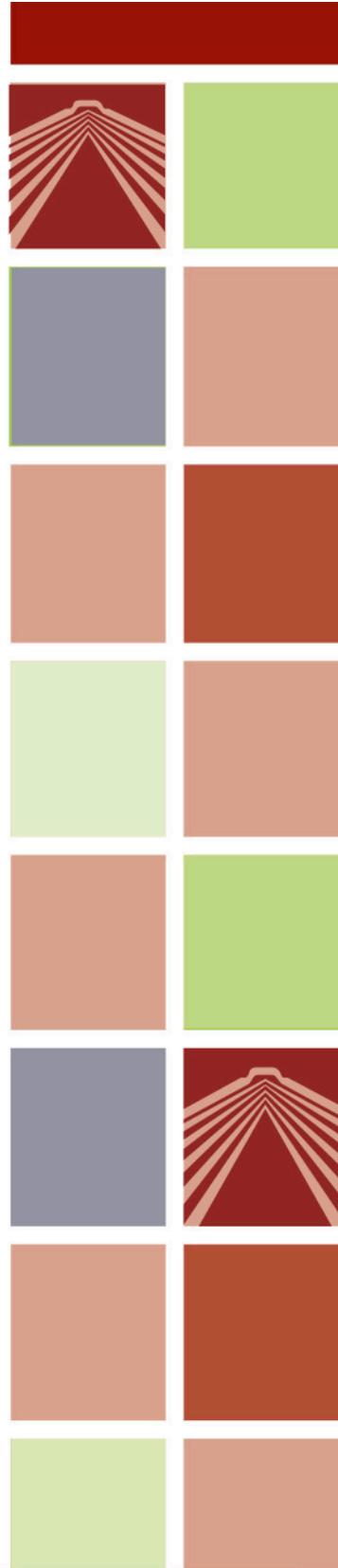


Intervención psicológica conductual y conductual-cognitiva

Primera y segunda generación de tratamientos

Pablo J. Olivares-Olivares
Ángel Rosa Alcázar
Ana Isabel Rosa Alcázar
José Olivares Rodríguez

PIRÁMIDE



Intervención psicológica conductual y conductual-cognitiva

Primera y segunda generación de tratamientos

PABLO J. OLIVARES-OLIVARES

PROFESOR TITULAR DE UNIVERSIDAD DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS. UNIVERSIDAD DE MURCIA

ANA ISABEL ROSA ALCÁZAR

CATEDRÁTICA DE UNIVERSIDAD DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS. UNIVERSIDAD DE MURCIA

ÁNGEL ROSA ALCÁZAR

PROFESOR AYUDANTE DOCTOR DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS. UNIVERSIDAD DE MURCIA

JOSÉ OLIVARES RODRÍGUEZ

CATEDRÁTICO DE UNIVERSIDAD DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS. UNIVERSIDAD DE MURCIA

Intervención psicológica conductual y conductual-cognitiva

Primera y segunda generación de tratamientos

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:

Francisco J. Labrador

Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Pablo J. Olivares-Olivares, Ángel Rosa Alcázar, Ana Isabel Rosa Alcázar y José Olivares Rodríguez, 2022

© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2022

Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es

Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid

Teléfono: 91 393 89 89

www.edicionespiramide.es

ISBN digital: 978-84-368-4595-2

Los hombres lo esperan todo de los dioses; no saben que son ellos mismos los autores y los dueños de su vida y su destino.

DEMÓCRITO, siglo V a. C.

*Al profesor Dr. Luis Montesinos Palacios.
A nuestros compañeros de profesión.
A nuestros alumnos.*

Índice

Presentación	13
1. Antecedentes e inicios de los tratamientos psicológicos en el contexto científico	25
1.1. Antecedentes.....	25
1.2. El inicio. Los primeros desarrollos de los tratamientos psicológicos en el marco científico.....	35
2. El desarrollo de los tratamientos psicológicos	41
2.1. Consideraciones de orden conceptual	41
2.2. Proceso de creación, desarrollo, valoración y depuración/afinamiento de los tratamientos psicológicos.....	50
2.3. Inicio, desarrollo y consolidación del modelo conductual.....	56
2.3.1. El enfoque E-R neoconductista o del condicionamiento clásico ..	57
2.3.2. Enfoque operante: el análisis conductual aplicado.....	61
2.3.3. La delimitación del modelo conductual	64
2.3.4. El concepto de problema psicológico desde la óptica conductual	67
2.4. La primera generación de tratamientos. El rigor y el compromiso con el método científico	68
2.4.1. Técnicas de respiración y relajación	68
2.4.1.1. Técnicas de respiración.....	70
2.4.1.2. La relajación	71
2.4.1.2.1. Relajación muscular progresiva	71
2.4.1.2.2. El entrenamiento autógeno	76
2.4.1.3. Actividades	81
2.4.1.4. Cuestionario de autoevaluación	83
2.4.2. Desensibilización sistemática	83
2.4.2.1. La desensibilización sistemática estándar como tratamiento de primera elección	88
2.4.2.2. Variantes	97
2.4.2.3. Actividades	98
2.4.2.4. Cuestionario de autoevaluación.....	100
2.4.3. Inundación y otras técnicas.....	100
2.4.3.1. La exposición gradual.....	105

