars medica; 2004.

(Evidència de tipus II. Programa de 21 sessions que demostra ser eficaç com a complement a la medicació.)

TRASTORNS ESQUIZOFRÈNICS

Psicoteràpia cognitivoconductual

(149) Lawrence R, Bradshaw T, Mairs H. Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: a systematic review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2006;13(6):673-81.

(Evidència de tipus I. La psicoteràpia cognitivoconductual de grup psicoeducativa redueix els símptomes positius i negatius.)

(150) Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2005;77(1):1-9.

(Evidència de tipus I. En aquesta metanàlisi s'investiga l'eficàcia de la teràpia cognitivoconductual en pacients amb espectre esquizofrènic amb símptomes positius residuals que han estat tractats amb fàrmacs antipsicòtics. Aquest tractament és una aproximació prometedora que té efecte a llarg termini.)

(151) Penn DL, Waltheter EJ, Perkins DO, Mueser KT, Lieberman JA. Psychosocial Treatment for First-Episode Psychosis: A Research Update. *Am J Psychiatry*. 2005;162:2220-32.

(Evidència de tipus I. En aquesta metanàlisi es valora que les intervencions psicosocials precoces poden ser beneficioses en molts aspectes en el primer episodi de psicosis.)

(152) Munro SL, Baker JA, Playle J. Cognitive behaviour therapy within acute mental health care: a critical appraisal. *Int J Ment Health Nurs*. 2005;14(2):96-102.

(S'hi critica la investigació sobre l'efectivitat de la teràpia cognitivoconductual en els estats psicòtics aguts.)

(153) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998- [consultat: 12 de juny de 2007]. Crawford-Walker CJ, King A, Chan S. Distraction techniques for schizophrenia. Disponible a: <http://www.update-software.com/>. Citat a Cochrane Library CD004717.

(Evidència Tipus I. La tècnica de distracció és una estratègia utilitzada en tècniques cognitivoconductuals. En aquesta metanàlisi s'observa que els pocs estudis pioners són petits, curts i amb poca informació, però són més acceptables que altres tractaments més intrusius.)

(154) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998- [consultat: 12 de juny de 2007]. Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C. Teràpia cognitivoconductual para la esquizofrenia. Disponible a: <http://www.update-software.com/>. Citat a Cochrane Plus – revisió Cochrane traduïda.

(Evidència de tipus I. La teràpia cognitivoconductual (TCC) es compara amb les cures estàndard, la medicació específica, altres teràpies i la no-intervenció. És una teràpia de conversa que es considera valuosa per al tractament de les persones amb esquizofrènia. Aquesta revisió suggereix que la teràpia cognitiva pot ser d'utilitat, com a mínim a curt termini. És necessari fer avaluacions addicionals de la teràpia cognitivoconductual en diversos àmbits clínics i la inclusió de la comparació dels efectes per part dels terapeutes experts i els menys experimentats.)

(155) Tarrrier N, Wykes T. Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Behav Res Ther*. 2004;42(12):1377-401.

(Evidència de tipus I. Hi ha una bona evidència de l'eficàcia i efectivitat de la teràpia cognitivoconductual en el tractament de l'esquizofrènia.)

(156) Krabbendam L, Aleman A. Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology*. 2003;169(3-4):376-82.

(Evidència de tipus I. En aquesta metanàlisi es valora el potencial que tenen les tècniques cognitives en la realització de tasques incloses en els procediments d'entrenament.)

(157) Twamley EW, Jeste D, V, Bellack AS. A review of cognitive training in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2003;29(2):359-82.

(Evidència de tipus I. S'examina l'efectivitat diferencial de diferents intervencions d'entrenament cognitiu: no informatitzades i amb assistència informatitzada, amb estratègia d'entrenament o sense i amb adaptació a l'entorn. Es conclou que totes tenen components eficaços que intenten millorar el resultat cognitiu i el funcionament del dia a dia.)

(158) Jackson H, McGorry P, Edwards J, Hulbert C. Cognitive-ly oriented Psychotherapy for early psicosis (COPE). A: Cotton P, Jackson H (eds). *Early intervention and prevention in mental health*. Melbourne: Australyan Psychological Society; 1996. p.131-54.

(Evidència de tipus II. Model COPE per als primers brots: psicoteràpia d'orientació cognitiva per a la psicosis incipient. Psicoteràpia breu, 18 sessions de mitjana. *Resultats*: Canvis positius en l'actitud envers el tractament i la consciència de malaltia; millora dels símptomes negatius i millor funcionament psicosocial. Model STOPP per als malalts de recuperació perllongada. Psicoteràpia 1 o 2 vegades a la setmana.)

(159) Edwards J, Francey S, McGorry PD, Jackson H. Early psychosis prevention and intervention: evolution of a comprehensive community-based specialized service. *Behav Change*. 1994;11:223-32.

(160) McGorry PD. Early psychosis prevention and intervention centre. *Australas Psychiatry*. 1993;1:32-4.

(161) McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan S, Jackson HJ. Early psychosis prevention and intervention centre: an envolving system for early detection and intervention. *Schizophr Bull*. 1996;22:305-26.

(162) EPPIC. Psychoeducation in early psychosis: Manual 1 in a series of early psychosis manual. Melbourne: EPPIC Statewide Services; 1997.

(163) EPPIC. Working with families in early psychosis: Manual 2 in a series of early psychosis manual. Melbourne: EPPIC Statewide Services; 1997.

(164) EPPIC. Group work in early psychosis: Manual 4 in a series of early psychosis manual. Melbourne: EPPIC Statewide Services. En premsa.

(Evidència de tipus II. Programa EPPIC de prevenció i intervenció precoç en la psicosis. *Resultats*: al cap de tres mesos la proporció de malalts hospitalitzats va disminuir del 84% al 63%; l'estada hospitalària va baixar dels 50 als 18 dies; es va reduir la dosi de neuroleptics sense comprometre l'evolució; el 30% va romandre a la

comunitat durant l'episodi agut; la notificació de casos per a la família o amics va passar del 10 al 25% en sis mesos.)

(165) Schaub A, Böker W. Training Kognitiver und sozialer Defizite bei schizoferenen Patienten. Zentralblatt für Neurol Psychiatr. 1990: 255-77.

(166) Schaub A, Andres K, Brenner HD, Donzel G. Developing a novel coping-orientated treatment programme for schizophrenic patients. A: Brenner HD, Bjker W, Genner R (eds). Integrative Therapy of schizophrenia. Berna: Huber; 1997. p.228-51.

(167) Schaub A. Bewältigungsorientierte Grpientherapie bei schizophrenen und schizoaffektiv Erkrankten und ihren Angehörigen [Description of a coping-orientated treatment programme for schizophrenic and schizo-affective patients and their relatives]. A: Trenkman U, Lasar M (eds). Psychotherapeutische Strategien der Schizophreniebehandlung [Psychotherapeutic strategies in the treatment of schizophrenia]. Lengerich, Berlin: Pabst Science Publisher; 1997. p.95-120.

(Evidència de tipus II. Procediment estructurat i manualitzat: versió llarga amb 24 sessions al llarg de dos mesos i mig; versió breu, 16 sessions. Resultats del Programa de tractament orientat a l'afrontament: més assertivitat, menys dies d'ingrés i reducció significativa dels símptomes patològics.)

(168) Perris C. Kognitiv psykoterapi vid schizofrena sötrningar. Estocolm: Pilgrim; 1988.

(169) Perris C. Cognitive Therapy with Schizophrenic Patients. Nova York: Guilford; 1989.

(170) Perris C. Psicoterapia del paziente difficile. Lanciano, Itàlia: Métis; 1993.

(171) Perris C, Skagerlind L. La psychotherapie integrative & cognitive des jeunes schizophrenes. Synapse. 1996;124:18-26.

(Evidència de tipus II. Programa integrat de tractament amb psicoteràpia individual i grupal. Estudis naturalistes i controlats. Hi ha un bon efecte sobre els símptomes, el funcionament social i la qualitat de vida.)

Psicoteràpia psicodinàmica

(172) Gottdiener W. The benefits of psychotherapy for schizophrenic patients: a meta-analytic review of the psychotherapy outcome literature [tesis doctoral]. The New School University, TOWN; 2000.

(173) Gottdiener W, Haslam, N. The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: a meta-analytic review. Ethnical Hum Sci Serv. 2002;4:163-87.

(Evidència de tipus I. En aquesta metanàlisi s'aprecia que totes les formes de psicoteràpia individual - psicodinàmica, CBT, i de suport no psicodinàmica- estan vinculades a una millora del funcionament, però els índexs més elevats de millora estan associats a la teràpia psicodinàmica i la CBT. D'altra banda, la proporció de pacients que milloren exclusivament amb psicoteràpia és similar als que ho fan amb una combinació de psicoteràpia i psicofàrmacs. Aquest darrer punt és important per orientar que no sempre el tractament ha de començar amb psicofàrmacs. D'altra banda, hi ha pacients que no milloren amb la medicació antipsicòtica o rebutgen prendre la medicació.)

(174) Alanen Y. La esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Madrid: Fundación para la investigación de la esquizofrenia y otras psicosis; 2003.

(Evidència de tipus II. *Projecte Turku:* psicoteràpia individual i familiar més altres tipus d'intervencions; diversos estudis assenyalen l'efecte positiu en l'evolució dels malalts esquizofrènics. *Projecte finlandès:* tractament integral, incloent psicoteràpia individual i familiar; els resultats, pel que fa a la població i a la sanitat pública, confirmen la millora en l'evolució. *Projecte interescandinau:* tractament psicoterapèutic adaptat a les necessitats; és més positiva la combinació de psicoteràpia individual dinàmica amb la teràpia familiar sistèmica que amb la psicoteràpia familiar psicoeducativa.)

(175) Benedetti G. La psychothérapie des psychoses comme défi existentiel. Ramonville Saint-Agne: érès; 2002.

(Evidència de tipus II. La integració laboral: 46% satisfactòria, 36% bona. Integració social insatisfactòria, exclusivament el 2%. El percentatge de millores substancials i normalitzacions socials és superior al 80%.)

(176) Karon BP, Vandenbos, G.R. The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1972; 9:111-9.

(Evidència de tipus III. Una teràpia psicodinàmica orientada amb una mitjana de 42 sessions va ser superior al tractament de control (TAU) -tractament farmacèutic. Aquest resultat es va mantenir al cap de dos anys de seguiment.)

(177) Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F (eds.). Psychoses: Psychological approaches and their effectiveness. Londres: Gaskell; 2000.

(Conté diversos estudis amb **Evidència de tipus II, III i IV** de psicoteràpia psicodinàmica i cognitivoconductual en les psicosis.)

(178) Johannessen J, Rosenblum B, Chua L et al. Psicoterapias e intervenciones precoces en la esquizofrenia. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis; 2004.

(Conté diversos estudis amb **Evidència de tipus II i III** de psicoteràpia psicodinàmica i cognitivoconductual en les psicosis.)

(179) Reed J, Mosher LR, Bentall RP (eds). Modelos de locura. Barcelona: Herder; 2006.

(Conté diversos estudis amb **Evidència de tipus II i III** de psicoteràpia psicodinàmica i cognitivoconductual en les psicosis.)

(180) Mosher LR. Non hospital, non-drug intervention with first episode psychoses. A: Reed J, Mosher LR, Bentall RP (eds). Models of Madness. Londres: Routledge; 2004.

(Evidència de tipus II: Un estudi quasi experimental, amb grup de control, del tractament tipus Soteria Londres dels primers episodis d'esquizofrènia: és un tractament que només inclou mesures relacionals i psicoteràpia per als pacients. Segons l'estudi, els seus resultats són millors que els de les intervencions amb ingressos hospitalaris i psicofàrmacs. Un altre estudi replicat a Soteria Berna i comparat amb el Finish Collaborative Study, Projecte API .)

Psicoeducació

(181) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998- [consultat: 12 de juny de 2007]. Pekkala E, Merinder L. Psicoeducación para la esquizofrenia. Disponible a: <http://www.update-software.com/>. Citat a Cochrane Plus – revisió Cochrane traduïda.

(Evidència de tipus I. Les proves dels assajos indiquen que els enfocaments psicoeducatius són útils com a part del Programa de tractament per a les persones amb esquizofrènia i malalties relacionades. El fet que les intervencions siguin breus i de baix cost ha de fer-les atractives als gestors i als elaboradors de polítiques. Es necessiten estudis aleatoritzats més ben dissenyats, realitzats i informats que investiguin l'eficàcia de la psicoeducació.)

(182) Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. J Clin Psychiatry. 2006;67(3):443-52.

(Evidència de tipus II. Els resultats suggereixen que una intervenció relativament breu de 8 sessions psicoeducatives amb implicació familiar sistemàtica en grups simultanis pot millorar considerablement el tractament de l'esquizofrènia. La psicoeducació hauria de ser oferta rutinàriament a tots els pacients amb esquizofrènia i a les seves famílies.)

Psicoteràpia familiar

(183) Glynn SM, Cohen AN, Niv N. New challenges in family interventions for schizophrenia. Expert Rev Neurother. 2007;7(1):33-43.

(Evidència de tipus I. Aquesta metanàlisi demostra l'eficàcia de les intervencions familiars; redueix les recaigudes i la rehospitalització en l'esquizofrènia.)

(184) Gruber EN, Kajevic M, Agius M, Martic-Biocina S. Group psychotherapy for parents of patients with schizophrenia. Int J Soc Psychiatry. 2006;52(6):487-500.

(Evidència de tipus II. Psicoteràpia de grup durant quatre mesos combinant propostes psicodinàmiques, de suport i psicoeducatives. La conclusió és que aquesta combinació redueix l'alta emoció expressada -por, pena i agressivitat- en els pares i ajuda a restablir el seu equilibri psíquic i el de tot el sistema familiar.)

(185) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [consultat: 12 de juny de 2007]. Pharoah FM, Rathbone J, Mari JJ, Streiner D. Intervención familiar para la esquizofrenia. Disponible a: <http://www.update-software.com/>. Citat a Cochrane Plus – revisió Cochrane traduïda.

(Evidència de tipus I. Els paquets d'atenció per a les famílies amb un membre que pateix esquizofrènia, que inclouen educació, suport i tractament de l'emoció expressada, són freqüents. Aquesta revisió indica que aquests enfocaments poden reduir la recidiva i augmentar el compliment de la medicació, però l'efecte no és marcador i deixa als malalts, les seves famílies, els metges i els gestors/elaboradors de polítiques, les difícils decisions i pensant si els recursos s'aprofitarien millor en un altre lloc.)

(186) McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 1995;52(8):679-87.

(Evidència de tipus II. Els grups psicoeducatius de famílies múltiples són més efectius que el tractament de família singular, especialment en pacients d'alt risc de recaiguda, amb una relació cost- benefici fins a 1:34.)

- (187) Mc Farlane WR, Stastny P, Deakins S. Family-aided assertive community treatment: a comprehensive rehabilitation and intensive case management approach for persons with schizophrenic disorders. *New Dir Ment Health Serv.* 1992;53:43-51.
- (188) Liberman RP, Lillie F, Falloon IR, Harpin RE, Hutchinson W, Stoute B. Social Skills training with relapsing schizophrenics: an experimental analysis. *Behav Modif.* 1984;8:155-79.
- (Evidència de tipus II. La recidiva es redueix a la meitat.)

TRASTORN D'ANSIETAT

Psicoteràpies en general

- (189) Nordhus IH, Pallesen S. Psychological treatment of late-life anxiety: an empirical review. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(4):643-51.
- (Evidència de tipus I. En aquesta metanàlisi amb gent gran es conclou que les intervencions psicològiques produeixen millores significatives.)
- (190) Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2003;33(2):203-15.
- (Evidència de tipus I. En aquesta revisió es compara l'aconsellament amb les cures usuales en atenció primària, amb teràpia cognitivoconductual i medicació antidepressiva. L'aconsellament s'associa amb una modesta millora en els resultats a curt termini. Pot ser una addició pràctica dels serveis de salut mental en atenció primària.)

Psicoteràpia cognitivoconductual

- (191) Stein DJ, Ipser JC, Baldwin DS, Bandelow B. Treatment of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr.* 2007;12(2 suppl 3):28-35.
- (Evidència de tipus I. Es confirma en aquesta amplíssima revisió que la teràpia cognitivoconductual i els ISRS estan en la primera línia com a tractament d'elecció per al tractament del trastorn obsessivocompulsiu en adults i en nens.)
- (192) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998- [consultat: 12 de juny de 2007]. Furukawa T, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. Disponible a: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citat a Cochrane Library CD004364.
- (Evidència de tipus I. En el tractament del trastorn de pànic, amb agorafòbia o sense, la teràpia combinada de fàrmacs i psicoteràpia té millors resultats que cada una separatament, però escollir l'una o l'altra ha de dependre de les preferències del pacient.)
- (193) Kaltenthaler E, Brazier J, De NE, Tumur I, Ferriter M, Beverley C, et al. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2006;10(33).
- (Evidència de tipus I. En aquesta revisió s'avalua la teràpia cognitivoconductual informatitzada en el tractament de l'ansietat, depressió, fòbies, pànic i conductes obsessivocompulsives. Es dedueix que és efectiva en el tractament d'aquests trastorns, però que se n'ha de continuar explorant l'ús a Internet. Només hi ha un estudi de l'avaluació econòmica i resulta en termes de cost-efectivitat millor que el tractament usual en termes de qualitat ajustada per anys de vida.)
- (194) Haby MM, Donnelly M, Corry J, Vos T. Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may predict outcome. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006;40(1):9-19.
- (Evidència de tipus I. L'eficàcia de la teràpia cognitivoconductual per a la depressió i l'ansietat és menys efectiva en pacients i processos greus.)
- (195) Osborn RL, Démoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatry Med.* 2006;36(1):13-34.
- (Evidència de tipus I. El propòsit d'aquesta metanàlisi és investigar els efectes de la teràpia cognitivoconductual i l'educació del pacient amb problemes com la depressió, ansietat, dolor, funcionament físic i qualitat de vida en adults supervivents de càncer. Diversos formats de teràpia individual cognitivoconductual poden reduir l'estrès emocional i millorar la qualitat de vida.)

- (196) Mitte K. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Psychol Bull.* 2005;131(5):785-95.
- (Evidència de tipus I. En aquesta metanàlisi, en què s'inclouen 65 estudis, quan es comparen directament les dues teràpies, cognitivoconductual i farmacoteràpia, es comprova que no hi ha diferències en l'eficàcia.)

(197) Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord.* 2005;88(1):27-45.

(Evidència de tipus I. Metanàlisi amb 124 estudis. Els resultats confirmen que, efectivament, la teràpia cognitivoconductual redueix l'ansietat i la depressió i millora la qualitat de vida, que la teràpia conductual té la mateixa efectivitat que la cognitivoconductual i que els tractaments farmacològics milloren tots els símptomes dels trastorns de pànic.)

(198) Patel M, X, Baker D, Nosarti C. Injection phobia: a systematic review of psychological treatments. *Behav Cogn Psychother.* 2005;33(3):343-9.

(Evidència de tipus I. Metanàlisi de 54 treballs amb tècniques cognitivoconductuals. Les conclusions són optimistes però en conjunt la qualitat de l'evidència és pobre i la mesura de les conclusions necessita consens i més desenvolupament.)

(199) Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev.* 2004;24(8):1011-30.

(Evidència de tipus I. És una metanàlisi multidimensional sobre l'eficàcia de les intervencions psicoterapèutiques farmacològiques en el trastorn obsessivocompulsiu. Amb la teràpia conductual i cognitivoconductual individual i fàrmacs -clorimipramina i altres inhibidors de la recaptació de la serotonina- es produeix una millora substancial.)

(200) Deacon BJ, Abramowitz JS. Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *J Clin Psychol.* 2004;60(4):429-41.

(Evidència de tipus I. La metanàlisi dona suport a l'efectivitat de combinar les tècniques cognitives i conductuals en els trastorns d'ansietat.)

(201) Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003;37(6):641-56.

(Evidència de tipus I. La teràpia cognitivoconductual és més efectiva i té més bona relació cost-efectivitat que la medicació. El tractament d'elecció depèn de l'estil del clínic i de les circumstàncies del malalt. El tractament farmacològic s'ha de complementar amb teràpia cognitiva.)

(202) Sanchez MJ, Gomez CA, Mendez CFX. El tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo en Europa: un estudio meta-analítico [Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder in Europe: a meta-analytic study]. *Psicol Conduct.* 2003;11(2):213-37.

(Evidència de tipus I. En aquest estudi es presenten els resultats d'una metanàlisi sobre l'eficàcia de les intervencions psicològiques, soles o en combinació amb psicofàrmacs en el trastorn obsessivocompulsiu. Es va veure una clara eficàcia per disminuir les obsessions/compulsions, així com els símptomes de depressió, ansietat i ajustament social, tot i que aquests en menor mesura.)

(203) O'Sullivan G, Marks IM. Long-term outcome of phobic and obsessive compulsive disorders after exposure: a review chapter, A: Noyes R, Roth M, Burrows G (eds). *The treatment of anxiety: handbook of anxiety.* Amsterdam: Elsevier; 1990. p.82-108.

(Evidència de tipus II. En aquesta revisió d'una sèrie d'estudis, la millora de l'agorafòbia i la discapacitat després d'una teràpia d'exposició es mantenia al llarg de 4-8 anys.)

(204) Culpepper L. Social anxiety disorder in the primary care setting. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(12):31-37.

(Evidència de tipus III. La farmacoteràpia i la psicoteràpia, preferiblement la cognitivoconductual, poden ser efectives en el trastorn d'ansietat generalitzada.)

(205) Shear MK, Palkonis PA, Cloitre M, Leon AC. Cognitive behavioural treatment compared with non prescriptive treatment of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51:395-401.

(Evidència de tipus III. Eficàcia del tractament conductual en la reducció del símptomes fòbics.)

Psicoteràpia psicodinàmica.

(206) Milrod B, Leon AC, Busch F, Rudden M, Schwalberg M, Clarkin J et al. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry.* 2007;164(2):265-72.

(Evidència de tipus II. Els subjectes amb psicoteràpia psicodinàmica focalitzada tenen més facilitat per respondre al tractament i es demostra una eficàcia preliminar en el trastorn de pànic.)

(207) Bögels S, Wijts P, Sallaerts S. Analytic psychotherapy versus cognitive-behavioral therapy for social phobia. *European Congress for Cognitive and Behavioural Therapies.* Praga, 2003.

(208) Bögels S, Wijts P, Sallaerts S. Analytic psychotherapy versus cognitive behaviour therapy for generalised social phobia. En premsa 2004.

(**Evidència de tipus II.** En aquests dos RCT per al tractament de la fòbia social, la psicoteràpia psicodinàmica breu es va trobar igualment efectiva que la CBT.)

(209) Wiborg IM, Dahl AA. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? Arch Gen Psychiatry. 1996;53:689-94.

(**Evidència de tipus II.** Sobre trastorns de pànic, la psicoteràpia psicodinàmica combinada amb clomipramina fou significativament superior al tractament exclusiu amb clomipramina, al cap de nou mesos de seguiment, en termes de profilaxis i recaigudes -20% vs. 75%- i en un nombre de variables psicopatològiques.)

(210) Crits-Christoph P, Baranackie K, Dahlbender RW, Zobel HY. Quantitative Einschätzung interpersoneller Themen. Deutsche Manual Bearbeitung. Universität Ulm: Ulmer Textbank; 1995.

(**Evidència de tipus II.** Intervenció oberta, manualitzada. Es van demostrar progressos significatius en pacients amb trastorns generalitzats d'ansietat (GAD) que havien seguit una psicoteràpia psiconalítica. Els efectes *size pre-post* eren importants (ansietat: 0.95-1.99) i es va aconseguir un nivell semblant a l'aconseguit per les teràpies cognitives.)

(211) Chambless DL, Gillis MM. Cognitive therapy of anxiety disorders. J Consult Clin Psychol. 1993;61:248-60.

(**Evidència de tipus II.** El percentatge d'èxit terapèutic és relativament alt, del 79%.)

(212) Zitrin CM, Klein DF, Woerner MC, Ross DC. Treatment of phobias. I. Comparison of imipramine hydrochloride and placebo. Arch Gen Psychiatry. 1983;40(2):125-38.

(213) Klein DF, Zitrin CM, Woerner MC, Ross DC. Treatment of phobias. II. Behavior therapy and supportive therapy: Are there specific ingredients? Arch Gen Psychiatry. 1983;40(2):139-45.

(**Evidència de tipus II.** Aquests dos RCT sobre el tractament de l'agorafòbia, la fòbia mixta i la fòbia simple mostren que la psicoteràpia psicodinàmica combinada amb imipramina va ser tan efectiva com la teràpia conductual més imipramina.)

(214) Milrod B, Busch F, Leon AC, Shapiro T, Aronson A, Roiphe J et al. Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: A pilot study. Am J Psychiatry. 2000;157:1878-80.

(215) Milrod B, Busch F, Leon AC, Aronson A, Roiphe J, Rudden M et al. A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. J Psychother Pract Res 2001;10:239-45.

(**Evidència de tipus III.** En aquest treball obert *-open trial-*, la psicoteràpia psicodinàmica va mostrar un benefici terapèutic important que va demostrar ser estable al cap de 40 setmanes de seguiment. Aquí també els percentatges d'èxit van ser alts: 93% en finalitzar la teràpia i 90% durant el seguiment.)

(216) Bassler M, Hoffmann SO. Stationäre Psychotherapie bei Angststörungen. Ein Vergleich ihrer therapeutischen Wirksamkeit bei Patienten mit generalisierter Angststörung, Agoraphobie und Panikstörung. Psychother Psychosom Med Psychol. 1994;44:217-25.

(**Evidència de tipus III.** Assaig sense cegament *(open trial)*. Es va trobar una reducció significativa en el tret d'ansietat *-trait anxiety-*, que va romandre estable en un seguiment de sis setmanes, en pacients amb trastorns de pànic i en pacients amb agorafòbia, que havien seguit un tractament manualitzat, de 12 setmanes de durada, mentre estaven ingressats.)

(217) Svartberg M, Seltzer MH, Stiles TC, Khoo ST. Symptom improvement and its temporal course in short-term dynamic psychotherapy. A growth curve analysis. J Nerv Ment Dis. 1995;183:242-8.

(**Evidència de tipus IV.** Mostra de pacients, en els quals un 60% patien trastorns d'ansietat. Valoren la psicoteràpia psicodinàmica com a considerablement efectiva, ja que redueix els símptomes i aconsegueix una millora clínica significativa en un 75% dels pacients.)

Psicoteràpia de grup psicodinàmica

(218) Knijnik DZ, Kapczinski F, Chachamovich E, Margis R, Eizirik CL. Psicoterapia psicodinàmica en grupo para fobia social generalizada. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26:77-81.

(**Evidència de tipus II.** Aquest estudi aleatoritzat demostra que la psicoteràpia de grup psicodinàmica -12 sessions- va ser superior al grup de control tractat amb placebo.)

Psicoteràpia familiar

(219) Shadish WR, Baldwin SA. Meta-analysis of MFT interventions. J Marital Fam Ther. 2003; 29(4):547-70.

(**Evidència de tipus I.** Revisió de 20 metanàlisis de teràpia de parella i familiar. Queda demostrada l'eficàcia d'ambdós formats per al tractament de parelles angoixades i l'enriquiment de matrimonis i famílies.)

TRASTORNS PER ESTRÈS POSTTRAUMÀTIC I TRASTORNS ADAPTATIUS

Psicoteràpies en general

(220) Katon WJ, Zatzick D, Bond G, Williams J Jr. Dissemination of evidence-based mental health interventions: Importance to the trauma field. *J Trauma Stress*. 2006;19:611-23.

(Evidència de tipus II. Aquest estudi aleatoritzat i controlat ha establert l'eficàcia de la psicoteràpia i del tractament medicamentós per al trastorn de l'estrès posttraumàtic.)

(221) Sherman JJ. Effects of psychotherapeutics treatments for PTSD: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Trauma Stress*. 1998;11:413-35.

(Evidència de tipus I. En persones amb trastorn per estrès posttraumàtic -veterans de guerra- els resultats mostren una reducció de símptomes amb el tractament psicoterapèutic, fins i tot conductual, cognitiu i psicodinàmic.)

(222) Aulagnier M, Verger P, Rouillon F. Efficacite du "debriefing psychologique" dans la prevention des troubles psychologiques post-traumatiques [Efficiency of psychological debriefing in preventing post-traumatic stress disorders]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2004;52(1):67-79.

(Estudis referits a adults, amb una sola sessió de debriefing psicològic al mes següent a la catàstrofe, conclouen que quan es fa, mitjançant un procés de rememoració, una reexposició al traumatisme, es pot interferir en els processos emocionals de tornada a la normalitat.)

Psicoteràpia cognitivoconductual

(223) Seidler GH, Wagner FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med*. 2006;36(11):1515-22.

(Evidència de tipus I. Tots dos mètodes -desensibilització i reprocessament pel moviment de l'ull i teràpia cognitivoconductual focalitzada en el trauma- són igualment eficaços en el tractament del trastorn per estrès posttraumàtic.)

(224) Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):214-27.

(Evidència de tipus I. En aquesta metanàlisi hi ha estudis sobre teràpies d'exposició, cognitivoconductual amb exposició o sense, i desensibilització i reprocessament amb moviment de l'ull. Els autors conclouen que, tot i que en estudis aleatoritzats una varietat de tractaments de psicoteràpia són altament efectius per al trastorn per estrès posttraumàtic, es troben limitacions en la recerca disponible.)

(225) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998- [consultat: 12 de juny de 2007]. Bisson J, Andrew M. Tratamiento psicológico del trastorno por estrés postraumático (EPT). Disponible a: <http://www.update-software.com/>. Citat a Cochrane Plus – revisió Cochrane traduïda.

(Evidència de tipus I. La teràpia cognitivoconductual centrada en el trauma (TCCCT) individual, el tractament de l'estrès i la TCCCT grupal són eficaces en el tractament de l'EPT. Altres tractaments psicològics no centrats en el trauma no van reduir els símptomes d'EPT tan significativament. Hi va haver algunes proves en què la TCCCT individual va ser millor que el tractament de l'estrès en tractar l'EPT en un període de dos a cinc mesos de seguiment del tractament, i també que la TCCCT va ser més eficaç que altres tractaments. No hi va haver proves suficients per determinar si el tractament psicològic és perjudicial. Hi va haver més renúncia d'algunes proves en els grups de tractament actiu.)

(226) Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. EMDR for treatment of post-traumatic stress disorder. Report 2004.

(Evidència de tipus I. Aquesta revisió es refereix a la tècnica EMDR de Shapiro, desensibilització i reprocessament pel moviment de l'ull. És una activitat similar al REM -moviment ràpid de l'ull que s'experimenta durant el procés del son- en què es processen idees i es resolen conflictes. La conclusió és que hi ha nombrosos estudis científics que determinen que la tècnica EMDR és efectiva.)

(227) Lewis SJ. Do one-shot preventive interventions for PTSD work: a systematic research synthesis of psychological debriefings. *Aggression and Violent Behav*. 2003;8(3):329-43.

(Evidència de tipus I. Aquesta revisió sistemàtica estudia la intervenció preventiva per mitigar les reaccions d'estrès agut i prevenir el desenvolupament del trastorn d'estrès posttraumàtic. Es comprova l'efecte de contenció i es demostra l'efectivitat de nombroses variants de la intervenció (debriefing) psicològica.)

(228) Rose S, Bisson J, Wessely S. A systematic review of single-session psychological interventions (debriefing) following trauma. *Psychother Psychosom*. 2003;72(4):176-84.

(En aquesta revisió sistemàtica es valoren estudis d'intervencions individuals o de parella en sessió única. Els autors suggereixen que l'optimisme primerenc per la intervenció psicològica precoç i breu, incloent-hi el debriefing, estava fora de lloc i que no se n'ha de defensar l'ús rutinari.)

Psicoteràpia psicodinàmica

(229) Piper WE, McCallum M, Joyce AS, Ogrodniczuk J. Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *Int J Group Psychother.* 2001;51:525-52.

(Evidència de tipus II. En el tractament de reaccions de dol patològic complexes davant experiències de pèrdua, la psicoteràpia grupal d'orientació psicodinàmica va demostrar ser significativament més efectiva que una psicoteràpia de grup de suport.)

(230) McCallum M, Piper WE. A controlled study of effectiveness and patient suitability for short-term group psychotherapy. *Int J Group Psychother.* 1990;40:431-52.

(Evidència de tipus II. En tractar reaccions de dol patològic a situacions de pèrdua, es van trobar que la psicoteràpia grupal d'orientació psicodinàmica va ser significativament superior en un grup de control.)

(231) Brom D, Kleber RJ, Defares PB. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol.* 1989;57:607-12.

(Evidència de tipus II. El tractament del PTSD amb psicoteràpia psicodinàmica va ser tan efectiu com la teràpia conductual -*systematic desensibilization*-, i les dues formes de teràpia foren superiors a un grup de control en llista d'espera.)

(232) Horowitz MJ, Weiss DS, Kaltreider N, Krupnick J, Marmar C, Wilner N et al. Reaction to the death of a parent: results from patients and field subjects. *J Nerv Ment Dis.* 1984;172:383-92.

(Evidència de tipus II. Els símptomes d'una reacció de dol patològica es van igualar a les condicions d'un grup control normal -mostra aleatòria després de la mort d'un dels pares.)

(233) Holm-Hadulla R, Kiefer L, Sessar W. Zur Effektivität tiefenpsychologisch fundierter Kurz- und Psychotherapien. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 1997;47:271-8.

(Evidència de tipus III. En pacients que pateixen trastorns adaptatius -amb criteris DSM-III-R. Aquest estudi reporta importants efectes terapèutics amb psicoteràpia psicodinàmica que excedeixen amb escreix els d'un grup no tractat.)

(234) Jones EE, Cumming JD, Horowitz MJ. Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56:48-55.

(Evidència de tipus III. Estudi d'una intervenció oberta sobre els efectes de la psicoteràpia psicodinàmica. Van demostrar efectes significatius que van romandre estables després del tractament.)

Psicodrama

(235) Ragsdale KG, Cox RD, Finn P, Eisler RM. Effectiveness of short-term specialized inpatient treatment for war-related posttraumatic stress disorder: A role for adventure-based counseling and psychodrama. *J Trauma Stress.* 2005;9:269-83.

(Evidència de tipus II. Hi va haver millores significatives en les àrees de desesperança, sentiment de culpabilitat i llàstima, aïllament i emoció expressada.)