2.4.3.2.	Variantes	109
2.4.3.3.	Actividades	112
2.4.3.4.	Cuestionario de autoevaluación	115
2.4.4.	Técnicas y tratamientos operantes para generar, desarrollar y mantener respuestas	115
2.4.4.1.	Refuerzo positivo	118
2.4.4.1.1.	Técnicas basadas en la aplicación del refuerzo positivo	123
2.4.4.2.	Refuerzo negativo	127
2.4.4.3.	Variables que favorecen el fracaso de la aplicación del refuerzo	127
2.4.4.4.	Actividades	128
2.4.4.5.	Cuestionario de autoevaluación	130
2.4.5.	Técnicas y tratamientos operantes para incrementar y reducir/eliminar respuestas	130
2.4.5.1.	Extinción	132
2.4.5.2.	Castigo	134
2.4.5.3.	Refuerzo diferencial	137
2.4.5.4.	Programas de economía de fichas	139
2.4.5.5.	Contrato conductual	141
2.4.5.6.	Actividades	145
2.4.5.7.	Cuestionario de autoevaluación	146
2.5.	Inicio, desarrollo y consolidación del modelo conductual-cognitivo. La incorporación del componente cognitivo como variable independiente ...	147
2.5.1.	Nuevos pasos en el avance de la comprensión y explicación del comportamiento. El fenómeno del aprendizaje vicario y la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura	150
2.5.2.	Delimitación y características de la formulación inicial del modelo conductual-cognitivo	154
2.5.3.	Otras aportaciones y ampliaciones teóricas que enfatizan el papel de las variables cognitivas en el comportamiento humano: el enfoque cognitivo	165
2.5.3.1.	Terapia racional-emotiva conductual de Albert Ellis ...	170
2.5.3.2.	La terapia cognitiva de Aaron Beck	174
2.5.3.3.	Teoría de las perspectivas de Daniel Kahneman y Amos Tversky. Implicaciones clínicas del papel de las heurísticas en el procesamiento de la información y en la aparición de los sesgos cognitivos	176
2.6.	La segunda generación de tratamientos psicológicos. La incorporación explícita de las variables cognitivas	190
2.6.1.	Procedimientos de modelado	190
2.6.1.1.	Actividades	201
2.6.1.2.	Cuestionario de autoevaluación	202
2.6.2.	Entrenamiento en habilidades sociales	203
2.6.2.1.	Proceso de entrenamiento en habilidades sociales	211
2.6.2.2.	Actividades	217
2.6.2.3.	Cuestionario de autoevaluación	218
2.6.3.	Estrategias y técnicas para producir reestructuración cognitiva ...	219

2.6.3.1.	Terapia cognitiva de Aaron Beck	223
2.6.3.2.	Actividades	228
2.6.3.3.	Cuestionario de autoevaluación	230
2.6.4.	Entrenamiento en habilidades de afrontamiento	230
2.6.4.1.	Entrenamiento en autoinstrucciones	231
2.6.4.2.	Entrenamiento en inoculación de estrés	235
2.6.4.3.	Entrenamiento en manejo de ansiedad.....	240
2.6.4.4.	Actividades	244
2.6.4.5.	Cuestionario de autoevaluación	245
2.6.5.	Estrategias para el entrenamiento en resolución de problemas	245
2.6.5.1.	El entrenamiento en la solución de problemas sociales.	249
2.6.5.2.	El entrenamiento en la solución de problemas interpersonales.....	253
2.6.5.3.	El programa SCIENCE	255
2.6.5.4.	Actividades	257
2.6.5.5.	Cuestionario de autoevaluación	259
2.6.6.	Técnicas y estrategias para el tratamiento del autocontrol	259
2.6.6.1.	Bases teóricas del autocontrol. Evolución de su delimitación conceptual y de las propuestas explicativas	264
2.6.6.2.	La evaluación y el tratamiento del autocontrol	280
2.6.6.2.1.	Estrategias e instrumentos de evaluación	283
2.6.6.2.2.	El tratamiento conductual-cognitivo del autocontrol.....	287
2.6.6.3.	Actividades	311
2.6.6.4.	Cuestionario de autoevaluación	312
3.	La intervención psicológica en el marco conductual y conductual-cognitivo.....	313
3.1.	El concepto de la intervención psicológica	313
3.2.	El desarrollo de la aplicación de la intervención	319
3.2.1.	En el ámbito individual.....	320
3.2.1.1.	¿Por qué es necesaria la formulación de casos?	320
3.2.1.2.	Fase descriptiva o diagnóstica	324
3.2.1.3.	La fase explicativa o de formulación del caso	334
3.2.1.4.	El diseño del tratamiento y los resultados de su aplicación.....	345
3.2.1.5.	Ventajas e inconvenientes del tratamiento individual	350
3.2.2.	La intervención psicológica en el contexto grupal.....	351
3.2.2.1.	Algunas ventajas e inconvenientes del tratamiento en grupo.....	352
3.2.2.2.	Fases del proceso de la intervención psicológica en grupo.....	358
3.2.3.	Actividades	362
3.2.4.	Cuestionario de autoevaluación.....	363
3.3.	Recursos complementarios de uso frecuente en la intervención psicológica.....	364
3.3.1.	Los paraprofesionales	365

3.3.2.	Otros recursos no consustanciales al medio en el que se interviene...	368
3.3.3.	Actividades	372
3.3.4.	Cuestionario de autoevaluación.....	374
3.4.	Los prerequisites: eficacia, eficiencia y efectividad.....	374
3.4.1.	Los cimientos de la construcción de las intervenciones psicológicas válidas y fiables	375
3.4.2.	La delimitación de los criterios para verificar la validez y la fiabilidad.....	379
3.5.	El psicólogo como variable relevante	386
3.5.1.	Los peligros de las «actuaciones profesionales imaginativas»	386
3.5.2.	La actitud ante los ECA y su efecto en la práctica clínica cotidiana	388
3.5.3.	La formación y la experiencia del psicólogo	407
3.6.	Los manuales y la intervención psicológica.....	419
3.7.	Alcance y limitaciones de la intervención psicológica basada en el modelo conductual-cognitivo.....	432
	Referencias bibliográficas	453
	Glosario de acrónimos de uso frecuente en el texto.....	501
	Soluciones a los cuestionarios de autoevaluación.....	503
	Anexos	505

Presentación

La psicología española [...] es internacional, científica [...] y está contribuyendo eficazmente al acervo de conocimientos de la psicología mundial.

ARDILA (1999, p. XXII).

En estos momentos, tenemos una Psicología científica que está al nivel de la que se hace en los países avanzados de nuestro entorno.

Hoy hay ya investigadores de nombre internacional que vienen a trabajar a nuestros departamentos para colaborar con lo que aquí se hace [...].

Digo todo esto no para que nos refugiemos en los laureles, sino para recordar que todo ello supone una responsabilidad, un reto, el de seguir y seguir luchando por la ciencia y la profesión en nuestro campo.

HELIO CARPINTERO (2009)¹.

En trabajos previos abordábamos el desarrollo que ha seguido la psicología científica, las funciones que desempeñamos los psicólogos, los requisitos que requiere nuestra formación, el proceso que seguimos hoy en nuestra actuación (la intervención psicológica) y la relevancia que tiene desde hace ya bastante tiempo el quehacer de muchos de los profesionales que integran esta disciplina².

Como decíamos allí, el fin de nuestro trabajo no es otro que promover e incrementar el bienestar de las personas, ayudándolas mediante el aprendizaje a mejorar la adecuación de sus respuestas

en los contextos en los que actúan cotidianamente o en los que se hallan circunstancialmente (clínico, educativo, laboral, jurídico, deportivo, sanitario, militar, circulación vial, etc.). Es decir, nuestro trabajo consiste en promover el cambio y en ayudar a cambiar, para que nuestros pacientes/clientes (P/C) puedan desarrollarse hasta donde les sea posible y funcionar de un modo autónomo y competente, de modo que incrementen sus opciones de adecuarse eficientemente a su medio social y capitalizar así las oportunidades que se les presenten.

El conjunto de acciones que realizamos en el curso del ejercicio de nuestra profesión es lo que conocemos como «intervención psicológica»: proceso a lo largo del cual el profesional, allá donde se presentan problemas o trastornos rela-

¹ Véase *Infocop* (2009).

² Véase ejemplos de ello en Olivares, Macià, Olivares-Olivares y Rosa-Alcázar (2012) u Olivares, Macià, Rosa-Alcázar y Olivares-Olivares (2013).

tivos al comportamiento humano, evalúa el problema/trastorno (P/T) que presenta el P/C, lo concreta y lo trata. Ello requiere que se cuantifiquen los resultados que se obtienen, a corto, a medio y a largo plazo, para verificar la consolidación y generalización de los cambios, además de su validez individual o clínica y social, y en su caso aplicar ayudas puntuales para superar retrocesos específicos o, por ejemplo, clarificar opciones de actuación cuando el P/C considera que lo ha intentado repetidamente y no ha conseguido concretar la acción más viable.

El objetivo del trabajo que hoy presentamos es, en primer lugar, poner en manos del lector en general, y muy especialmente del futuro profesional de la psicología, es decir, de nuestros actuales estudiantes del grado en psicología y de nuestros futuros maestros en psicología general sanitaria, una aproximación al proceso de evaluación y tratamiento que se ha desarrollado, a la luz de las premisas teóricas de los enfoques que integran el modelo conductual-cognitivo (MCC), así como respecto de la problemática en la que este se halla inserto.

Somos conscientes de la existencia en el ámbito de la psicología de un grupo de psicólogos que amablemente podríamos calificar como «psicólogos teóricos» frente a otro que, siguiendo la línea de la Asociación Americana de Psicología, podemos calificar como psicólogos con formación científica que practican el ejercicio profesional.

Ambos grupos son necesarios para el desarrollo de nuestra disciplina siempre y cuando se ajusten a la única metodología que hoy lo hace posible (la científica). La ciencia posibilita la conjetura de cualquier idea, su contraste con la realidad en las condiciones aleatorizadas y controladas que se ajusten a lo que el conocimiento y las circunstancias del presente permitan (ECA), así como a su posterior discusión como paso previo a su aplicación en el curso de la práctica clínica cotidiana (a fin de salvaguardar a nuestros P/C de intervenciones «creativas» extemporáneas).

Pero esta conveniencia para fomentar la discusión y el cultivo de la creatividad, que habrá de alumbrar nuevas respuestas para solucionar nuestros viejos problemas y trastornos del comportamiento, no debe confundirse con el hecho de que ambos grupos cuentan con las mismas capacidades para resolver o ayudar a superar los problemas y trastornos que presentamos los seres humanos. El sufrimiento no puede ser resuelto con la especulación, salvo que haya probado su eficacia para ser aplicado en condiciones previamente determinadas y para el caso concreto de que se trate.

En consecuencia, aunque la especulación y otras modalidades de transmisión de información puedan ser, en algunos casos, condiciones necesarias para construir conocimiento psicológico y llegar a encontrar el mejor modo de avanzar, sin embargo, su aplicación al margen del conocimiento disponible puede constituir un hecho punible cuando existen tratamientos que han probado su eficacia y efectividad para tratar el P/T que presenta ese C/P. No parece lícito actuar como si el psicólogo pudiera permitirse demorar la aplicación del mejor tratamiento disponible para ayudar a su P/C a superar el P/T que presenta.