SUPERVIVENTS D'ABUSOS A LA INFÀNCIA

(236) Peleikis DE, Dahl AA. A systematic review of empirical studies of psychotherapy with women who were sexually abused as children. *Psychother Res.* 2005;15(3):304-15.

(Evidència de tipus I. Aquesta revisió inclou estudis en què s'ha utilitzat teràpia individual, de grup o totes dues. No hi ha informació sobre el tipus d'intervenció. El resultat és que la psicoteràpia per a dones que van patir abusos sexuals quan eren nenes evidencia una millora moderada que persisteix en el temps en estudis controlats.)

(237) Higgins Kessler MR, White MB, Nelson BS. Group treatments for women sexually abused as children: a review of the literature and recommendations for future outcome research. *Child Abuse Negl.* 2003;27(9):1045-61.

(Evidència de tipus I. En aquesta revisió es valora que molts estudis han evidenciat que el tractament de grup pot ser efectiu en la recuperació de dones supervivents d'un abús sexual a la infància.)

(238) Ryan R, French S. Assessing long-term therapy for the treatment of adult survivors of childhood abuse. Clayton, Victoria: Centre for Clinical Effectiveness (CCE); 2003.

(Evidència de tipus I. En aquesta revisió s'estudia l'efectivitat de l'aconsellament o la psicoteràpia de llarga durada: més de sis mesos vs. no tractament o tractament de curta durada; menys de sis mesos en persones adultes que han sofert un abús a la infantesa. Els estudis reporten efectes beneficiosos. Els homes obtenen un benefici més important en la llarga durada, i els beneficis per a les dones són similars a la llarga i la curta durada.)

TRASTORN PER DEFICIT D'ATENCIÓ

Teràpia cognitivoconductual

(239) Rostain AL, Ramsay JR. A combined treatment approach for adults with ADHD-results of an open study of 43 patients. J Atten Disord. 2006;10(2):150-9.

(Evidència de tipus III. Els resultats indiquen que la combinació de tractament farmacològic amb teràpia cognitivoconductual determina millores significatives en totes les mesures clíniques.)

FACTORS PSICOLÒGICS I SOCIALS EN EL TRASTORN SOMÀTIC

Psicoteràpia cognitivoconductual

(239b) Sumathipala A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? a critical review of previous intervention studies. Psychosomatic Medicine. 2007; 69: 889-900.

(Evidència de tipus I. Els estudis es van dur a terme a nivell d'atenció primària, secundària i terciària. Es van aplicar tres tipus d'intervencions (medicació antidepressiva, teràpia cognitivo conductual (CBT), i altres intervencions no específiques) per valorar l'evidència en l'eficàcia del tractament per pacients amb símptomes mèdics inexplicats. La CBT va mostrar el nivell d'evidència tipus I comparada amb els altres acostaments. Les conclusions assenyalen que la CBT és eficaç pels síndromes sintomàtics o per la categoria més ampla de símptomes mèdics inexplicats, reduint símptomes físics, dolor psicològic, i invalidesa. La majoria d'assajos van avaluar només resultats a curt termini. L'ús de procediments divergents en la selecció, en les intervencions, en la mesura de resultats, en els instruments, així com altres diferències metodològiques que es van observar en els estudis dificulta la validesa de la comparació dels efectes del tractament en aquests estudis).

(239c) Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. Psychosomatic Medicine. 2007; 69: 881-888.

(Evidència de tipus I. L'objectiu d'aquesta revisió era valorar el grau d'evidència dels tractaments en un total de 34 assajos clínics aleatoritzats (RCTs) que involucren a 3922 pacients amb trastorns somatomòrfics. Els articles revisats abarquen de 1966 a 2006. Els resultats indiquen que la teràpia cognitivo conductual (CBT) és eficaç en la majoria dels estudis, essent per tant un tractament ben establert per una varietat de trastorns somatomòrfics, excepte pels trastorns conversius. Així mateix existeix evidència consistent en la seva utilització en processos atesos pel metge d'atenció primària. A les conclusions d'aquesta revisió també es menciona l'existència d'una evidència preliminar però que encara no és conclusiva per l'ús dels antidepressius).

Psicoteràpia psicodinàmica

(240) Beutel M, Thiede R, Wiltink J, Sobez I. Effectiveness of behavioral and psychodynamic in-patient treatment of severe obesity - first results from a randomized study. Int J Obes Relat Metab Disord. 2001; 25 suppl 1:S96-8.

(Evidència de tipus II. En el tractament del sobrepès, la psicoteràpia psicodinàmica i la CBT es van mostrar igualment efectius.)

(241) Sjödin I, Svedlund J, Ottosson J, Dotevall G. Controlled study of psychotherapy in chronic peptic ulcer disease. Psychosomatics. 1986;27:187-96.

(Evidència de tipus III. Pacients amb psicoteràpia psicodinàmica de tres mesos de durada amb úlcera pèptica, que també rebien medicació, van millorar de manera significativament superior, al cap de 15 mesos de seguiment, als pacients que rebien exclusivament tractament mèdic.)

(242) Deter HC. Cost-benefit analysis of psychosomatic therapy in asthma. J Psychosom Res. 1986;30: 173-82.

(Evidència de tipus III. En pacients d'asma, la psicoteràpia psicodinàmica grupal va ser significativament superior a un grup de control no tractat. El tractament es va perllongar un any, fet que l'acosta més a una psicoteràpia a mitjà termini que no pas a una psicoteràpia breu.)

(243) Svedlund J, Sjödin I, Ottosson JO, Dotevall G. Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome. Lancet. 1983;10:589-92.

- (244) Guthrie E, Creed F, Dawson D, Tomenson B. A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 1991;100:450-7.
- (245) Baldoni F, Baldaro B, Trombini G. Psychotherapeutic perspectives in urethral syndrome. *Stress Med*. 1995;11:79-84.
- (246) Hamilton J, Guthrie E, Creed F, Thompson D, Tomenson B, Bennett R et al. A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia. *Gastroenterology*. 2000;119:661-9.
- (247) Monsen K, Monsen TJ. Chronic pain and psychodynamic body therapy. *Psychotherapy*. 2000;37: 257-69.
- (Evidència de tipus II. En aquests 5 estudis RCT l'efectivitat de la psicoteràpia psicodinàmica es va demostrar en els trastorns somatomorfs. La psicoteràpia psicodinàmica fou significativament superior en una mostra de control -*treatment as usual*, TAU. Estudis de seguiment després d'entre 1 i 4 anys van demostrar resultats estables.)

TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA

Anorèxia

Psicoteràpia en general

- (248) National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester (Regne Unit): British Psychological Society; 2004.
- (Evidència de tipus I i II. Aquesta guia clínica considera tractaments psicològics que es poden utilitzar: la teràpia cognitivoanalítica, la teràpia cognitivoconductual, la psicoteràpia interpersonal, la teràpia focal psicodinàmica i intervencions familiars enfocades explícitament al trastorn de l'alimentació.)
- (249) Kaplan AS. Psychological treatments for anorexia nervosa: a review of published studies and promising new directions. *Can J Psychiatry*. 2002;47:235-42.
- (Evidència de tipus I. Aquesta revisió de treballs amb alguna metanàlisis arriba a conclusions crítiques en el sentit que hi ha poca evidència empírica a l'hora de decidir utilitzar tractaments psicològics per a l'anorèxia nervosa.)
- (250) Robinson PH. Review article: recognition and treatment of eating disorders in primary and secondary care. *Aliment Pharmacol Ther*. 2000;14(4):367-77.
- (Evidència de tipus I. Inclou en el tractament psicoteràpia individual, de grup o sessions de família des de les aproximacions cognitivoconductual, psicodinàmica i familiar.)

Psicoteràpia cognitivoconductual

- (251) Pike KM, Walsh BT, Vitousek K, Wilson GT, Bauer J. Cognitive Behavior Therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2003;160:2046-9.
- (Evidència de tipus II. La teràpia cognitivoconductual va ser significativament més efectiva que l'aconsellament tant en la millora aconseguida com en la prevenció de recaigudes.)
- (252) Peláez MA, Julián R, Raich RM, Durán E. Seguimiento en trastornos de la conducta alimentaria (TCA): eficacia de la terapia cognitivoconductual en la prevención de las recaídas. *C Med Psicosom*. 2002;62/63:32-42.
- (Evidència de tipus III. En aquest treball s'avalua l'eficàcia de la teràpia cognitivoconductual en la prevenció de recaigudes. Els resultats després d'un any de seguiment són que cap de les pacients va presentar recaiguda del trastorn.)

Psicoteràpia psicodinàmica

- (253) Dare C, Eisler I, Russel G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. Randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry*. 2001;178:216-21.
- (Evidència de tipus II. La psicoteràpia psicodinàmica focal -25 sessions de mitjana- va ser significativament superior a la condició de control -tractament rutinari de poc contacte. Després de la psicoteràpia psicodinàmica, un 33% dels pacients ja no tenien criteris DSM-IV per a l'anorèxia, mentre que en el grup de control el percentatge era del 5%.)
- (254) Gowers D, Norton K, Halek C, Vrisp AH. Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1994;15:165-77.

(**Evidència de tipus II.** La psicoteràpia psicodinàmica va aconseguir millores significatives en l'adaptació psicològica, social i sexual al cap de l'any i al cap de dos anys de seguiment. La millora va ser significativament superior en una mostra de control *-treatment as usual*, TAU- pel que fa a guany de pes i a l'IMC.)

(255) Hall A, Crisp AH. Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: Outcome at one year. *Br J Psychiatry*. 1987;151:185-91.

(**Evidència de tipus II.** La psicoteràpia psicodinàmica en l'anorèxia nerviosa va aconseguir millores significatives al cap d'un any de seguiment. Va ser igual d'efectiva que l'aconsellament pel que fa a la dieta en termes de guany de pes i superior en mesures d'adaptació social i sexual.)

Psicoteràpia de grup

(256) Duncan J, Kennedy SH. Impatient group treatment. A: Harper-Giuffre H, MacKenzie KR (eds). *Group Psychotherapy for Eating disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press;1992. p.149-60.

(257) Maxmen JS. Helping patients survive theories: the practice of an educative model. *Int J Group Psychother* 1984;34:355-368.

(258) Yelowles P. Group psychotherapy in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1988;7:649-55.

(**Evidència de tipus III.** Diferents modalitats de psicoteràpia de grup s'han utilitzat com a complement del tractament.)

Psicoteràpia familiar

(259) Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry*. 2001;178:216-21.

(**Evidència de tipus II.** La psicoteràpia psicodinàmica i la teràpia familiar tenen un valor específic en el tractament de pacients adults amb anorèxia.)

(260) Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E, Le Grand D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000;41(6):727-36.

(**Evidència de tipus II.** Es compara la teràpia del conjunt familiar (CFT) amb la teràpia de la família separada (SFT). En tots dos casos hi ha un progrés nutricional i psicològic considerable. Els canvis simptomàtics són més marcats en la SFT i els psicològics en la CFT.)

(261) Eisler I, Dare C, Russell G, Szmucler G, leGrange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa: a 5-years follow-up. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:1025-30.

(**Evidència de tipus II.** Es detecten beneficis a llarg termini amb les teràpies psicològiques familiars.)

(262) Russell GF, Szmucler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:1047-56.

(**Evidència de tipus II.** Els tractats amb teràpia familiar tenen millors resultats que els tractats únicament amb psicoteràpia individual.)

Bulímia

Psicoteràpia en general

(263) Thompson-Brenner H, Glass S, Western D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for bulimia nervosa. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003;10(3):269-87.

(**Evidència de tipus I.** Metanàlisi multidimensional de tècniques de psicoteràpia. Aproximadament, el 40% dels pacients que completen el tractament es recuperen completament. La teràpia individual té substancialment millors efectes que la teràpia de grup. Són necessaris estudis addicionals per testar un altre tipus de paràmetres com el nombre de sessions.)

Psicoteràpia cognitivoconductual

(264) Mitchell JE, Agras S, Wonderlich S. Treatment of bulimia nervosa: Where are and where are we going? *Int J Eat Disord*. 2007;40(2):95-101.

(**Evidència de tipus I.** La farmacoteràpia i la psicoteràpia tenen un paper en el tractament de la bulímia nerviosa, però la teràpia cognitivoconductual es manté com el tractament d'elecció.)

(265) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998- [consultat: 12 de juny de 2007]. Hay PJ, Bacaltchuk J, Stefano S. Psicoteràpia para la

bulimia nerviosa y la ingesta compulsiva. Disponible a: <http://www.update-software.com/>. Citat a Cochrane Plus – revisió Cochrane traduïda.

(Evidència de tipus I. La teràpia cognitivoconductual pot ajudar les persones amb bulímia nerviosa. Es van revisar estudis que van comparar la TCC-BN amb d'altres tipus de psicoteràpia o amb els grups de control que no van rebre cap tractament -per exemple, persones en llista d'espera per a la TCC. Es va observar que la TCC era millor que altres teràpies, i millor que cap tractament, en la reducció de la ingesta compulsiva.)

(265b) ECRI Health Technology Assessment Information Service. Evidence report. Bulimia nervosa: efficacy of available treatments. January 2006. www.bulimiaguide.org/static/report-complete.pdf

(Evidència de Tipus I. La teràpia cognitiva conductual redueix les conductes purgatives, comparada amb el no tractament, en alguns subjectes amb bulímia nerviosa –rang d'evidència moderat-. Comparada amb la farmacoteràpia l'evidència és més feble. L'evidència sobre altres aspectes, com la qualitat de vida, no permet treure conclusions. Hi ha escassa evidència que la teràpia cognitiva conductual sigui més efectiva que d'altres modalitats de psicoteràpia i altres tractaments no farmacològics, en el cas de la bulímia nerviosa.

(266) Lundgren JD, Noff-Burg S, Anderson DA. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: an empirical analysis of clinical significance. *Int J Eat Disord.* 2004;35(3):262-74.

(Evidència de tipus I. Els resultats suggereixen que la teràpia cognitivoconductual en el cas de la bulímia nerviosa produeix canvis clínics significatius.)

(267) Freeman CP, Barry F, Dunkeld-Turnbull J, Henderson A. Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1998;296:521-5.

(268) Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the BDI: twenty five years of evaluation. *Clin Psychol Red.* 1988;8:77-100.

(Evidència de tipus II. La majoria d'estudis amb teràpia cognitivoconductual assenyalen millores significatives, ja sigui amb autoinforme o amb valoració clínica.)

(269) Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa: longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behavioural therapy. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50:419-28.

(270) Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Conner ME, Doll HE, Peveler RC. A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychol Ned.* 1981;11:707-11.

(Evidència de tipus II. Es demostra que a la fi del tractament la teràpia cognitivoconductual, la psicoteràpia interpersonal i la teràpia de conducta eren eficaces per reduir el símptoma de l'afartament, però que la cognitivoconductual era més eficaç en tot el que fa referència a la millora de l'alteració d'actituds respecte a la silueta, el pes i la dieta restrictiva. Un estudi de seguiment posterior troba resultats similars entre la teràpia cognitivoconductual i la psicoteràpia interpersonal.)

(271) Lacey H. Bulimia nervosa, binge-eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long-term outcome. *Br Med J.* 1983; 2:1609-1613.

(Evidència de tipus II. Es demostra que és més eficaç que la llista d'espera.)

Psicoteràpia psicodinàmica

(272) Bachar E, Latzer Y, Kreitler S, Berry EM. Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res.* 1999;8:115-28.

(Evidència de tipus II. La psicoteràpia psicodinàmica va ser significativament superior a la teràpia purament cognitiva i a un grup de control –aconsellament nutricional. Aquestes troballes s'apliquen tant a mostres mixtes d'anorèxia i bulímia com als pacients bulímics separadament.)

(273) Fairburn C, Kirk J, O'Connor M, Cooper PJ. A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behav Res Ther.* 1986;24:629-43.

(274) Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll H, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52:304-12.

(275) Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner MV, Olmsted MP, Eagle M. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry.* 1993;150:37-46.

(Evidència de tipus II. Pel que fa a mesures específiques de símptomes nuclears -conductes d'afartament compulsiu i vòmits- es va demostrar tan efectiva com la CBT. D'altra banda, aquests estudis van mostrar que la CBT era superior a la psicoteràpia psicodinàmica en algunes mesures de psicopatologia general. No obstant això, en un seguiment de la mostra de Fairburn et al, 1986, usant un període de seguiment més llarg, la psicoteràpia psicodinàmica, la VBT i la teràpia interpersonal (IPT), es van considerar igualment efectives i totes van ser superiors en diverses mesures a la teràpia exclusivament conductual.)

Psicoteràpia de grup

(276) Laessle Rg, Zoetle C, Pirke KM. Meta-analysis of treatment studies for bulimia. *Int J eat Disord*. 1987;6:647-54.

(Evidència de tipus III. Els programes de tractament de grup que inclouen assessorament i tractaments dietètics són més eficaços.)

TRASTORNS DE LA PERSONALITAT

Psicoteràpies en general i comparacions

(277) Leichsenring F, Leibing, E. The effectiveness of psychodynamic psycho-therapy and cognitive-behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2003;160 (7):1223-32.