El sufrimiento requiere, para su reducción y/o eliminación, conocimientos concretos, contrastados y replicables, válidos y fiables, aun cuando estos, como recuerda la Asociación Americana de Psicología, no eximan al profesional de disponer de los conocimientos y la pericia necesarios para ser capaz de adecuarlos a las circunstancias concretas de sus P/C:

La Asociación Americana de Psicología ha identificado la «mejor evidencia de investigación» como un componente principal de la práctica basada en la evidencia (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Este sitio web describe la evidencia de la investigación para los tratamientos psicológicos, que necesariamente se combinará con la experiencia del clínico y los valores y características del pa-

ciente para determinar los enfoques óptimos del tratamiento (APA, 2013)³.

En los inicios de la psicología científica, el artefacto teórico responsable de nuestros primeros avances es el que conocimos como «modelo conductual» (MC). La relevancia de disponer de un marco teórico de referencia, coherente, bien fundamentado teóricamente y empíricamente, es tal que puede afirmarse que «No hay nada más práctico que una buena teoría» o, en su defecto, como es nuestro caso, que un buen modelo teórico. Sin un marco teórico de referencia, no es posible entender, por ejemplo, por qué un tratamiento es o no eficaz, qué podemos hacer para que lo sea o por qué es más eficiente que otro, pese a que los dos hayan probado ser eficaces.

Con la formulación del MC se produce la que se ha llamado «primera generación» de los tratamientos psicológicos, los cuales dieron nombre a lo que ahora conocemos genéricamente como «tratamiento conductual» (TC) y al inicio y desarrollo de la modificación y terapia de conducta.

En este marco, los enfoques teóricos de referencia eran el instrumental (Operante) y el neoconductista. Esta fase se caracterizó por el estudio experimental y empírico del cambio directo de la respuesta alterada y desadaptada, por medio de la manipulación de los estímulos antecedentes o consecuentes que la desencadenaban o la mantenían.

A esta primera fase le siguió un nuevo hito: el desarrollo de las técnicas cognitivas y su integración junto a los desarrollos conductuales en el marco teórico que, desde entonces, pasó a conocerse como «modelo conductual-cognitivo» o

«cognitivo-conductual» (MCC)⁴. Albert Bandura es muy probablemente una de las figuras más relevantes de las que propiciaron esta evolución en el seno de psicología científica.

El desarrollo de los tratamientos conductual-cognitivos, con más o menos énfasis en el peso o fuerza de sus elementos cognitivos, constituye el inicio de los tratamientos psicológicos de «segunda generación».

En ambos casos, el proceso de construcción de estas dos parcelas de la psicología científica lo hemos desarrollado siguiendo un criterio temporal que nos ha permitido agrupar la producción de este movimiento teórico en tres bloques: el primero integra los tratamientos llamados de primera generación, el segundo recoge los etiquetados como «segunda generación» y el tercero, conocido como «tercera ola» o «tercera generación», todavía es considerablemente controvertido en la mayor parte de sus propuestas, que se hallan en curso de desarrollo y sometidas al proceso de contraste y fundamentación empírica.

Los primeros son fruto del rigor metodológico y del compromiso con el método científico, características propias del enfoque conductual. Los segundos surgieron con la incorporación de las variables cognitivas al MC, las cuales forzaron su evolución al nuevo marco del MCC con la intención de dar respuesta a las preguntas que el desarrollo teórico del primero no permitía contestar satisfactoriamente. Los terceros iniciaron su camino a partir del rechazo de las categorías diagnósticas discretas, propias de la psicopatología psiquiátrica. Esta fue una de las variables que tuvieron más peso en el comienzo del movimiento transdiagnóstico.

La inconsistencia científica de este sistema de categorías discretas, pese a que fue asumido como propio por una parte muy considerable de los psicólogos que trabajaban y trabajan en el marco del

³ «The American Psychological Association has identified “best research evidence” as a major component of evidence-based practice (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). This website describes the research evidence for psychological treatments, which will necessarily be combined with clinician expertise and patient values and characteristics in determining optimum approaches to treatment» (APA, 2013).

⁴ Nosotros preferimos la expresión «conductual-cognitivo» porque hace referencia al proceso histórico del desarrollo de nuestros corpus de conocimientos psicológicos.

MCC, en cambio fue considerada por otros, en línea con lo argumentado en su día por Eysenck, Wakefield y Friedman (1983), como absurda para dar cuenta de los P/T psicológicos.

Esta reacción hizo que investigadores como Steven C. Hayes⁵ emprendieran el viaje de retorno a las raíces, al MC, mientras que otros como David H. Barlow⁶ o Peter J. Norton⁷ intentaran conciliar los logros de los tratamientos conductual-cognitivos (TCC) con la búsqueda de las variables transdiagnósticas o comunes a las alteraciones del comportamiento que presentamos los seres humanos, es decir, las relativas a la delimitación de constructos como la ansiedad y la depresión. Unos y otros emprenden su camino en la dirección que ya habían tomado Marsha M. Linehan⁸ o Christopher G. Fairburn⁹. Es decir, en un caso, el de Hayes, a partir del cisma con el MCC (tratamientos contextuales), y en el otro, el de David H. Barlow y Peter J. Norton, practicando la «reforma desde dentro».

En consecuencia, el movimiento transdiagnóstico («tercera generación») se caracteriza des-

de sus inicios por su heterogeneidad. Así, mientras que unos grupos de investigación se adscriben al MCC, pero incorporando en ocasiones una estrategia de meditación conocida como «mente atenta y despierta» o *mindfulness* (MFN), como es el caso de la terapia de conducta dialéctica o la terapia cognitiva para la depresión, en otros se mantienen estrictamente bajo el paraguas teórico del MCC, pero en el ámbito transdiagnóstico, como ocurre con el protocolo unificado de Barlow y su grupo o el de Peter Norton y el suyo. En cambio, otros grupos se enmarcan exclusivamente en el modelo conductual enfatizando el marco contextual, como ocurre con la activación conductual, o subrayando sus raíces estrictamente conductuales pero incorporando también la estrategia MFN y otras aportaciones de valor sociocultural y filosófico, como ocurre con la terapia de la aceptación y el compromiso.

Habida cuenta de la amplitud de los conocimientos teóricos y los desarrollos técnicos que se han producido en la construcción de estos movimientos hacia la comprensión, explicación, evaluación y tratamiento de los P/T del comportamiento, en el presente manual nos centraremos solo en los dos primeros. Es decir, en el MC y el MCC, con sus respectivas estrategias de evaluación y tratamiento, que se corresponden con la primera y la segunda generaciones de los tratamientos psicológicos de orden conductual y conductual-cognitivo.

En la estructura que hemos diseñado diferenciamos cuatro bloques cuyo contenido pasamos a comentar brevemente.

En el primero, y casi testimonial, abordamos los antecedentes e inicios de los tratamientos psicológicos en el contexto científico porque entendemos imprescindible conocer nuestras raíces para saber quiénes somos, qué esfuerzo hemos tenido que realizar para llegar hasta aquí y adónde podemos ir.

En el segundo bloque abordamos con profundidad y extensión los dos modelos teóricos (MC

⁵ Véase, por ejemplo, Hayes y Hofmann (2017).

⁶ Barlow, Allen y Choate (2004).

⁷ Norton (2008).

⁸ Linehan (1993a y 1993b) diseñó, desarrolló y validó empíricamente la utilidad de la terapia conductual dialéctica (TCD). Fue desarrollada para tratar el llamado «trastorno límite de personalidad» (TLP). La TCD es un tratamiento manualizado que combina los planteamientos del MC con conceptos como la aceptación, los valores y la atención plena. Su aplicación en grupo se combina con el seguimiento individual. El TLP exhibe una comorbilidad tan elevada y variada que resulta disparatada y requiere, desde la perspectiva biomédica, cambios casi constantes en la prescripción de su medicación de consulta en consulta. La TCD se encuadra dentro de la *tercera generación* de tratamientos psicológicos, en el subgrupo que enfatiza el contexto y la función de las respuestas. La TCD es un botón de muestra del quehacer de los psicólogos, durante los últimos cuarenta años, que a partir de la nominalidad de las categorías discretas del DSM han desarrollado modelos funcionales explicativos y tratamientos *ad hoc* que se han mostrado eficaces (válidos y útiles).

⁹ Fairburn, Cooper y Shafran (2003).

y MCC) y el desarrollo de los tratamientos psicológicos de primera y segunda generaciones.

En el tercero nos centramos en la intervención psicológica como conjunto del proceso de la práctica clínica. Es decir, como secuencia que se inicia con la recepción del P/C para su evaluación psicológica y posterior tratamiento (individual, en grupo o mixto) y termina con la última medida de seguimiento para verificar el grado de consolidación y mantenimiento de los efectos del tratamiento que se aplicó.

En este último abordamos el significado del concepto de la intervención psicológica en el marco conductual-cognitivo, el desarrollo que sigue su aplicación, los recursos complementarios que utilizamos frecuentemente en la intervención psicológica, la evidencia empírica de los requisitos de eficacia, eficiencia y efectividad en la que debe sustentarse toda intervención psicológica con seres vivos en general y con humanos en particular, el papel que desempeñamos los psicólogos en el curso de su aplicación (nuestra actitud, formación y experiencia como fuentes de amenazas y de fortalezas), la relevancia de los manuales o protocolos y, por último, su alcance y sus limitaciones en el contexto de este marco teórico.

Este recorrido se completa, en cada epígrafe destinado a los tratamientos y en dos de la intervención psicológica, con un apartado de actividades en el que se abordan desde los conceptos básicos del tema hasta la propuesta de un ejercicio aplicado a la reconstrucción de una intervención de caso único, la más frecuente en el ámbito de la intervención psicológica. Asimismo, se incluye una mínima autoevaluación relativa al dominio de algunas de las cuestiones planteadas en el desarrollo del capítulo, y un ejercicio para que el lector relacione los conceptos adquiridos con la realidad de la que han sido extraídos («Ejemplos de la vida cotidiana»).

En relación con los conceptos básicos de cada tema, queremos recordar al lector la importancia del dominio de los que utilizamos. Es más, por si puede valer como inductor de reflexión, podría

preguntarse, por ejemplo: ¿Qué ocurriría si fuese a un país en el que puede distinguir perfectamente los fonemas que utilizan en la construcción de su lenguaje oral pero desconoce el significado de las palabras? ¿Podría comunicarse oralmente con alguien? Recuerde que algo de eso es lo que le ocurre, por ejemplo, a muchos psicólogos cuando (¿sin darse cuenta porque lo desconocen?) utilizan un vocabulario que nada tiene que ver con el de su profesión (una parte de ellos son lo que en el texto calificamos como «psicopatologizados»).

Tal ocurre cuando en el ámbito de la comunicación profesional utilizamos indistintamente los conceptos de respuesta, conducta y comportamiento, o cuando utilizamos «patología» (ni siquiera «psicopatología»), o empleamos «trauma» como sinónimo de malestar muy intenso, o confundimos el conductismo como movimiento psicológico de inicios del siglo XX con el tratamiento conductual-cognitivo, o la «modificación de conducta» con el MCC, o la técnica con el tratamiento, o el entrenamiento con el tratamiento, etc. O, pese a sostener que se adscriben al MCC, mezclan sin ningún pudor expresiones del vocabulario propio de este modelo con conceptos que le son completamente ajenos como los psicoanalíticos, por poner un ejemplo.