(Evidència de tipus I. Estudi metanalític en què es comparen els efectes de la psicoteràpia psicodinàmica i la CBT en els trastorns de la personalitat. Per a la psicoteràpia psicodinàmica es va observar un efecte total d'1,46. Els efectes eren diferencialment d'1,08 per a l'avaluació del jo i d'1,79 per a altres mesures. Específicament en el tractament dels trastorns límit de personalitat l'efecte total era d'1,31. En les tècniques d'autoavaluació l'efecte va ser d'1,00. En les altres tècniques d'avaluació va ser d'1,45. Per a la CBT l'efecte total va ser d'1,00. En les tècniques d'autoavaluació l'efecte va ser d'1,20, i en les altres tècniques d'avaluació, de 0,87. No obstant aquests resultats, els efectes de la teràpia psicodinàmica i de la CBT no són directament comparables, ja que deriven de treballs que difereixen en termes de pacients, terapeutes, mesures de resultats i altres variables. Com a conclusió, hi ha l'evidència que totes dues psicoteràpies són efectives en el tractament dels trastorns de la personalitat.)

(278) American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Psiquiatría; 2003.

(Evidència de tipus I. Està provada l'efectivitat de la psicoteràpia dels trastorns de personalitat. La major evidència és en els models cognitivoconductuals i d'orientació psicodinàmica en format de llarg i mitjà termini, sobretot en els trastorns del clúster B. El tractament psicoterapèutic és dins d'uns programes de tractament organitzats en règim ambulatori d'atenció, hospitalització de dia i, de vegades, en comunitat terapèutica.)

(279) Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2000;177:138-43.

(Evidència de tipus I. Metanàlisi que conclou que hi ha evidència de l'efectivitat, que no hi ha diferències entre les diverses psicoteràpies i que la cognitivoconductual i la psicodinàmica són especialment indicades en el clúster B.)

(280) Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2004;161:810-7.

(Evidència de tipus II. Tant la psicoteràpia dinàmica com la teràpia cognitiva tenen el seu lloc en el tractament de pacients amb trastorns de personalitat clúster C.)

Teràpia cognitivoconductual

(281) Springer T, Lohr NE, Buchtel HA, Silk KR. A preliminary report of short-term cognitive-behavioral group therapy for inpatients with personality disorders. *J Psychother Pract Res*. 1995;5:57-71.

(Evidència de tipus II. Una teràpia cognitivoconductual de temps limitat pot produir una millora significativa en una mostra de pacients hospitalitzats per diversos trastorns de la personalitat.)

Psicoteràpia psicodinàmica

(282) Berta V, de Roten Y, Drapeau M, Kramer U, Favre N, Despland JN. Clinical significance and patients' perceived change in four sessions of brief psychodynamic intervention: characteristics of early responders. *Psychol Psychother*. 2005;78:347-62.

(Evidència de tipus II. 33% de canvis clínics demostrats. 60% d'ajustament social. Els resultats es mantenen després de 3 i 6 mesos.)

(283) Svartberg M, Stiles T, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2004;161:810-7.

(Evidència de tipus II. Es va observar que la psicoteràpia psicodinàmica era igual d'efectiva que la CBT en tractar trastorns de personalitat del clúster C.)

(284) Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E et al. A randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*. 2001;21:135-8.

(Evidència de tipus II. En pacients que es van enverinar intencionalment –trastorn factici, CIM-10 F 68.1- la teràpia psicodinàmica va ser significativament superior al tractament de control (TAU), pel que fa a reduir els pensaments suïcides i els intents d'automutilació.)

(285) Bateman A, Fonagy P. The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1563-9.

(286) Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*. 2001;158:36-42.

(Evidència de tipus II. La teràpia psicodinàmica va ser significativament superior al tractament psiquiàtric estàndard.)

(287) Munroe-Blum H, Marziali E. A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *J Personal Disord*. 1995;9:190-8.

(Evidència de tipus II. La teràpia psicodinàmica va assolir efectes significatius i va ser igual d'efectiva que una teràpia alternativa de grup orientada interpersonalment.)

(288) Winston A, Laikin M, Pollack J, Samstag LW, McCullough L, Muran JC. Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1994;151:190-4.

(Evidència de tipus II. En aquests estudis aleatoritzats, controlats i manualitzats la teràpia psicodinàmica va ser significativament superior a la condició control.)

Psicoteràpia de grup

(289) Kanas N. Long-term psychodynamic group therapy for patients with personality disorders. *Int J Group Psychother*. 2006;56:245-51.

(Evidència de tipus II. Els grups de teràpia psicodinàmica són valuosos per a pacients amb trastorns de personalitat.)

TRASTORN LÍMIT DE LA PERSONALITAT

Psicoteràpies en general i comparacions

(290) McMain S, Pos AE. Advances in psychotherapy of personality disorders: a research update. *Curr Psychiatry Rep* 2007;9(1):46-52.

(Evidència de tipus I. Revisió d'articles publicats entre 2003 i 2006. La psicoteràpia psicodinàmica i la teràpia cognitivoconductual i altres variants d'aquestes aproximacions han estat avaluades i tenen resultats positius. S'han avaluat resultats positius amb diversos tipus d'intervencions terapèutiques. La major atenció la rep el trastorn límit de la personalitat. El trastorn de personalitat per evitació i el trastorn de personalitat obsessivocompulsiu també responen positivament a la psicoteràpia.)

(291) Brazier J, Tumor I, Holmes M, Ferriter M, Parry G, Dent-Brown K, Paisley S. Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2006;10(35):iii, ix-xii, 1-117.

(Evidència de tipus I. Publicació assumida per un membre d'INAHTA. Aquesta revisió sistemàtica valora 10 treballs sobre psicoteràpies psicològiques, inclosa la teràpia conductual dialèctica. La teràpia conductual dialèctica és més efectiva que el tractament usual i que la teràpia centrada en el client. També hi ha evidència que l'hospitalització parcial és més efectiva que el tractament usual i que la teràpia de grup interpersonal és més efectiva que la mentalització individual. La relació cost-efectivitat és millor en la teràpia conductual dialèctica, encara que hi ha limitacions en les anàlisis i una considerable necessitat d'investigació en aquesta àrea.)

(292) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998- [consultat: 12 de juny de 2007]. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Teràpies psicològiques para personas con trastorno de la personalidad borderline. Disponible a: <http://www.update-software.com/>. Citat a Cochrane Plus – revisió Cochrane traduïda.

(Evidència de tipus I. Aquesta revisió suggereix que alguns dels problemes detectats freqüentment en les persones amb trastorn límit de la personalitat poden ser abordats amb les teràpies conversacionals/conductuals; tanmateix, totes les teràpies continuen sent experimentals i els estudis són massa escassos i reduïts per inspirar una total confiança en els resultats. Aquests resultats necessiten una replicació en estudis més grans i del "món real". La teràpia dialecticoconductual (TDC) inclou components de tractament, com ara prioritzar una jerarquia dels comportaments, objectius, ajuda telefònica, entrenament d'habilitats grupals, entrenament d'habilitats conductuals, maneig de contingències, modificació cognitiva, exposició a senyals emocionals, reflexió, empatia i

acceptació. La TDC va semblar útil en una àmplia gamma de resultats, com l'ingrés a l'hospital o al centre penitenciari, però la petita dimensió dels estudis inclosos limiten la confiança en els resultats.)

(293) American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Psiquiatría; 2003.

(Evidència de tipus I. Dos enfocaments psicoterapèutics han demostrat ser eficaços en assajos controlats aleatoritzats: la teràpia psicoanalítica/psicodinàmica i la teràpia dialecticoconductual. Tres característiques clau: sessions setmanals amb psicoteràpia individual, una o més sessions grupals setmanals -grup relativament homogeni-, reunions entre els terapeutes per a consulta/supervisió. La durada del tractament és d'un any.)

(294) Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, et al. Outpatient Psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference focused psychotherapy. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:649-59.

(Evidència de tipus II. Després de tres anys de tractament -dues vegades per setmana- es redueixen els trastorns específics i psicopatològics del trastorn límit de personalitat. Però el tractament amb SFT (*schema-focused therapy*) és més efectiu que el TFP (*transference focused psychotherapy*).

Psicoteràpia psicodinàmica

(295) Spinhoven P, Giesen-Bloo J, van Dyck R, Koiman K, Arntz A. The therapeutic alliance in schema-focused therapy for borderline personality disorder. Consult Clin Psychol. 2007;75(1):104-15.

(Evidència de tipus II. Els autors conclouen que l'aliança terapèutica i les tècniques específiques poden servir per facilitar canvis i millores en els processos clínics subjacents en pacients amb trastorn límit de la personalitat.)

(296) Korner A, Gerull F, Meares R, Stevenson J. Borderline personality disorder treated with the conversational model: a replication study. Compr Psychiatry. 2006;47(5):406-11.

(Evidència de tipus II. *Model conversacional de Hobson and Meares.* Estudi amb grup de control durant 12 mesos. Cohort similar a l'estudi de Stevenson i Meares de 1992. Alt grau d'optimisme pels bons resultats.)

(297) Vinnars B, Barber JP, Noren K, allop R, Weinryb RM. Manualized supportive-expressive psychotherapy versus non manualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. Am J Psychiatry. 2005;162:1933-40.

(Evidència de tipus II. La psicoteràpia expressiva manualitzada va ser tan efectiva com la psicoteràpia psicodinàmica en la comunitat, realitzada per clínics amb experiència dinàmica.)

(298) Stevenson J, Meares R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 1992;149:358-62.

(Evidència de tipus II. Treballa amb les idees de la psicologia del jo de Kohut i les relacions d'objecte de Winnicott.)

(299) Kernberg OF, Selzer M, Koenigsberg H. Psychodynamic psychotherapy of borderline patients. Nova York: Basic Books; 1991.

(300) ClarkinJF, Yeomans FE, Kernberg OF. Psychotherapy for borderline personality. Nova York: John Wiley & Sons; 1999.

(Evidència de tipus II. Manualització: Kernberg i Clarkin. Basat en un model de desenvolupament de la personalitat, amb una amalgama de la psicologia del jo i les relacions d'objecte. Tractament generalment a llarg termini. Focus del tractament en l'aliança entre pacient i terapeuta, la vida emocional individual i les defenses.)

Teràpia conductual dialèctica

(301) Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:757-66.

(Evidència de tipus I. Les troballes repliquen els estudis previs de la teràpia conductual dialèctica i suggereixen que la seva efectivitat no pot ser raonablement atribuïda als factors generals associats als experts en psicoteràpia. La teràpia conductual dialèctica apareix com l'única efectiva per reduir els intents de suïcidi.)

(302) Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Dialectical behavioral therapy (DBT) in borderline personality disorder - early assessment briefs (Alert). Estocolm: Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU); 2005.

(Evidència de tipus I. Hi ha evidència de millora en les persones amb trastorn límit de la personalitat i els resultats romanen al llarg de dos anys. Es redueixen les necessitats d'hospitalització i es redueix l'ús de drogues en les persones amb addiccions. El cost anual per pacient baixa de 320 corones sueques a l'any a 210 corones sueques.)

(303) Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment for cronicly parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry. 1991;48:1060-4.

(304) Lenehann MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. Am J Psychiatry. 1994;151:1771-6.

(Evidència de tipus II. Un any de teràpia amb manual: una hora a la setmana de teràpia individual i dues hores i mitja setmanals d'entrenament d'habilitats en grup. L'estudi mostra una millora en la depressió, ideació suïcida i desesperació, i una millora global en l'escala de funcionament global.)

COMORBIDITAT

Patologia dual

(305) Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. Psychiatr Rehabil J. 2004;27(4):360-74.

(Evidència de tipus I. En aquest treball es revisen les intervencions psicosocials en les persones que segueixen un tractament integrat residencial ja que no responen a les intervencions comunitàries. Es comprova que en l'efectivitat del tractament individualitzat influeix el grau de motivació; per tant, s'hi apliquen estratègies com compliment del servei, ajuda al desenvolupament de la motivació, ajuda al desenvolupament d'habilitats i suports per a la recuperació.)

(306) Hesse M. Achieving abstinence by treating depression in the presence of substance-use disorders. Addict Behav. 2004;29(6):1137-41.

(Es tracta d'una metanàlisi amb pacients depressius amb abusos de substàncies, tractats, segons els estudis revisats, amb aconsellament manualitzat, teràpia cognitivoconductual i diversos tipus d'antidepressius. No hi ha evidència que les intervencions psicosocials milloren l'efectivitat del tractament antidepressiu en l'abstinència.)

(307) Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP. Corrections and revised analyses for psychotherapy in methadone maintenance patients. Arch Gen Psychiatry. 1990;47:788-9.

(308) Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. Am J Psychiatry. 1987;144:590-6.

(309) Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP, Beck AT, Blaine J et al. Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? Arch Gen Psychiatry. 1983;40:639-45.

(Evidència de tipus II. La psicoteràpia psicodinàmica va ser igual d'efectiva que la CBT a l'hora de tractar subjectes dependents de l'heroïna. Totes dues modalitats van ser superiors al TAU –aconsellament sobre drogues. Els autors van valorar els resultats en els pacients amb un trastorn addictiu dissociat de la personalitat, separatament i combinant els resultats de la CBT, ja que no hi havia diferències significatives. En els pacients amb un trastorn antisocial de la personalitat i depressió comòrbita, la psicoteràpia psicodinàmica i la CBT van produir millores significatives, quasi semblants a les produïdes en els pacients opiaciodependents, amb depressió però sense trastorn antisocial de la personalitat (efectes: 0.53 vs 0.50).)

Depressió i trastorn límit de la personalitat

Psicoteràpia en general

(310) Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy. Can J Psychiatry. 2006;51(7):453-60.

(Evidència de tipus III. El tractament combinat de psicoteràpia -una sessió setmanal durant 24 setmanes- i antidepressius és més efectiu que les monoteràpies.)

Psicoteràpia cognitivoconductual

(311) Patience DA, McGuire RJ, Scott AI, Freeman CP. The Edinburgh Primary Care Depression Study: personality disorders and outcome. Br J Psychiatry. 1995;167:324-30.

(Evidència de tipus II. El tractament amb psicoteràpia cognitivoconductual és més eficaç que altres tractaments en persones amb depressió i trastorns de la personalitat.)

Psicoteràpia psicodinàmica

(312) Kool S, Dekker J, Duijsens IJ, de Jonghe F, Puite B. Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy for depressed patients with or without personality disorders. Harv Rev Psychiatry. 2003;11:133-41.

(Evidència de tipus II. Es recomana en pacients amb depressió i trastorn de personalitat el tractament amb teràpia combinada -16 sessions de psicoteràpia psicodinàmica de suport breu i antidepressius-, i situar el focus de la psicoteràpia no en els símptomes sinó en els aspectes de relació actuals.)

(313) Hardy GE, Barkham M, Shapiro DA, Stiles WB, Rees A, Reynolds S. Impact of cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *J Clin Consult Psychol.* 1995;63:997-1004.

(Evidència de tipus II. La teràpia psicodinàmica va produir millores significatives en pacients depressius amb un trastorn comòrbid de personalitat. La teràpia psicodinàmica va comportar progressos importants tant al final de la teràpia -1.17- com al cap d'un any de seguiment -1.52-, i la CBT va generar efectes més grans -1.76 i 1.85.)

TM EN DISCAPACITAT INTEL-LECTUAL

Psicoteràpia conductual

(314) Didden R, Korzilius H, van OW, Sturmey P. Behavioral treatment of challenging behaviors in individuals with mild mental retardation: meta-analysis of single-subject research. *Am J Ment Retard.* 2006;111(4):290-8.

(Evidència de tipus I. En aquesta metanàlisi s'observa que les intervencions conductuals són efectives en les persones amb un retard mental moderat per canviar les seves conductes.)

(315) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998- [consultat: 12 de juny de 2007]. Hassiotis A, Hall I. Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with learning disabilities. Disponible a: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citat a Cochrane Library CD003406.

(Evidència de tipus I. Les intervencions basades en mètodes cognitivoconductuals -relaxació modificada, entrenament en assertivitat, resolució de problemes i maneig de l'agressivitat) tenen un impacte en la reducció de conductes agressives, però no es perllonguen més enllà dels sis mesos. L'existència d'evidència sobre l'eficàcia de les intervencions cognitivoconductuals i conductuals dirigides a l'heteroagressivitat en nens i adults amb discapacitat intel·lectual és escassa.)

(316) Prout HT, Nowak-Drabik KM. Psychotherapy with persons who have mental retardation: an evaluation of effectiveness. *Am J Ment Retard.* 2003;108(2):82-93.

(Evidència de tipus I. Metanàlisi amb un gran nombre d'estudis i diferents tipus d'intervenció. Les intervencions psicoterapèutiques s'han de considerar una part del tractament global de persones amb discapacitat intel·lectual.)

TRASTORNS PER CONSUM DE SUBSTÀNCIES

Psicoteràpies en general

(317) American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2003.

(Les intervencions psicosocials poden ser útils si són adaptades a les necessitats especials d'aquesta població de pacients. Les principals orientacions estudiades en pacients amb trastorns per consum de substàncies són la teràpia cognitivoconductual i la teràpia psicodinàmica interpersonal.)

(318) Wanigaratne S, Davis P, Pryce K, Brotchie J. The effectiveness of psychological therapies on drug misusing clients. [Internet]. National Treatment Agency for Substance Misuse, 2005 [consultat: 12 de juny de 2007]. Disponible a: <http://www.nta.nhs.uk>

(Evidència de tipus I. Aquesta revisió suggereix que hi ha una evidència significativa en l'efectivitat d'intervencions psicològiques. Particularment, l'entrevista motivacional i la prevenció de recaigudes són efectives en diverses substàncies. Les intervencions familiars també apareixen com un tractament prometedor per a una gamma de consumidors d'una varietat de substàncies).