Por último, agrupamos en un cuarto bloque un glosario con los acrónimos que utilizamos más frecuentemente en el texto, las soluciones a los cuestionarios de autoevaluación y los anexos que citamos. En estos últimos incluimos tanto extensiones y complementos del contenido desarrollado en los distintos epígrafes como instrumentos de evaluación (registros y escalas) y otros elementos que esperamos sean de utilidad para mostrar el modo en que evaluamos y tratamos los P/T psicológicos de nuestros P/C.

Esperamos que con todo ello el lector, sea ya un profesional o se halle cursando los estudios de maestría o los del grado de psicología, termine cada capítulo con una idea clara de algunas de las tareas que más frecuentemente hacemos los profesionales de la psicología, así como sobre por qué lo hacemos y cómo lo hacemos.

Queremos aprovechar esta presentación para, en el marco de esa saludable actitud crítica que hemos comentado, recordar que son muchas las cuestiones que en el apartado de la intervención psicológica, en general, y en el de los tratamientos psicológicos en particular, siguen pendientes de solución plenamente satisfactoria, pese a lo muchísimo que se ha avanzado y se continúa avanzando en nuestra disciplina. Por ello, en línea con nuestro modo de proceder en publicaciones previas¹⁰, planteamos al lector algunas de las muchas preguntas que nos gustaría que se hiciera cuando se enfrente al contenido de este manual. En unos casos hallará las respuestas en el propio libro y en otros tendrá que buscarlas en otros trabajos publicados por nuestros colegas.

Así, si nos centramos en la relación del psicólogo con la intervención, hay un conjunto de preguntas que el estudiante de grado de psicología debería estar en condiciones de responderse cuando tenga en la mano su título. Entre estas estarían, por ejemplo, las siguientes:

i) Respecto de la intervención psicológica en general:

¿Los conceptos o constructos tienen entidad real o son abstracciones de la realidad? ¿Son realidades concretas la inteligencia, la mente, la ansiedad, etc.? ¿A qué nos referimos realmente cuando decimos que alguien es inteligente o que muestra ansiedad? Sinceramente, ¿puede enfermar la mente?, ¿se puede estar enfermo de ansiedad? ¿La ansiedad o el estrés nos pueden invadir como las bacterias y los virus? ¿De qué estamos hablando cuando empleamos la expresión «enfermedad mental»? ¿Son equivalentes los conceptos de «síntoma», «signo» y «respuesta»? ¿Las alteraciones de nuestro comportamiento son «síntomas» de algo interno que no nos funciona bien o son realmente el problema psicológico en sí mismo?

¿Qué estrategias, instrumentos y unidades de medida utiliza el psicólogo para cuantificar y valorar la adecuación o inadecuación del comportamiento humano? ¿Respuesta, conducta y comportamiento son sinónimos? ¿Es importante diferenciar estos tres conceptos? ¿En qué casos se debe hablar de respuesta y en cuáles de conducta? ¿Da lo mismo hablar de «nivel» que de «intensidad» de una respuesta? ¿Un cliente es siempre un paciente? ¿El psicólogo trabaja con clientes, con pacientes o con ambos?

¿Un terapeuta es siempre un psicólogo? ¿Terapeuta y psicólogo son sinónimos? ¿Se emplean adecuadamente los conceptos de «terapia» y «tratamiento psicológico» cuando se utilizan como sinónimos? ¿En qué se diferencia la psicología de la psiquiatría? ¿Los P/T del comportamiento generados y mantenidos por alteraciones somáticas —bioquímicas, infecciosas, alteración del funcionamiento de órganos y sistemas orgánicos— se pueden tratar solo con estrategias de aprendizaje? ¿Los P/T del comportamiento generados por aprendizajes inadecuados se deben tratar necesariamente con productos químicos y procedimientos físicos? ¿Cuáles son los mecanismos implicados en los procesos de aprendizaje y cuáles en la acción de los medicamentos?

En sentido estricto, ¿«enfermedad mental» puede ser sinónimo de «trastorno psicológico»? ¿Dónde están los límites que separan el campo de acción del psicólogo y del psiquiatra a la hora de tratar un P/T? ¿Qué son y qué uso hacemos los psicólogos de los paraprofesionales?

¿En qué consiste el diseño de una intervención psicológica? ¿Ha de diseñar siempre el psicólogo las intervenciones que realiza? ¿Puede y debe improvisar el psicólogo durante el proceso de evaluación y tratamiento? Cuando se diseña por primera vez una intervención, ¿se han de emplear estrategias y técnicas que otros profesionales han empleado previamente con buenos resultados? ¿En qué casos está justificado el diseño de una intervención psicológica sin tener en cuenta los hallazgos previos?

¹⁰ Olivares et al. (2012 y 2013).

¿Para qué utilizamos los psicólogos las medidas obtenidas a partir de los datos proporcionados por el autoinforme —test o pruebas de lápiz y papel, autorregistros, declaraciones o respuestas a preguntas durante las entrevistas, etc.—, los test de situaciones o la observación por parte de terceros? ¿Cuándo, cómo, con qué y para qué se construye una línea de base (LB)? ¿Cuándo, cómo, con qué y para qué se realiza una evaluación pretest? ¿En qué se diferencia una evaluación pretest de la que se realiza para construir una LB? ¿De cuántas formas distintas se puede construir una LB? ¿Qué determina que elijamos una forma u otra para construir una LB o varias? ¿Es aconsejable sustituir la construcción de una LB en el tratamiento individual por una puntuación pretest obtenida mediante autoinforme? ¿Es preciso contemplar en el diseño de la intervención la evaluación de los efectos que está generando el tratamiento mientras se aplica, ya sea individualmente o en grupo?