(319) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998- [consultat: 12 de juny de 2007]. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri M, Mayet S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. Disponible a: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citat a Cochrane Library CD004147.

(Evidència de tipus I. Entre els estudis considerats, en trobem vuit amb diferents intervencions psicosocials. Els resultats indiquen que hi ha un benefici addicional afegit al tractament estàndard de manteniment amb metadona.)

(320) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4 [base de dades a Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998- [consultat: 12 de juny de 2007]. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri M, Mayet S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. Disponible a: <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>. Citat a Cochrane Library CD005031.

(Evidència de tipus I. En aquesta revisió trobem cinc intervencions psicosocials diferents. Es conclou que els tractaments psicosocials proporcionats juntament amb els tractaments farmacològics de desintoxicació són efectius en termes de perfeccionament del tractament, resultats al llarg del temps i compliment.)

(321) van Empelen P, Kok G, van Kesteren NM, van den Borne B, Bos AE, Schaalma HP. Effective methods to change sex-risk among drug users: a review of psychosocial interventions. Soc Sci Med. 2003;57(9):1593-608.

(Evidència de tipus I. En aquesta revisió s'estudien usuaris de drogues amb conductes socials de risc. S'utilitzen intervencions psicosocials o conductuals que inclouen informació, educació i psicoteràpia. Un nombre limitat d'intervencions van ser efectives en el canvi de conductes sexuals de risc amb resultats sostenibles per a la comunitat. Els programes més reeixits van incloure l'ús de múltiples teories i mètodes, la intervenció de pares i l'assaig d'habilitats.)

1. ALCOHOL

(322) Secadas Villa R, Fernández Hermida J. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. A: Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces. I: Adultos. Barcelona: Piràmide; 2003. p.114-21. Es recullen les tècniques següents:

Psicoteràpia: aproximació de reforçament comunitari (CRA)

(Evidència de tipus I. La revisió dels diferents estudis demostra que la CRA és superior al tractament estàndard. *Característiques:* el programa aplica mètodes que tenen l'objectiu de reduir el consum d'alcohol i incrementar el comportament funcional. El programa s'aplica en format grupal i/o individual tant en pacients ingressats com en consultes externes.)

Psicoteràpia cognitivoconductual

(Evidència de tipus I. L'evidència científica és extensa amb múltiples metanàlisis on es demostra superior que altres tractaments i el no-tractament. *Característiques:* se centra en l'entrenament de determinades habilitats per respondre de manera adequada als antecedents i conseqüents ambientals i individuals que fan mantenir la conducta de beure. Els dos models dominants són l'entrenament en habilitats socials i d'afrontament i la prevenció de recaigudes.)

Psicoteràpia familiar i de parella

(Evidència de tipus I. L'evidència científica de múltiples assajos demostra resultats positius. *Característiques:* Se centra en l'entrenament d'habilitats de comunicació i l'increment de la taxa de reforçament positiu en les relacions familiars per respondre de manera adequada als antecedents i conseqüents ambientals i individuals que mantenen la conducta de consum.)

Teràpia d'exposició a pistes

(Evidència de tipus II. Existència de pocs estudis. *Característiques:* se centra en el fet que estímuls originàriament neutres que precedeixen la conducta de beure poden, després de repetir-se aparellaments, arribar a ser capaços de provocar respostes condicionades de consum d'alcohol.)

Psicoteràpia de maneig de contingències

(Evidència de tipus III. Existència de pocs estudis. Es considera en fase experimental.)

Psicoteràpia psicodinàmica

(323) Kissin B, Platz A, Su WH. Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism. J Psychiatr Res. 1970;8:13-27.

(Evidència de tipus II. En un RCT sobre el tractament de la dependència alcohòlica, la psicoteràpia psicodinàmica va resultar significativament superior a un grup de control no tractat i a un grup de control tractat amb TAU –aconsellament de drogues.)

Intervenció psicològica (debríng). Entrevista motivacional

(324) Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. Alcohol Alcohol. 2006;41(3):328-35.

(Evidència de tipus I. Es tracta d'una metanàlisi d'assajos aleatoritzats i controlats sobre entrevista motivacional. La conclusió és que resulta una intervenció efectiva, però calen estudis de possibles predictors: gènere, edat, situació laboral, situació familiar, salut mental, expectatives inicials i bona disposició al canvi.)

(325) Ballesteros J, Gonzalez-Pinto A, Querejeta I, Arino J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction*. 2004;99(1):103-8.

(Evidència de tipus I. Es van incloure en el metanàlisi set estudis realitzats en atenció primària, amb intervenció breu en bevedors de risc. S'aconsegueix una reducció i la diferència de resultats entre gèneres es inapreciable.)

(326) Whitlock EP, Green CA, Polen MR, Berg A, Klein J, Siu A et al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2004;140(7):557-68.

(Evidència de tipus I. Es revisen mètodes per identificar els consumidors d'alcohol apropiats per a la intervenció breu (aconsellament conductual breu) en atenció primària. El primer que cal fer és identificar; es valora la bona qualitat de les intervencions en atenció primària de l'aconsellament conductual multicontacte per reduir el risc i el judici de l'ús de l'alcohol. Les intervencions molt breus o d'un sol contacte són les menys efectives o inefectives.)

(327) Ballesteros J, Arino J, González-Pinto A, Querejeta I. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol: metaanálisis de estudios españoles en atención primaria [Effectiveness of medical advice for reducing excessive alcohol consumption: meta-analysis of Spanish studies in primary care]. *Gac Sanit*. 2003;17(2):116-22.

(Evidència de tipus I. Els resultats d'aquesta revisió assenyalen que, al nostre país, la intervenció breu en atenció primària sobre bevedors de risc és eficaç, tot i que el seu efecte sigui només moderat.)

(328) Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003;327(7414):536-40.

(En aquesta revisió sistemàtica es valora la intervenció breu en bevedors en excés. En els estudis s'utilitzen qüestionaris per a la detecció i les intervencions breus que inclouen retroalimentació (*feedback*), informació i consell. Les conclusions assenyalen que, tot i que el consell breu pot reduir la beguda en excés, la detecció en la pràctica general no sembla ser un precursor eficaç per a l'objectiu de les intervencions breus en el consum excessiu d'alcohol. Aquesta metanàlisi planteja preguntes sobre la viabilitat de la detecció de l'ús excessiu d'alcohol a la pràctica general.)

(329) Emmen MJ, Schippers GM, Bleijenberg G, Wollersheim H. Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *BMJ*. 2004;328:318.

(L'evidència de l'efectivitat d'intervencions breus oportunistes en un hospital general encara és inconclusiva.)

2. COCAÏNA

Psicoteràpia cognitiu conductual

(322) Secadas Villa R, Fernández Hermida J. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. A: Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces. I: Adultos. Barcelona: Piràmide; 2003. p.121-6. Es recullen les tècniques següents:

Psicoteràpia: aproximació del reforçament comunitari més teràpia d'incentiu

(Evidència de tipus II. L'evidència científica de múltiples assajos demostra resultats positius. *Característiques:* Se centra en l'entrenament d'habilitats de comunicació i l'increment de la taxa de reforçament positiu en les relacions familiars. Per respondre de forma adequada als antecedents i conseqüents ambientals i individuals que mantenen la conducta addictiva més un programa de maneig de contingències en què els pacients poden guanyar punts canviabls per determinats reforçadors.)

Psicoteràpia: maneig de contingències (per la reducció del consum en PMM)

(Evidència de tipus II. L'evidència científica de múltiples assajos demostra resultats positius.)

Psicoteràpia: maneig de contingències en programes lliures de drogues.

(Evidència de tipus II.)

Psicoteràpia: cognitivoconductual d'habilitats d'afrontament. Prevenció de recaigudes.

(L'evidència científica encara està en fase d'experimentació.)

Psicoteràpia psicodinàmica

(330) Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS et al. Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. Arch Gen Psychiatry. 1999;56:493-502.

(331) Crits-Christoph P, Siqueland L, McCalmont E, Weiss RD, Gastfriend DR, Frank A et al. Impact of psychosocial treatments on associated problems of cocaine-dependent patients. J Consult Clin Psychol. 2001;69:825-30.

(Evidència de tipus II. En el tractament de la dependència de cocaïna, la psicoteràpia psicodinàmica va aconseguir una millora significativa i va ser tan efectiva com la CBT (cada una combinada amb grups d'aconsellament de drogues). Tanmateix, les dues formes de teràpia van ser inferiors a l'aconsellament de drogues individual i grupal en termes de l'ús de la droga. Aquesta diferència no es va mantenir pel que fa al progrés psicossocial.)

3. HEROÏNA

Psicoteràpia cognitiu conductual

(322) Secadas Villa R, Fernández Hermida J. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. A: Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos. Barcelona: Piràmide; 2003. p.126-130. Es recullen les tècniques següents:

Psicoteràpia: l'aproximació del reforçament comunitari

(Evidència de tipus II. L'evidència científica de múltiples assajos demostra resultats positius.)

Psicoteràpia: maneig de contingències (per a la reducció del consum en PMM)

(Evidència de tipus II. L'evidència científica de múltiples assajos demostra resultats positius.)

Psicoteràpia: maneig de contingències en programes lliures de drogues

(Evidència de tipus I.)

Psicoteràpia: exposició a pistes

(Evidència de tipus I.)

Psicoteràpia psicodinàmica

(332) Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP. Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. Am J Psychiatry. 1995;152:1302-8.

(Evidència de tipus II. En un RCT la psicoteràpia psicodinàmica va ser significativament superior al tractament estàndard.)

(333) Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP. Corrections and revised analyses for psychotherapy in methadone maintenance patients. Arch Gen Psychiatry. 1990;47:788-9.

(334) Woody GE, McLellan AT, Luborsky L und O'Brien CP. Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. Am J Psychiatry. 1987;144:590-6.

(335) Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP, Beck AT, Blaine J et al. Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? Arch Gen Psychiatry. 1983;40:639-45.

(Evidència de tipus II. En aquests RCT sobre el tractament de la dependència als opiacis, la teràpia psicodinàmica i la CBT es van mostrar igualment efectives i significativament superiors al tractament estàndard.)

4. TABAC

(336) Gil Roales-Nieto, J. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el tabaquismo. A: Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces. II: Psicología de la salud. Barcelona: Piràmide; 2003. p.287-353. Es recullen les tècniques següents:

Psicoteràpia: tècniques de sadollament

(Evidència de tipus II. L'evidència científica de múltiples assajos demostra resultats positius. *Característiques:* sadollament pel gust, fumar ràpid, retenció del fum.)

Psicoteràpia: reducció gradual de nicotina

(Evidència de tipus II. L'evidència científica de múltiples assajos demostra resultats positius.)

Psicoteràpia: programes conductuals multicomponents

(Evidència de tipus II. L'evidència científica de múltiples assajos demostra resultats positius.)

Cal destacar que en la finalització del consum de tabac també han demostrat efectivitat: el consell o l'advertiment mèdics i programes d'autotractament, autoajut i autocontrol.

ANNEX 3

Estudi del Centre per al Rendiment Econòmic

CEP. Centre per al Rendiment Econòmic. Grup d'investigació en Salut Mental. Programa Overview.

Director: professor Lord Richard Layard.

LSE, Escola Londinenca d'Economia i Ciència Política

Informe sobre la depressió. Un nou horitzó per a la depressió i els trastorns d'ansietat (19 de juny del 2006)

Resum. Dades remarcables

- Les despeses produïdes per les pensions d'incapacitat dedicades a les persones amb malaltia mental és superior a la despesa total dedicada al subsidi d'atur.
- Una de cada sis persones pateix depressió o ansietat crònica, cosa que afecta una de cada tres famílies. Es pot considerar el problema nacional més important.
- Només un de cada quatre afectats rep algun tipus de tractament (en la majoria dels casos, medicació).
- L'evidència actual ens diu que les teràpies psicològiques són tan efectives com la medicació i en la majoria del casos també són les preferides pels pacients.
- Moltes àrees tenen llistes d'espera de sis mesos.
- Un curs de psicoteràpia costa 750 lliures i es paga per si mateix amb els diners que s'estalvien en pensions d'incapacitat (750 lliures és el cost mensual d'una baixa laboral).
- Es planteja dotar d'un servei en cada àrea (prop de 200.000 habitants). Es necessiten 10.000 terapeutes i 250 serveis locals, i cal obrir 40 serveis nous fins al 2013.
- Dels 10.000 terapeutes 5.000 podrien ser psicòlegs clínics i els altres 5.000 podrien ser entrenats entre les 60.000 infermeres, treballadors socials, terapeutes ocupacionals i consellers.
- Es planteja un treball en equip. Els terapeutes han de treballar junts, en equips que incloguin terapeutes *sènior*, que puguin supervisar els terapeutes *júnior* i intervenir en la seva formació.
- A qualsevol persona que manifesti el desig d'exercir una psicoteràpia concreta se li ha d'exigir tenir un entrenament rellevant en aquesta teràpia, incloent-hi els psicòlegs clínics. Una teràpia inadequada pot ser perillosa. Hi ha d'haver dos nivells de qualificació: un per a la pràctica i l'altre per a la supervisió i formació.
- Al mateix temps és necessari que els metges de família i els diplomats en infermeria incrementin les seves habilitats per poder identificar i diagnosticar els casos de depressió i ansietat. És desitjable que alguns metges de família desenvolupin una capacitat per a la psicoteràpia en la pràctica.
- La repercussió d'aquest programa en l'NHS és triple:
 - Els diners que costa al Govern són els mateixos que s'estalvia.
 - Els beneficis financers de la societat són el doble, i els costos de tractament són els mateixos.
 - A més a més d'aquests beneficis financers es redueix el patiment.

ANNEX 4

Psicoteràpia: comparació entre diferents països

Pres de Stefan Priebe (2006). *The provision of psychotherapy – an international comparison.*

PAÍS	Nombre de psicoterapeutes	Formació exigida	Escoles de psicoteràpia	Derivació	Nombre de sessions pautades	Qualitat i avaluació de resultats
Regne Unit	38.000 membres d'associacions professionals de psicoteràpia i aconsellament, encara que no tots acreditats. 12.000 acreditats en BACP i UKCP (20 per cada 100.000 habitants). Psicoterapeutes treballant en equips multidisciplinaris de l'NHS, en organitzacions voluntàries i independentment.	Professions: psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials, infermeres i altres, amb 3-4 anys de formació addicional. Cossos d'acreditació professional, però no existeix un registre legal o requeriments per a la llicència.	Integrativa. Centrada en la persona. Psicodinàmica. Cognitivoconductual.	Metges de família, professionals de la salut.	Segons el problema: 6-40. Costos: 37-117 euros per sessió, cobert per l'NHS.	La qualitat únicament està assegurada mitjançant l'acreditació. Limitada l'avaluació de resultats (consellers CORE).
Austràlia	Aproximadament 900 psicoterapeutes i consellers registrats, 1.000 psicòlegs clínics, 900 psicòlegs consellers i 250 psiquiatres que practiquen la psicoteràpia (15 per cada 100.000 habitants).	Professions: psiquiatra, psicòlegs, treballadors socials, infermeres i altres, amb tres anys de formació addicional. Cada cos té la seva acreditació «autoregulada», però no existeix un registre legal o requeriments per a la llicència.	Psicoanàlisi/psicodinàmica. Cognitivoconductual. Integrativa.	No existeix procés formal de derivació.	No hi ha restriccions quant a la durada del tractament. No hi ha dades sobre costos.	Existència de nivells de qualitat i avaluació de resultats programa a programa.
Canadà	Nombre desconegut	Professions: psiquiatra, psicòlegs, treballadors socials, infermeres i altres, amb 3-4 anys de formació addicional.	Teràpia familiar. Centrada en el client. Psicoanàlisi/teràpia psicodinàmica.	Usualment metges de família, i altres també.	Normalment 5-7 sessions. Cost: 41-63 euros per sessió.	Condicions per a l'acreditació. L'avaluació de resultats depèn dels llocs.

PAÍS	Nombre de psicoterapeutes	Formació exigida	Escoles de Psicoteràpia	Derivació	Nombre de sessions pautades	Qualitat i avaluació resultats
França	Xifra exacta desconeguda. Aproximadament entre 8.000 i 12.000 (13-20 per cada 100.000 habitants).	Psiquiatres i psicòlegs clínics i altres entrenats amb registre estatal.	Tots els mètodes reconeguts	No existeix procés formal de derivació	No hi ha límits sobre el nombre de sessions Costos 44-59 Euros per sessió	No existeix control formal de qualitat. Control parcial a través de la societat psicoterapeuta
Alemanya	16.000 psicòlegs psicoterapeutes i 3.500 metges psicoterapeutes acreditats (24 per cada 100.000 habitants).	Psiquiatres o psicòlegs amb entrenament addicional.	Psicoanàlisi/teràpia psicodinàmica Teràpia conductual	Pròpia o professionals	Les assegurances cobreixen des d'un mínim de 25 sessions fins a un màxim de 100 77 Euros per sessió	Condicions estrictes per a l'acreditació. No existeix avaluació de resultats
Itàlia	Nombre desconegut. Treballen en equips de salut mental o en la pràctica privada.	Psiquiatres o psicòlegs amb entrenament addicional. Tots estan acreditats per l'autoritat estatal – Psicoanàlisi: 6 anys – Cognitivoconductual: 3 anys. – Teràpia familiar: 4 anys.	Psicoanàlisi/psicodinàmica Teràpia cognitiva/conductual Teràpia familiar	Pròpia o professionals	Les assegurances cobreixen de 30 a 50 sessions 70-100 Euros per sessió	No hi ha controls de qualitat ni avaluació de resultats
Holanda	Aproximadament 5.000 psicoterapeutes (30 per cada 100.000 habitants).	Professionals de la salut com a psiquiatres i psicòlegs amb 4-5 anys d'entrenament especial. No hi ha un estatut de regulació de la professió.	Psicoanàlisi. Conductual. Cognitiva. Se centra en el client.	Metges de família o treballadors de la salut.	Màxim de 25 sessions pagades per l'Estat. Contribució de 15 euros per sessió pagats pel client.	La qualitat està assegurada únicament per mitjà de l'acreditació i no hi ha avaluació de resultats. Molt recentment s'exigeixen les dades de cost-benefici del tractament.