¿Cuántas modalidades de hipótesis hay que contemplar y contrastar para concluir si el problema por el que se nos consulta es o no es un trastorno con relevancia clínica? ¿Qué papel desempeña el análisis topográfico en la consideración de la existencia de un problema o trastorno psicológico?

¿Diagnóstico psiquiátrico y diagnóstico psicológico son sinónimos? ¿En qué se fundamentan y cómo se realiza cada uno de ellos?

¿Qué implicaciones se derivan del análisis funcional para: *a)* la formulación de hipótesis de intervención y *b)* el diseño de la situación para aplicar el tratamiento psicológico? ¿Es determinante contemplar la infraestructura humana y material en el diseño de la aplicación de un tratamiento?

ii) Respecto del tratamiento

¿Entrenamiento y tratamiento son sinónimos en el campo psicológico? ¿Cómo se eligen, por qué se diseñan y cómo se evalúan los tratamientos psicológicos? ¿Cuándo podemos decir que un entrenamiento o un tratamiento ha sido eficaz? ¿Por

qué funcionan los tratamientos psicológicos que se han mostrado eficaces? ¿Todo lo que se hace cuando se aplica un tratamiento que se ha mostrado eficaz tiene la misma relevancia para el logro de los efectos que se producen? ¿Son todos los tratamientos eficaces? ¿Puede haber dos o más modalidades de tratamiento que se hayan mostrado eficaces para abordar un mismo P/T psicológico con éxito? ¿Puede ocurrir que ante un mismo trastorno dos o más psicólogos elijan el mismo tratamiento o tratamientos distintos? ¿Cuándo y por qué se presentaría esa coincidencia o diferencia? ¿En qué casos podrían darse?

¿Ser eficaz es sinónimo de ser efectivo y eficiente? ¿Son directamente generalizables los hallazgos de la investigación al ejercicio cotidiano de la profesión? ¿Cuándo se puede decir que un tratamiento psicológico está bien establecido?

¿Se puede utilizar para el tratamiento individual un programa de tratamiento manualizado, diseñado para tratar grupos? ¿Qué orienta el diseño de los tratamientos para grupos? ¿En qué se basa el diseño de un tratamiento individual?

¿Es necesario contemplar el desvanecimiento del tratamiento? ¿Qué criterios ha de seguir el psicólogo para saber cuándo ha de iniciar el desvanecimiento del tratamiento? ¿Y para darlo por finalizado? ¿Debe planificarse la prevención de «recaídas»?

Durante el curso de la intervención, ¿basta con las medidas que se puedan tomar dentro del ámbito clínico para maximizar el éxito del tratamiento? ¿Qué otras medidas habría que tomar, por quién, cómo, cuándo, dónde, hasta cuándo? ¿Es necesario seguir controlando el mantenimiento de los logros una vez que ha terminado la aplicación del tratamiento psicológico? ¿Hasta cuándo sería conveniente seguir verificando la estabilidad de los logros? ¿En qué dimensiones se ha de valorar la estabilidad de los logros? ¿Y su generalización?

Podríamos seguir formulando preguntas, pero pensamos que con este elenco ya dispone el lector de una muestra representativa de lo que entende-

mos que debería saber antes de iniciar el ejercicio de la profesión.

Otra cuestión que encontrará planteada el lector, en el curso de la aproximación que hacemos respecto de la relevancia del psicólogo, como variable que participa de los efectos del tratamiento, es la relativa a los llamados «factores comunes».

Hemos de reconocer y aceptar que como muestran los datos de la investigación puede haberse sobrevalorado la aplicabilidad de los TEA en la práctica cotidiana¹¹. De igual modo, aunque hoy resulta indiscutible la efectividad del tratamiento psicológico, seguimos sin tener respuestas concluyentes sobre cómo y para quién funciona¹². Probablemente, como señalan Castonguay et al. (2019a y b), ello se ha debido a la falta de consenso de los investigadores sobre los principios implicados en el cambio del comportamiento. Tales divergencias han permitido que se retome e intensifique la discusión sobre el peso y papel en la eficacia del tratamiento psicológico que corresponde a los denominados «factores específicos» y a los llamados «factores comunes»¹³.

¹¹ Sakaluk, Williams, Kilshaw y Rhyner (2019).

Entendemos que muy probablemente por cuestiones muy ajenas a los ECA y los TEA.

¹² Por ejemplo, hay varias propuestas vigentes para explicar por qué el proceso de la aplicación del principio de exposición funciona. Así, Foa y McNally (1996) hipotetizan que lo que hace posible que la exposición extinga las respuestas de ansiedad desencadenadas por las variables que se perciben como peligrosas es la habituación; Salkovskis, Hackmann, Gelder y Clark (2006) sostienen que es el desmentido de las creencias, y Craske, Treanor, Conway, Zbozinek y Vervliet (2014) proponen que es el aprendizaje inhibitorio, aunque como ya hemos indicado en última instancia su aplicación se fundamenta en la evidencia empírica que muestra su utilidad para modificar las variables que actúan como causas en su inicio y que contribuyen a su mantenimiento en cada uno de los formatos de tratamiento que se han investigado. Sobre las implicaciones de la vigencia de esta falta de una respuesta concluyente, pueden verse Fernández-Álvarez et al. (2020) entre nosotros o Hofmann (2020) en representación de las posiciones anglosajonas.

¹³ Véanse, por ejemplo, González-Blanch y Carral-Fernández (2017), Hofmann y Barlow (2014) o Wampold e Imel (2015).