PAÍS	Nombre de psicoterapeutes	Formació exigida	Escoles de psicoteràpia	Derivació	Nombre de sessions pautades	Qualitat i avaluació de resultats
Rússia	Aproximadament 3.287 psicoterapeutes estatals (2 per 100.000 habitants) i 6.155 psicoterapeutes privats (4 per cada 100.000 habitants).	Psiquiatres o psicòlegs metges. Els entrenaments han de ser reconeguts pel Ministeri de Salut rus.	Psicoanàlisi/ psicodinàmica. Centrada en el client. Hipnoteràpia. Cognitivoconductual. Psicoteràpia positiva. Teràpia familiar.	Metges de família, professionals de la salut o pròpia.	No hi ha limitacions, però normalment són 10 sessions. Cost: 18 euros per sessió. Pràctica privada: 29-336 euros per sessió.	Control de qualitat mitjançant la legislació de l'Estat. No es coneix l'avaluació dels resultats.
Espanya	Nombre desconegut	Professionals de la salut: psiquiatres i psicòlegs amb entrenament addicional. Fins ara no hi ha cap estatut ni regulació de la professió.	Psicoanàlisi. Conductual. Cognitiva. Orientació sistèmica. Humanística.	Psiquiatres o psicòlegs	Cos desconegut.	No hi ha controls de qualitat legals ni avaluació de resultats.
Suïssa	1.264 psiquiatres d'adults, 3.461 psicòlegs psicoterapeutes (49 per cada 100.000 habitants).	Psiquiatres (sense entrenament addicional) o psicòlegs amb dos anys d'entrenament addicional.	Psicoanàlisi. Teràpia conductual. Teràpia sistèmica.	Autoderivació.	Les assegurances cobreixen aproximadament 30 sessions. 132 euros per sessió.	Condicions per a l'acreditació. No hi ha avaluació de resultats.

ANNEX 5

Avaluacions diagnòstiques estructurals i pluridisciplinàries

Actualment hi ha algunes eines d'avaluació que van més enllà del diagnòstic exclusivament clínic, com ara la de l'Organització Mundial de la Salut, la classificació multiaxial dels trastorns psiquiàtrics en nens i adolescents, *Classificació de la CIE-10 dels trastorns mentals i del comportament en nens i adolescents*, 1996 (Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2001) o el DSM-IV (Barcelona: Masson, 2002)

Hi afegim també com a exemple d'avaluació globalitzadora:

EL DIAGNÒSTIC PENTAAXIAL (Pres de Tizón, 1994, 2001)

I. EIX DEL DIAGNÒSTIC CLINICOPSIQUIÀTRIC DSM-IV o CIE-10

II. EIX DEL DIAGNÒSTIC DE LA PERSONALITAT

(o dels trets de personalitat dominants en el cas de la clínica infantojuvenil):

- Trastorns de personalitat
- Vulnerabilitats psicològiques, ansietats i defenses bàsiques

III. EIX DEL DIAGNÒSTIC CLINICOSOMÀTIC

- Segons CIE-10 o similars
- Vulnerabilitats i factors de risc somàtics i «psicosomàtics»

IV. EIX DEL DIAGNÒSTIC SOCIAL I PSICOSOCIAL

- Situació socioeconòmica (objectiva i vivenciada)
- Situació de la «xarxa social» o «xarxa de relacions socials». Suport social del pacient o consultant
- Factors de risc psicosocial: migracions, ingressos en institucions, problemes legals, adolescents en les seves primeres separacions de la família, etc.
- «Esdeveniments vitals» estressants.

V. EIX DEL DIAGNÒSTIC RELACIONAL (psicodinàmic i/o cognitivoconductual)

- Punt de vista cognitiu
- Punt de vista «psicodinàmic»: des de les «relacions externes» de l'individu: com es relaciona amb els seus progenitors, família, amics, entorn directe, etc.
- Punt de vista psicoanalític: transferència i contratransferència, relacions internes, en el món intern del subjecte (entre desitjos, motivacions, conflictes, etc.), «relació d'objecte», etc.

ANNEX 6

Protocol d'iniciació d'una psicoteràpia psicodinàmica breu

Algoritme d'indicacions i contraindicacions (Tizón, San-José i Nadal, 1997)

1. Quadre clínic amb importants ansietats i defenses psicòtiques

1. Trastorns psicòtics paranoides
2. Esquizofrènia
3. Depressió major
4. Episodis de mania
5. Història de diversos intents de suïcidi
6. Trastorns greus de personalitat tipus trastorn antisocial, esquizotípic o passiu-agressiu
7. Trastorn per addicció a les drogues
8. Importants nuclis de perversió

Els diagnòstics clínics anteriors en principi **contraindiquen** la psicoteràpia psicodinàmica breu. Per això ha de ser matisat, almenys de la manera següent:

- 1.1. Si el pacient presenta un quadre clínic clar dels assenyalats als punts 1, 2, 3, 4 i 7: contraindicació de psicoteràpia breu.
- 1.2. Si el pacient presenta una clínica greu del tipus 5, 6, 7 o 8: contraindicació relativa.
- 1.3. Si el pacient no presenta una clínica greu d'aquests tipus o no hi pot ser diagnosticat, cal valorar el criteri següent:
2. Nuclis psicòtics importants. El pacient presenta ansietats confusionals i/o persecutòries importants manifestades per confusió, indecisió, incoordinació, inhabilitat, por, temor i desconfiança extrems, terror o cautela extrema, etc.
 - 2.1. Si el pacient presenta aquesta clínica: contraindicació de PB.
 - 2.2. Si el pacient no presenta aquesta clínica, cal valorar el criteri següent:
3. Situació reactiva aguda. Trastorns reactius secundaris a pèrdues o altres conflictes psicosocials.
 - 3.1. Si el pacient presenta una situació reactiva aguda i/o recent d'aquest tipus, es pot pensar a aplicar PB.
 - 3.2. Si no hi ha situació aguda, cal valorar el criteri següent:
4. Simptomatologia clínica i estructurada, d'imprevisible reversibilitat tant espontània com per mitjà de PB.
 - 4.1. Si es dóna el criteri: **psicoteràpia prolongada**.
 - 4.2. Si no es dóna el criteri, cal valorar el criteri següent:
5. Conservació suficient d'àrees mentals o socials no afectades.
 - 5.1. Si no hi ha àrees conservades: contraindicació de PB.
 - 5.2. Si hi ha àrees conservades, cal valorar el criteri següent:
6. Consciència mínima del conflicte, capacitat d'introspecció.
 - 6.1. No hi ha consciència.
 - 6.1.1. I no respon a les intervencions exploratòries orientades a la sensibilització del conflicte psicològic: contraindicació de PB.
 - 6.1.2. No hi ha consciència del conflicte, però confia mínimament a poder ser ajudat. Cal valorar el criteri següent:
 - 6.2. Hi ha consciència del conflicte i de la pròpia participació en aquest conflicte i/o una certa capacitat d'introspecció, en aquest terreny o en altres. Cal valorar el criteri següent:
7. Actitud de confiança en el professional.
 - 7.1. No: contraindicació, almenys en aquest moment de la relació assistencial. No hi ha garanties que actualment es pugui establir una aliança terapèutica suficient.
 - 7.2. Sí: valorar el criteri següent:
8. Motivació per al canvi.
 - 8.1. El pacient no se sent motivat a canviar d'actitud en les àrees conflictives o en altres d'importants o rellevants per a ell: contraindicació.
 - 8.2. El pacient se sent o sembla motivat a canviar: valorar la resta de criteris.

Exploració clínica i, si escau, complementària

Per a aquests models de PB, és imprescindible la delimitació prèvia del o dels focus terapèutics. Si això no s'ha aconseguit en l'exploració clínica habitual en dos o tres entrevistes, pot ser recomanable una exploració psicodiagnòstica orientada a aquesta finalitat. Per valorar aquesta necessitat, es pot utilitzar l'algorisme següent:

- o En la segona o tercera entrevista es proporciona al pacient una aproximació interpretativa a una part de la seva situació o conflictes de manera prudent, curiosa i empàtica.
- o S'analitza la seva resposta verbal i no verbal, valorant especialment els seus components afectius: es recull la resposta emocional, conductual i física davant les intervencions de prova.
- o Si la resposta és suficient, es proporciona, en forma d'hipòtesis, una interpretació de les bases psicològiques del seu conflicte.
- o Si el pacient entén aquesta interpretació i, en general, l'accepta, es perfilen, juntament amb ell, una mica més els focus explícits de la teràpia –encara que el psicoterapeuta pot preveure altres focus implícits que creu oportú no comunicar en aquell moment.
- o Si el pacient no l'entén, s'intenta reformular-la. Si continua sense entendre-la o no hi està d'acord.
- o Valorar la necessitat de supervisió i d'**exploració psicodiagnòstica ad hoc (protocol)**.

Activitat reservada al psicoterapeuta, després de cadascuna de les entrevistes d'exploració

1. Si se supervisarà aquesta PB, cal fer un registre detallat del desenvolupament de les entrevistes respectant la seqüència de les intervencions del clínic i del pacient.
2. Diagnòstic clínic, psicosocial i hipòtesi psicodinàmica del funcionament mental del pacient.

Supervisió inicial. (Atès l'esforç emocional que significa la pràctica de la PB, considerem que sempre és aconsellable que els clínics que facin PB supervisin almenys algunes d'aquestes teràpies. En aquesta recomanació també inclouen els clínics amb més experiència).

1. Valoració psicopatològica.
2. Valoració de proves complementàries.
3. Col·laboració en el diagnòstic pentaaxial (Tizón, 1994), amb especial èmfasi en el diagnòstic de la relació d'objecte del pacient.
4. Confirmació d'indicació de PB.
5. Confirmació o modificació dels «focus de la PB».
6. Estructuració de l'enquadrament de la psicoteràpia.
7. Orientar la devolució al pacient

Entrevistes següents (tercera/quarta)

- 1 Si cal, ampliació del diagnòstic segons la supervisió realitzada.
- 2 Si cal, ampliació de les intervencions exploratòries orientades a confirmar les hipòtesis psicodinàmiques i a definir els «focus».
- 3 Es proposa al pacient el tipus de tractament i els seus possibles «focus» (en cas que aquesta proposta estigui inclosa en la tècnica de la PB concreta).
 - 3.1. Si el pacient hi està d'acord, es pot passar a l'apartat següent: proposta del «contracte terapèutic».
 - 3.2. Si el pacient no hi està d'acord, cal valorar la realització d'**altres estratègies terapèutiques o protocols** tenint molt en compte aportacions del pacient.
- 4 Proposta del **contracte terapèutic**:
 - 4.1. Proposta general del tractament: regles bàsiques, horaris, regla de l'associació lliure adaptada, etc.
 - 4.2. Duració del tractament: entre 6 i 12 mesos.
 - 4.3. Anunci de les interrupcions previstes (vacances, absències del psicoterapeuta, etc.) i de la no-recuperació de les sessions si el pacient falta.

- 4.4. Freqüència: per a aquest tipus de teràpia creiem recomanable la freqüència d'una sessió setmanal, i també
- 4.5. Hores i dies fixos per a les sessions, sempre que es pugui.

Supervisió del tractament i possible reorientació d'aquest tractament, si cal. Com ja s'ha dit, no creiem convenient la realització de PB si el psicoterapeuta no participa en un grup o una activitat individual de supervisió.

Seguiment

Encara és un tema en discussió. Nosaltres preferim proposar al pacient que «torni a demanar visita per explicar-nos com està, com li van les coses», al cap de sis mesos de la finalització del tractament i després cada 6-12 mesos fins a dos o tres anys.

ANNEX 7

Desenvolupament cronològic del tractament del senyor Baker

(Balint, Ornstein, Balint, 1985)

Edat en començar el tractament	43		
Edat en finalitzar el tractament	44-45		
Edat el 1970	53		
		Data	Interval
Primera consulta	Sessió 1	08.11.1960	
Fi període diagnòstic	Sessió 2	14.11.1960	6 dies
Començament del tractament	Sessió 3	24.02.1961	15 setmanes
Sessions setmanals fins a (inclosa)	Sessió 13	12.05.1961	6 setmanes
Finalització temptativa	Sessió 14	23.06.1961	
	Sessió 15	11.08.1961	7 setmanes
	Sessió 16	18.08.1961	7 dies
Data probable de finalització del taller de teràpia focal, però el tractament continua		Agost 1961	
Represa del tractament	Sessió 17	10.10.1961	7 setmanes
Dues sessions setmanals fins a (inclosa)	Sessió 22	17.10.1961	
Una sessió setmanal fins a (inclosa)	Sessió 26	24.11.1961	
Darrera sessió del tractament	Sessió 27	11.02.1962	
Primer seguiment per carta 1		30.04.1962	
Primera sessió de seguiment	Sessió 28	02.08.1962	6 mesos (aprox.).
Seguiment per carta 2		05.04.1963	8 mesos
Seguiment per carta 3		14.04.1965	2 anys
Segona sessió de seguiment	Sessió 29	25.11.1966	4 anys, 3 mesos
Carta del terapeuta al clínic		01.03.1968	
Resposta del clínic		04.03.1968	
Primer test psicològic		24.10.1960	
Repetició del mateix test		14.04.1961	
Retest		20.07.1961	

ANNEX 8

Exemple d'un CEP actualment en funcionament

A títol indicatiu es posen com a exemple les diferents tècniques i plantejaments de treball d'un centre especialitzat de psicoteràpia, actualment en funcionament i inclòs a la xarxa d'atenció pública (F. Sant Pere Claver).

1. MODALITATS DE TRACTAMENT EN NENS I ADOLESCENTS

Psicoteràpia psicodinàmica individual

- Psicoteràpia individual breu, d'un any de durada.
- Psicoteràpia individual sense delimitació prèvia del temps, però de durada del tractament, que com a màxim serà de dos anys.

1.1. INDICACIONS I CONTRAINDICACIONS DE LA PSICOTERÀPIA PSICODINÀMICA FOCAL I BREU

Cal considerar que la personalitat del nen no està estructurada com la de l'adult i que podem veure patologies considerades en principi com a greus que poden evolucionar favorablement amb ajut psicoterapèutic. També hem de considerar els factors sociofamiliars abans de plantejar-nos un tractament de psicoteràpia.

En general, considerem que són subsidiaris de rebre psicoteràpia psicodinàmica breu i focal els pacients amb una organització neuròtica. Per a les patologies no incloses com a beneficiàries d'aquest tipus d'ajuts plantegem altres modalitats d'abordatge psicoterapèutic.

Diagnòstic clínic DSM a l'eix I:

- Trastorns per ansietat (fòbies, comportament, inhibició, aprenentatges, etc).
- Trastorns adaptatius en general
- Trastorns afectius (distímies no molt greus)
- Trastorn somatomorf (per bloqueig del procés de simbolització)

Diagnòstic clínic DSM a l'eix II:

- Trastorns de la personalitat en general, a excepció de les organitzacions psicòtiques ja molt evidents i de les psicopaties.
- Es considerarien contraindicats per rebre psicoteràpia psicodinàmica breu i focal, en principi, tots els trastorns profunds del desenvolupament (autisme i psicosi) i els que pateixen un retard mental moderat o greu.

Característiques psicodinàmiques dels pacients i de la seva família

- D'inclusió:
 - Que l'etiologia estigui predominantment en el nen (es descarten, doncs, problemàtiques per carència, pautes educatives incorrectes, etc.).
 - Desig de ser ajudat.
 - Confiança bàsica en el terapeuta.
 - Cert reconeixement del conflicte com a propi.
 - Capacitats del jo suficients.
 - Defenses no molt rígides.
 - Aparició relativament recent de les dificultats.
 - Família amb un cert reconeixement del conflicte com a emocional.

- D'exclusió:
 - Situacions de carència greus.
 - Família sense reconeixement del conflicte emocional.
 - Organització sociofamiliar molt desestructurada.
 - Defenses molt rígides.

1.2. Altres modalitats de tractaments en nens

1.2.1. Psicoteràpies de pensament i comunicació

- **Indicacions:** En els nens en què veiem un bloqueig en les seves funcions d'aprenentatge a causa d'una conflictivitat emocional de base.
- **Característiques clíniques dels pacients:**
 - Diagnòstic DSM – eix 1:
 - Trastorns per dèficit d'atenció.
 - Diagnòstic DSM – eix 2:
 - Trastorns específics del desenvolupament (adquisició del llenguatge, lectoescriptura, càlcul, etc).

- **Característiques psicodinàmiques dels pacients:**

D'inclusió:

- Consciència de dificultats.
- Motivació per ser ajudat.
- Moment evolutiu clau per incidir-hi.
- Disposició de la família per atendre la problemàtica des del vessant emocional.

D'exclusió:

- Retards profunds del desenvolupament (autisme i psicosi).
- Retard mental moderat i greu.
- Forta tendència a l'actuació.
- Marc sociofamiliar molt desestructurat.

- **Objectius:** El tractament de les dificultats instrumentals del nen, aconseguint crear les condicions que estimulin el desbloqueig de les funcions del jo.
- **Metodologia:** A partir d'activitats lúdiques espontànies o suggerides pel terapeuta, s'acosta el nen a les situacions d'aprenentatge. El terapeuta acompanya el nen en l'organització de la tasca, el procés per desenvolupar-la i en el procés de trobar solucions als problemes que se li plantegin en el decurs de la sessió. Com a eines fonamentals utilitzem la verbalització del que s'està fent, els assenyalaments dels problemes que poden estar dificultant la iniciació o realització de la tasca i la interpretació de la relació transferencial en els moments de bloqueig del procés d'aprenentatge.
- **Freqüència:** Una o dues sessions a la setmana durant un any aproximadament.

1.2.2. Els tractaments en grup

1.2.2.1. Grups simultanis de nens i de pares

- **Indicacions:** Nens entre 5 i 13 anys d'edat amb trastorns del desenvolupament maduratiu, dificultats de relació personal, retards en els aprenentatges escolars, trastorns adaptatius recents o amb problemes neuròtics de la personalitat. I per als

pares amb dificultats per tirar endavant la criança dels seus fills que pateixen aquestes problemàtiques i desitgen apropar-se a comprendre-les des d'una perspectiva emocional.

- **Característiques psicodinàmiques dels pacients:**

D'inclusió:

- Consciència de dificultats.
- Motivació per ser ajudat.
- Funcions del jo suficients.
- Situació familiar que permeti assumir el compromís d'assistència regular.
- Pares amb desig de compartir experiències amb altres pares.

D'exclusió:

- Nens amb patologies autistes i psicòtiques.
 - Nens amb retard mental moderat o greu.
 - Nens amb tendències actuadores molt pronunciades.
 - Pares amb conflictivitat personal que no permetin dur a terme l'activitat del grup.
- **Objectiu:** En els nens, cal aconseguir una millora en les capacitats de verbalització de les seves dificultats, afavorir processos de pensament, estimular el seu interès pels coneixements i l'exploració, i facilitar relacions socials des d'un marc contenidor. En els pares, cal proporcionar un espai d'acostament als seus fills i les seves problemàtiques, i donar-los un espai per a ells com a pares en què puguin compartir amb altres famílies experiències i coneixements que els siguin útils.
 - **Metodologia:** Fem agrupacions entre franges d'edats cronològiques, com ara entre 5-7 anys, 8-10 anys i 10-12 anys. La proposta és que poden parlar del que vulguin explicar al grup, que poden organitzar jocs, fer dibuixos o activitats espontànies en què tots puguin intervenir. Es tracta de poder-les organitzar entre tots, dur-les a terme i pensar en les dificultats que es van trobant. El terapeuta o els terapeutes (poden ser dos) han d'acompanyar els nens i facilitar que despleguin les seves capacitats, estimulants o graduant les intervencions de tots els membres del grup. Els grups de nens tenen alhora un grup paral·lel de pares l'objectiu del qual és pensar en les dificultats per les quals porten els seus fills a la consulta i comprendre-les.
 - **Freqüència:** El grup es reuneix setmanalment durant un curs escolar.

1.2.2.2. Grups de pares:

- **Indicació:** Pares sensibles a les dificultats emocionals que pateixen els seus fills i que desitgen un espai d'intercanvi i d'expressió amb altres pares.
- **Objectius:** Treball de sensibilització respecte a les situacions emocionals dels nens i dels pares.
- **Metodologia:** Els pares dels nens assisteixen a un grup en què l'objectiu ha de ser poder pensar en les ansietats que són a la base de les conductes dels seus fills i poder parlar amb altres pares que es troben en circumstàncies semblants.
- **Freqüència:** En aquest moment es duen a terme quinzenalment.

1.2.2.3. Grups d'escenoteràpia

Es tracta d'una modalitat de psicoteràpia de grup, que parteix d'una proposta concreta: arribar a representar una escena construïda i consensuada pels membres del grup en el si de la sessió i posteriorment dedicar un temps a reflexionar sobre el treball efectuat.

- **Indicacions:** Són una alternativa terapèutica per a:
 - Nois que no poden ser atesos de manera individual o familiar per les seves característiques personals (inhibició, bloqueig emocional).
 - Nois que presenten poc desenvolupament de les seves funcions simbòliques.
 - Nois que presenten dificultats en les relacions personals.
- **Contraindicacions:**
 - Nois amb trastorns greus de la personalitat.
 - Retards mentals greus.
 - Quadres importants d'hiperactivitat.
- **Objectius:** S'adrecen fonamentalment a produir guanys en els processos de simbolització i en l'àrea de les relacions socials.
- **Metodologia:** Els grups estan constituïts per 7 o 8 nois, agrupats per franges d'edats properes i són conduïts per dos terapeutes i un observador. La sessió de grup dura una hora.
- **Freqüència:** És setmanal. Els grups es proposen durant un any escolar aproximadament, encara que també s'han fet de durades més llargues o limitades a un bloc concret de sessions.

Es poden fer o no amb un grup paral·lel de pares.

1.2.2.4. Psicoteràpia mare-nen

- **Indicacions:** Adreçades fonamentalment a mares i nens petits –entre 0 i 5 anys– amb problemàtica somàtica, trastorns alimentaris, del son, crisi de còlera.
- **Contraindicacions:** Situacions d'extrema projecció de la conflictiva pròpia de la mare vers el seu fill.
- **Objectius:** Baixar el nivell de projecció de la conflictiva pròpia de la mare vers el fill.
- **Metodologia:** Observació, assenyalaments i interpretació dels elements perturbadors que es manifesten a través de la relació mare-fill, en presència del terapeuta o la terapeuta.
- **Freqüència:** S'organitzen *settings* setmanals o quinzenals, durant un temps pactat des de l'inici del tractament.

1.2.2.5. Psicoteràpia de família

- **Indicacions:** Per a famílies de nens i adolescents en què suposem que el símptoma que presenta el pacient «designat» té un paper determinant per a l'equilibri relacional de tot el conjunt familiar.
- **Objectius:** Rebaixar el nivell de projeccions recíproques i aconseguir un reequilibri en la dinàmica relacional.

- **Metodologia:** A partir de l'observació, l'assenyalament i la interpretació dels elements projectius que es posen en marxa en la dinàmica familiar, amb la presència del terapeuta o dels terapeutes.
- **Freqüència:** Setmanal o quinzenal. Sessions d'una hora, durant un temps pactat al començament del tractament.

1.2.3. Entrevistes de seguiment

Els tractaments denominats «seguiment» normalment són de freqüència mensual. Es tracta d'un espai per orientar els pares i ajudar-los a entendre les dificultats del fill i també les pròpies que poden generar dinàmiques de relació poc profitoses per a l'evolució del nen.

Quan el seguiment es fa en nens o adolescents, l'objectiu és acompanyar-los en situacions adaptatives concretes o fer unes intervencions a temps limitat que pensem que podran mobilitzar els seus recursos del jo, sense haver d'oferir-los una psicoteràpia de llarga durada.

1.2.4. Tractament farmacològic

En la nostra unitat aquest tractament sempre és coadjuvant d'una psicoteràpia. En principi els pacients que necessiten medicació la reben als seus CSMIJ de referència i poques vegades som nosaltres els que la instauem per derivar el seu control posterior als dispositius de primària.

2. MODALITATS DE TRACTAMENT EN ADULTS

A tall d'introducció direm que entenem per psicoteràpia psicodinàmica un tipus de tractament que aborda els conflictes i trastorns psicològics mitjançant la relació personal i verbal entre la persona que els pateix i un especialista. Es fonamenta en la psicoanàlisi com a model teòric per a la comprensió d'aquests conflictes intrapsíquics, que majoritàriament es consideren de naturalesa inconscient.

- El tractament es duu a terme en sessions de 40 minuts de durada i freqüència setmanal.
- A continuació mencionem els tipus de tractament que fem a la UTE d'Adults, i n'indiquem les característiques específiques.

2.1. Psicoteràpia psicodinàmica focal i breu

- Entenem per psicoteràpia psicodinàmica focal i breu el treball que es fa preferentment sobre un nucli conflictiu que queda recollit pel focus. El terme *breu* fa referència a la delimitació prèvia del temps de durada.
- El temps de durada d'aquest tractament és de prop d'un any, entre 9 i 15 mesos, i es comunica al pacient en el moment de començar-lo.
- Uns quants mesos després d'acabar el tractament es fa una entrevista única de seguiment o control per tal de veure com li ha anat al pacient aquest temps sense tractament i poder valorar, juntament amb ell, el seu estat psicològic.

2.2. Psicoteràpia psicodinàmica de temps no determinat

- Ens referim a una psicoteràpia psicodinàmica individual en què no delimitem el temps des del començament. El temps de durada oscil·la entre els 8 mesos i els 2 anys.
- Aquest tractament s'indica quan en el transcurs de les entrevistes de diagnòstic no es pot perfilar un focus adient i, en canvi, el pacient reuneix les característiques per beneficiar-se d'una psicoteràpia psicodinàmica.

2.3. Psicoteràpia de prova

- Ens referim a una psicoteràpia de freqüència setmanal i de 3 o 4 mesos de durada (el temps s'estableix abans de començar). Aquesta psicoteràpia de prova pot acabar en alta o en una altra indicació.
- L'objectiu d'aquest tractament és observar, juntament amb el pacient, si el mètode de la psicoteràpia psicodinàmica el pot ajudar o no.
- En finalitzar el tractament de prova es fa una valoració amb el pacient i es decideix si l'assistència s'acaba en aquell moment, si es deriva o si es continua amb una psicoteràpia psicodinàmica a mitjà termini amb el mateix terapeuta.

INDICACIONS I CONTRAINDICACIONS DE LA PSICOTERÀPIA PSICODINÀMICA FOCAL I BREU EN ADULTS

Per la indicació de la psicoteràpia focal i breu s'han de tenir en compte les característiques clíniques en interacció amb les característiques psicodinàmiques.

Característiques clíniques dels pacients

Diagnòstic clínic a l'eix I:

- **T. ansietat:** Inclosos en general. S'exclouen els t. obsessivocompulsiu i t. fòbics molt incapacitants.
- **T. afectius:** S'inclouen distímies. S'exclouen depressions majors sense desencadenant aparent i t. bipolars.
- **T. adaptatius:** Inclosos en general.
- **T. psicòtics:** Exclosos en tots els casos.
- **T. somatomorfs i dissociatius:** Inclosos en general, dependrà de les característiques psicodinàmiques. Exclosos els t. psicossomàtics estructurats.
- **T. per dependència de substàncies:** Exclòs.

Diagnòstic clínic a l'eix II:

- S'hi inclouen els trastorns de la personalitat en general.
- Se n'exclouen el paranoide, l'antisocial i el passivodependent greu.
- Se n'exclouen els CI per sota de la normalitat.

Característiques psicodinàmiques dels pacients

D'inclusió:

- Motivació: desig de tractar-se.
- Capacitat d'observació dels conflictes emocionals.
- Reconeixement del conflicte com a propi.
- Flexibilitat de les defenses, no-cronificació.
- Egodistonia dels conflictes i símptomes.
- Funcions del jo suficientment conservades.

D'exclusió:

- Antecedents de situacions difícils (carencials o traumàtiques) des de l'inici de la vida.
- Intents d'autòlisi seriosos o risc de que es produeixin.
- Hospitalització psiquiàtrica perllongada.
- Grans i organitzats beneficis secundaris.
- Forta tendència a l'actuació destructiva. Perversions.

Unitat de Tractaments Específics de la Fundació Hospital Sant Pere Claver
Desembre del 2001

EQUIP DEL PLA DIRECTOR DE SALUT MENTAL I ADDICCIONS

Cristina Molina Parrilla
Directora Pla director salut mental i
addiccions DGPA
Departament de Salut

Joan Colom
Subdirector General de Drogodependèn-
cies. DGSP Departament de Salut
Subdirector Pla director salut mental i
addiccions DGPA.
Departament de Salut

Miquel Casas
President del Consell Assessor de Salut
Mental i Addiccions
Servei de Psiquiatria Vall d'Hebron. ICS

Josep Ramos
Vicepresident del Consell Assessor de
Salut Mental i Addiccions
Sant Joan de Déu- Serveis de Salut
Mental

José García Ibáñez
Assessor Pla director de Salut Mental i
Addiccions. DGPA
Departament de Salut
Grup Pere Mata

Esther Jordà
Coordinadora tècnica Pla director de salut
mental i addiccions. DGPA
Departament de Salut

COMPOSICIÓ DE L'EQUIP REDACTOR

GRUP 2003

Lluís Lalucat
President
Psiquiatre
Centre d'Higiene Mental Les Corts

José García Ibáñez
Coordinador
Psiquiatre
Grup Pere Mata

Mercè Mercader
Secretària tècnica
Gerència d'Atenció Psiquiàtrica i Salut Mental

Jaume Aguilar
Psiquiatre
Fundació Hospital Sant Pere Claver

Lluís Albaigès
Psiquiatre
Representant de la Coordinadora de CSMA's

Marta Aymerich
Doctora en Medicina
Agència d'Avaluació de Tecnologies i
Recerques Mèdiques.

Lluís Cabrero
Psiquiatre
Corporació Clínic

Leticia Escario
Psicòloga clínica
Representant de la Coordinadora de CSMIJ's

Lluís Farré
Psicòleg clínic
Fundació Puigvert

Paz Flores
Psiquiatra
Federación Española de Asociaciones de
Psicoterapeutas

Daniel Garcia Tarafa
Psiquiatre
Fundació Vidal i Barraquer

Margarita Ibáñez
Psicòloga clínica
Hospital Sant Joan de Déu

Alfons Icart
Psicòleg clínic
Fundació Orienta

Lluís Isern
Psiquiatre
Fundació Congrés Català de Salut Mental

Antoni Labad
Psiquiatre
Institut Pere Mata. Universitat Rovira i Virgili

José Leal
Psicòleg clínic
Comisión Nacional de la Especialidad de
Psicología Clínica

Juan Luís Linares
Psiquiatre
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Maite Miró
Psiquiatra
Universitat de Barcelona

Josep Moya
Psiquiatre
Corporació Parc Taulí de Sabadell

Diego Palao
Psiquiatre
Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell

Roser Pérez Simó
Psiquiatra
Fundació Estudi de la Psicoteràpia

Maite Pi
Psicòloga clínica
Institut d'Assistència Sanitària de Girona

Jorge L. Tizón
Psiquiatre i psicòleg clínic
Unitat de Salut Mental Sant Martí Nord

Josep Toro
Psiquiatre
Corporació Clínic. Universitat de Barcelona.

GRUP 2006

(Han fet la revisió a partir de les indicacions del Pla director de salut mental i addiccions i la selecció d'articles per a l'evidència)

Jaume Aguilar
Psiquiatre
Fundació Hospital Sant Pere Claver

Pilar Duro
Psiquiatra
Òrgan Tècnic. de Drogodependències

Paz Flores
Psiquiatra,
Institut d'Atenció Psiquiàtrica: Salut Mental i
Toxicomanies

José García Ibáñez
Coordinador
Psiquiatre
Grup Pere Mata

Paloma Lago
Psiquiatra
Fundació Nou Barris

Josep Lluís Matalí
Psicòleg clínic
Hospital de la Vall d'Hebron

Maite Miró
Psiquiatra
Universitat de Barcelona

Jorge Luis Tizón
Cap de l'Equip d'Atenció Precoç als Pacients
amb Psicosis

Josep Toro
Psiquiatre
Corporació Clínic. Universitat de Barcelona.

Han revisat el text i hi han fet aportacions:

Miquel Casas
Psiquiatre
Servei de Psiquiatria Vall d'Hebron. ICS

Ernesto Fonseca
Psiquiatre, psicodramatista
Asociación Española de Psicodrama

Amaya Hervás
Psiquiatra
CSMIJ Terrassa

Juan Luís Linares
Psiquiatre
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Joaquim Puntí
Psicòleg
Corp. Sanitària. Parc Taulí

Josep Ramos
Psiquiatre
Sant Joan de Deu – Serveis de Salut Mental

Assumpta Rigol
Diplomada en infermeria
Col·legi de professionals d'infermeria

Hi han fet comentaris i suggeriments (Equip de Psiquiatria de la Vall d'Hebron)

Sara Guila Fidel
psicòloga clínica

Beatriz González
psicòloga resident

Núria Junyent
psicòloga resident

Yolanda Martínez
psicòloga resident

Ana Ortín
psicòloga resident

Diego Padilla
psicòleg resident

Adil Quresi
psicòleg clínic

Olga Sabriá
psicòloga resident

Sergi Valero
Psicòleg

Consuelo Centelles
Documentalista, Institut Universitari Pere Mata de Reus: ha ajudat en la bibliografia i resums.

Gemma Salmerón
Secretaria Tècnica, Pla Director SMiAd ha fet els retocs del document

Revisió

L'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) ha dut a terme la revisió externa metodològica d'aquest document.

Bibliografia consultada

Alanen Y. Esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2003.

American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos: Compendio 2003. Barcelona: Psiquiatría; 2003.

American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos: Compendio 2004. Guía de consulta rápida. Barcelona: Psiquiatría; 2004.

Anderson C, Reiss D, Hogarty G. Esquizofrenia y Familia: Guía práctica de Psicoeducación. Buenos Aires: Amorrortu; 1986.

Audin K, Margison FR, Mellor-Clark J, Barkham M. Value of HoNOS in assessing change in NHS psychotherapy and psychological treatment services. Br J Psychiatry. 2001;178:561-6.

Asen E. Outcome research in family therapy. Adv Psychiatr Treat. 2002;8:230-8.

Ávila Espada A ¿Hacia donde va la la psicoterapia?: Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 2003;23:67-84.

Balint M, Ornstein PH, Balint E. Psicoterapia focal. Barcelona: Gedisa; 1996.

Barret PM, Ollendick TH (eds). Interventions that work with children and adolescents. Prevention and treatment. Chichester: John Williams & Sons; 2005.

Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. Br J Psychiatry. 2000;177:138-43.

Beck AT, Freeman A, Davis DD, Pretzer J, Fleming B, Arntz A et al. Cognitive therapy of de personality disorders. Nova York: Guilford; 1990.

Beitman BD. The structure of individual psychotherapy. Nova York: The Guilford Press; 1987.

Beitman BD, Yue D. Psicoterapia: programa de formación. Barcelona: Masson; 2004.

Beitman BD, Yue D. Learning Psychotherapy: A time-efficient, research-based, and outcome-measured psychotherapy training program. Seminar leader's manual. Nova York: Norton Company; 2004.

Benedetti G. La psychotherapie des psychoses comme défi existentiel. Ramonville Saint-Agne: érès; 2002.

Blanqué R, Codina J, Esquè X, Galofre A, San Emeterio M, Icart A. Programa de psicoterapia a les institucions públiques. Barcelona: Forum; 2001.

Blay SL, Fucks JSV, Barruzi M, di Pietro MC, Gastal FL, Malufneto A et al. Effectiveness of time-limited psychotherapy for minor psychiatric disorders. Br J Psychiatry. 2002;180:416-22.

Bleichmar H. Avances en psicoterapia psicodinámica. Barcelona: Paidós; 1997.

Bowers WA, Andersen. Cognitive-behavior therapy with eating disorders: the role of medications in treatment. J Cogn Psychother: an Internacional Quarterly. 2007;21(1):16-27.

Cancrini L. La psicoterapia: gramática y sintaxis. Barcelona: Paidós; 1991.

Carr A. What works with children, adolescents and adults? Hove i Nova York: Routledge, 2009.

Carr A i McNulty M. The handbook of adult clinical psychology: an evidence based practice approach. Hove i Nova York: Routledge, 2006.

Chambless DL i Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. Ann Rev Psychol. 2001;52:685-716.

Coletti M, Linares JL. La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: la experiencia de Ciutat Vella. Barcelona: Paidós; 1997.

Comín Bertrán E, Catalán Ramos A, Morera Castell R. Directrices para elaborar las guías de práctica clínica. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2006.

Curiel JD. Las psicoterapias de los trastornos graves de personalidad (TGP) en los servicios de salud mental. Interpsiquis; 2003.

Cutler JL, Goldyne A, Markowitz JC, Devlin MJ, Glick RA. Comparing Cognitive Behaviour Therapy, Interpersonal Psychotherapy, and Psycodynamic Psychotherapy. Am J Psychiatry. 2004;161:1567-73.

Ducouso-Lacaze D. Existen bastantes similitudes entre las psicoterapias más modernas y las terapias tradicionales. Arch Psiquiatr. 2003;66(1).

Durham RC, Chambers JA, Power KG, Sharp DM, Macdonald RR, Major KA et al. Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. Health Technol Assess. 2005;9(42):174.

Eccles M, Mason J, Freemantle N. Developing valid cost effectiveness guidelines: a methodological report from the North of England evidence based guideline development project. Qual Health Care. 2000;9:127-32.

Eccles M, Mason J. How to develop cost-conscious guidelines. Health Technol Assess. 2001; 5(16):1-69.

Evans C, Margison F, Barkham M. The contribution of reliable and clinically significant change methods or evidence-based mental health. Evidence-based Ment Health. 1998;1:70-2.

Evans C, Connell J, Barkham M, Margison F, McGrath G, Mellor-Clark J, Audin K. Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility. Br J Psychiatry. 2002;180:51-60.

Farré LI, Hernández V, Martínez M. Psicoterapia psicoanalítica focal y breve. Barcelona: Paidós; 1992.

Fernández Álvarez H. Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Barcelona: Paidós; 1992.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2002.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2002.

Fisher JE i O'Donohue WT (eds). Practitioner guide to evidence-based psychotherapy. Nova York: Springer Science, 2006.

Freeman et al. Clinical applications of cognitive therapy. Nova York: Plenum; 1990.

Freeman C i Power MJ. Handbook of evidence-based psychotherapies: a guide for research and practice. Nova Jersey: John Wiley & Sons, 2007.

Fundació Sant Pere Claver. Nous reptes plantejats a l'assistència pública en Salut Mental. Barcelona: COM; 1999.

Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. Oxford Textbook of Psychotherapy. Oxford: Oxford University Press; 2005.

Garrido Fernández M i García Martínez J (eds). Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones. Valencia: Promolibro, 1994.

Gleesson JFM, Killackey E i Krstev H. Psychotherapies for the psychoses. Theoretical, cultural and clinical integration. Hove i Nova York: Routledge, 2008.

Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR et al. A standardised psychiatric interview for use in community surveys. Br J Prev Soc Med. 1970;24:18-23.

Goldberg DP. The Detection of Psychiatric Illness by Questionary. Oxford: Oxford University Press; 1972.

Goldfried MR. De la terapia cognitivoconductual a la Psicoterapia de integración. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1996.

Gómez Beneito M. La evaluación del resultado terapéutico en psicoterapia psicodinámica. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1997;17(63):537-46.

Gronnerod C. Rorschach assessment of changes following psychotherapy: a meta-analytic review. J Pers Assess. 2004;83(3):256-76.

Guimón J, Erhensperger S, Weber B, Frenzenrich AL, Vucetic V, Zanello A et al. Evolución de la psicoterapia grupal en la asistencia psiquiátrica: la Bateria "Bel Air". Psiquis. 2000;21(6):277-87.

Guimón J, Goerg D, Zbinden E, Fischer W. La vigencia del psicoanálisis entre los psiquiatras: Avances en Salud Mental Relacional. Revista internacional on-line. 2003;2(1).

Guimón J. Eficacia de las terapias en salud mental. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2004.

Gumley A, O'Grady M, McNay L, Reilli J, Power K, Norrie J. Early intervention for relapse in schizophrenia results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy. Psychol Med. 2003;33(3):419-31.

Gunderson JG, Gabbard GO. Psychotherapy for Personality Disorders. Washington: American Psychiatric Press; 2000.

Guthrie E. Psychotherapy for patients with complex disorders and chronic symptoms. Br J Psychiatry. 2000;177:131-7.

Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Prev Soc Med. 1976;6:278-96.

Hau S, Leuzinger-Bohleber M. Position paper on psychoanalytic therapy [internet]. Hamburg; 2006 [Consultat: 12 de juny de 2007]. Disponible a: <http://www.dgtp.de>

Hendin H, Haas AP, Maltzberger JT, Koestner B, Szanto K. Problems in psychotherapy with suicidal patients. Am J Psychiatry. 2006;163:67-72.

Hohagen F, Berger M. The new German specialist for psychiatry and Psychotherapy and its consequences for advanced training programs. Eur Psychiatr. 1994;9:265-71.

- Holmes J. Supportive psychotherapy, the search for positive meanings. *Br J Psychiatry*. 1995;167:439-45.
- Hook J. The role of psychodynamic psychotherapy in a modern general psychiatry service. *Adv Psychiatr Treat*. 2001;7:461-48.
- Huber W. *La psychologie clinique aujourd'hui*. Brussel·les: Pierre Mardaga; 1987.
- Igelmo J, Ramos MI, Muñoz F. Psicoterapia psicoanalítica y psicofármacos en el tratamiento de pacientes psicóticos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1997;17(63):393-401.
- Kandel ER. *Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva psicología de la mente*. Barcelona: Ars Médica; 2007.
- Kaplan HI, Saddock BJ, Greeb JA. *Sinopsis de psiquiatría*. Buenos Aires: Panamericana; 1996.
- Kazdin AE, Weisz JR. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Nova York: Guilford Press; 2003.
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Psicoterapia interpersonal*. Barcelona: Masson; 1998.
- Leutzinger-Bohlener M, Target M (eds). *Outcomes of Psychoanalytic Treatment*. Londres: Whurr; 2002.
- Mace C, Moorey S, Roberts B. *Evidence in the Psychological Therapies: A Critical Guide for Practitioners*. East Sussex, Regne Unit: Brunner-Routledge; 2001.
- Mahoney MJ. *Constructive Psychotherapy: a practical guide*. Nova York: Gilford Press; 2003.
- Manzano J, Palacio-Espasa F. *Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía*. Barcelona: Paidós; 1993.
- Margison FR, Barkham M, Evans C, McGrath G, Calrk JM, Audin K et al. Measurement and Psychotherapy. *Br J Psychiatry*. 2000;177:123-30.
- Nathan PE i Gorman JH. *Treatments that work*. Nova York: Oxford University Press, 2007.
- Nathan PE, Gorman JH i Salkind NJ. *Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan*. Madrid: Alianza editorial, 2005.
- Ocampo CA. La psicoterapia como tratamiento biológico. *Rev Col Psiqui*. 1996;25(2):116-28.
- Orlinsky DR. *Therapy Session Report*. Chicago: Institute of Juvenil Research; 1996.
- Orlinsky DR. *Research on Psychotherapists: Implication for Psychotherapy*. Barcelona: Ist. European Congress on Psychotherapy in a Unified Europe, 2000.
- Pereira R. Evolución de las Consultas de Psicoterapia en los Servicios Extrahospitalarios de Salud Mental de Vizcaya. I Congreso virtual de Psiquiatría. Mesa Redonda nº 11: Psicoterapia en la Red Pública, 2002.
- Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C i Amigo Vazquez, I (eds). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. 3 vols. Madrid: Pirámide, 2003, 2006.
- Perris C, Patrick D. McGorry (eds). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de la personalidad: manual teórico-práctico*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2004.

- Preston J. Terapia breve integradora. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1998.
- Priebe S (2006) The provision of psychotherapy – an international comparison. Disponible a: <http://cep.lse.ac.uk/research/mentalhealth>
- Read J, Mosher LR, Bentall RP. Modelos de locura. Barcelona: Herder, 2006.
- Reneses B, García-Solano F. Necesidad de criterios específicos para la oferta de psicoterapia psicoanalítica desde los servicios públicos. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1997; 17(63):411-22.
- Roth A, Fonagy P - What works for whom? A critical review of psychotherapy research. Nova York: Guilford Press; 1996.
- Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. Nova York: Guilford Press; 2005.
- Saldaña A. Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. Psicothema. 2001;13(3):381-92.
- Schneider PB. Propedéutica de una psicoterapia. València: Nau Llibres; 1980.
- Schulberg HC, Raue PJ, RollB. The effectiveness of psychotherapy depressive disorders in primary care practice: clinical and cost perspectives. Gen Hosp Psychiatry. 2000;24:203-12.
- Scott Rutan J, Stone WN, Shay JJ. Psychodynamic Group Psychotherapy. Nova York: Guilford Press; 2007.
- Sevel J, Cummins L, Madrigal C. Student Guide and Workbook for Social Work Skills Demonstrated. Massachussets: Allyn and Bacon; 1999.
- Shapiro A, Shapiro E. The powerful placebo: from ancient priest to modern physician. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1997.
- Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines, BMJ. 1999;318:593-6.
- Shirk SR, Karver M. Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol. 2003;71(3):452-64.
- Sperry I, Brill PL, Howard K. Outpatient treatment outcomes in Treatment Outcomes. A: Psychotherapeutic and Psychiatric Interventions. Nova York: Brunner/Mazel;1996. p.75-109.
- Stern DN. La constelación maternal: un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos. Barcelona: Paidós; 1997.
- Thornicroft G, Slade M. Are routine outcome measures feasible in mental health? Quality in Health Care.. 2000;9:84.
- Thornicroft G, Susser E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. Br J Psychiatry. 2001;178:2-4.
- Tizón JL. Las psicoterapias psicoanalíticas breves y las terapias de flash. Inf Psiquiatr. 1994;138(4):358-92.
- Tizón JL. Investigación empírica sobre las psicoterapias: ¿Otra lente de “Hubble” defectuosa? A: Vallejo Ruiloba J. Update Psiquiatría. Barcelona: Masson;1996. p.67-86.
- Tizón JL, San-José J, Nadal D. Protocolos y programas para la atención primaria a la salud mental. Barcelona: Herder; 1997.

Tizón JL. ¿A qué se puede llamar atención a la salud mental y atención psiquiátrica “basadas en la evidencia”? Arch Psiquiatr. 2002;65:5-12.

Tizón JL. Terapias combinadas en la esquizofrenia: ¿Agregamos, mezclamos y confundimos o bien de-construimos y combinamos?. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 2004; 14(90):97-131.

Tosquelles F. De la personne au groupe. Ramonville Saint-Agne: érès;1995.

Ursano RJ, Silberman EK. Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo. A: Hales RE, Yudofsky SC y talbott JA (Dir). Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ancora;1996. p.1085-110.

Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy. Nova York: Basic Books; 2000.

Werry JS, Andrews LK. Psychotherapies: a critical overview. A: Lewis M (Eds.). Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. 3a. ed. Nova York: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p.1078-83.

DOCUMENTS CONSULTATS

Centre for economic performance's mental health policy group. The depression report: a new deal for depression and anxiety disorders. [Internet]. Londres: Centre for economic performances, London School of Economics and Political Science; 2006 [consultat: 12 de juny de 2007]. Disponible a: <http://cep.lse.ac.uk/research/mentalhealth>

Comisión de Psicoterapia de los Servicios Extrahospitalarios de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. La psicoterapia en la Institución pública. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. European Forum for all Psychiatric Trainees. General description and status. Utrecht. Juny de 1995.

Conclusions from Pre-Conference "The Mental Health of Children and Adolescents". Luxembourg; 20-21 September 2004. Luxemburg: WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005.

Consell Assessor d'Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental a Catalunya. Programa d'atenció específica als trastorns mentals severos. Barcelona: CatSalut; 2003.

Consell Assessor d'Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental a Catalunya. Recomanacions per a l'atenció dels trastorns mentals greus en la infància i l'adolescència. [Barcelona]: CatSalut; 2003.

Department of Health. Organising and delivering psychological therapies. [Internet]. Londres: Crown; 2004 [consultat: 29 de juny de 2007]. Disponible a: <http://www.dh.gov.uk/>

Deurzen E van. Concesión de un certificado Europeo de Psicoterapia. Asociación Europea de Psicoterapia. Viena, 1997.

FEAPS. Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud (SNS). [Madrid]: FEAPS, [2007].

Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B. Psicoteràpies en el sector públic: un marc per a la integració. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1997. Informe 19.

Fonagy P. Una revisió de portes obertes de los estudios de resultados en psicoanálisis. Informe preparado por el comite de investigacion de la Asociación Psicoanalítica Internacional a pedido de su presidente, 2002.

Fòrum salut mental. Programa de psicoteràpia a les institucions públiques. Barcelona, 2001.

Fundació Sant Pere Claver. Document de la Unitat de Tractaments específics (UTE) en l'Assistència secundària. Barcelona, 2003.

Hermann RC, Leff HS, Lagodmos G. Selecting Process Measures for Quality Improvement in Mental Healthcare. Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health. Harvard Medical School, 2002 [consultat: 12 de juny de 2007]. Disponible a: <http://hsri.org/index.asp?id=pubs>.

La indicación de psicoterapia en el CSM Tarragona-Nord; 2003.

La psicoterapia en la Institució pública. IAS. Girona; 2002.

Mental Health Policy Implementation Guide. Community Mental Health Teams. United Kingdom: Departament of Health; 2002.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de formación de especialistas. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo, [2006].

National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of computerised cognitive behavioural therapy for anxiety and depression. Londres: NSH, 2002.

National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 23. Depression: management of depression in primary and secondary care. Londres: NSH, 2004.

NPV Nederlandse Vereniging Psychotherapie. Asistencia para quejas y problemas psíquicos: Psicoterapia. Holanda; 1997.

Projecte Unitat Especialitzada en Psicoteràpia. Reus: Institut Pere Mata, 2002.

Protocol d'oferta de psicoteràpies des del CSMIJ. Girona; 2003.

Protocols dels CSM de Amposta i Tortosa 2002. (Procol d'indicació de psicoteràpia familiar i de parella, Protocol d'indicació de psicoteràpia individual, Protocol d'incació de psicoteràpia grupal, Protocol grup d'habilitats socials de pacients psicòtics, Protocol de grup psicoterapèutic de trastorns de personalitat).

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SING: 50: A guideline developers' handbook; 2004 [consultat: 12 de juny de 2007]. Disponible a:
<http://www.sing.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>.

Wanigaratne S, Davis P, Pryce K, Brotchie J. The effectiveness of psychological therapies on drug misusing clients. [Internet]. Londres: National Treatment Agency, 2005 [consultat: 12 de juny de 2007]. Disponible a: <http://www.nta.nhs.uk>.