En línea con esta cuestión, podemos preguntar si ¿todos los psicólogos estamos igualmente capacitados para el ejercicio de la profesión, es decir, un mismo tratamiento en «distintas manos» puede dar lugar a resultados muy dispares? ¿Dónde querría situarse usted cuando ejerza esta hermosa profesión: en el lado de los que obtienen generalmente buenos resultados teniendo un porqué para entenderlos y explicarlos o en el de los que los obtienen pero no pueden argumentar teóricamente su éxito ni saben a qué atribuirlo con una elevada probabilidad de acierto? ¿Adónde le gustaría que le llevase su deseo? ¿Es lo mismo ser ecléctico que tener un modelo teórico de referencia?

No es fácil adoptar una posición teórica, adscribirse a un modelo teórico, teniendo en cuenta que en la actualidad son varios y ninguno es capaz, por sí mismo, de dar respuesta a todas las preguntas ni soluciones a todos los problemas que se le plantean a un psicólogo. Pero esa es una tarea que cada uno de nosotros ha de ir realizando durante su período de formación. Lo peor que le puede pasar a un psicólogo es «no tener una identidad teórica» (porque ya hemos comentado que no hay nada más práctico que disponer de una buena teoría), después, claro está, de no tener la formación mínima que este trabajo requiere. Este libro, como los ya citados de Olivares et al. (2012 y 2013), pretende contribuir a prevenir ambas situaciones: el desconocimiento y la falta de adscripción teórica.

La adscripción teórica también filtra buena parte de las potenciales alternativas que se plantean como opciones para el entrenamiento/tratamiento psicológico. Sepa el lector que son más de 400 las opciones de tratamiento que se ofrecen en la actualidad para su aplicación en el ejercicio de la psicología. Pero afortunadamente el filtro empírico que ha supuesto la estrategia de la psicología basada en la evidencia ha hecho que sean muchísimas menos las que están refrendadas como tratamientos bien establecidos. Estas relaciones se pueden hallar en las bases de datos co-

TÍTULOS RELACIONADOS

- ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA, S. Valdivia-Salas y M. Páez Blarrina.
- ADICCIÓN A LA COMPRA, R. Rodríguez, J. M. Otero y R. Rodríguez.
- ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES, E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña.
- AGORAFOBIA Y ATAQUES DE PÁNICO, A. Bados López.
- AGRESIÓN Y PSICOPATÍA, J. Ortegay M. Á. Alcázar (coords.).
- ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA HUMANA, M.ª X. Froján.
- ANIMALES DE COMPAÑÍA Y SALUD, J. López-Cepero Borrego (coord.).
- ATENCIÓN TEMPRANA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, J. Piñero, J. Pérez-López, F. Vargas y A. B. Candela.
- AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, E. Echeburúa.
- BUENAS PRÁCTICAS EN LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, P. M. Ruiz, J. M. Velilla y E. González (Dir.).
- CLAVES PSICOBIOLOGICAS, DIAGNÓSTICAS Y DE INTERVENCIÓN EN EL AUTISMO, J. Folch-Schulz y J. Iglesias Dorado.
- CÓMO ELEGIR EL MEJOR TRATAMIENTO PSICOLÓGICO, S. N. Haynes, A. Gadoy y A. Gavino.
- CONSULTORÍA CONDUCTUAL, M.ª X. Froján Parga (coord.).
- DE LOS PRINCIPIOS DE LA PSICOLOGÍA A LA PRÁCTICA CLÍNICA, C. Rodríguez-Naranjo.
- DETECCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL AULA DE LOS PROBLEMAS DEL ADOLESCENTE, C. Saldaña (coord.).
- DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA, M. R. Ruiz-Olivares (coord.).
- EL ADOLESCENTE EN SU MUNDO, J. Toro Trullero.
- EL JUEGO PATOLÓGICO, E. Echeburúa, E. Becoña, F. J. Labrador y Fundación Gaudium (coords.).
- ÉTICA PROFESIONAL EN SALUD MENTAL, J. M. Pastor y C. del Río.
- FUNDAMENTOS Y APLICACIONES CLÍNICAS DE FACT, J. J. Macías Morón y L. Valero Aguayo.
- GUÍA DE AYUDA AL TERAPEUTA COGNITIVO-CONDUCTUAL, A. Gavino.
- GUÍA DE ÉTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, C. del Río.
- GUÍA DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES I, II y III, M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (coords.).
- GUÍA PRÁCTICA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA CLÍNICA, C. Marín.
- HABILIDADES CLÍNICAS PARA APLICAR, CORREGIR E INTERPRETAR LAS ESCALAS DE INTELIGENCIA Y WECHSLER, M.ª Forns i Santacana y J. A. Amador Campos.
- INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO INFANTIL, M. Servera Barceló (coord.).
- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA, J. Olivares, D. Macià, A. I. Rosa y P. J. Olivares.
- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE, P. J. Jiménez Martín.
- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CONDUCTUAL Y CONDUCTUAL-COGNITIVA, P. J. Olivares-Olivares, Á. Rosa, A. I. Rosa y J. Olivares.
- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y EDUCATIVA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES, F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (coords.).
- LA INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO INFANTIL, J. Martín.
- LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE FAWZY Y FAWZY PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS, P. Martínez, Y. Andreu y M.ª José Galdón.
- LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CONDUCTUAL Y CONDUCTUAL-COGNITIVA, P. J. Olivares-Olivares, Á. Rosa Alcázar, A. I. Rosa Alcázar y J. Olivares Rodríguez.
- LA VOZ Y LAS DISFONÍAS DISFUNCIONALES, R. M.ª Rivas y M.ª J. Fiuza.
- LAS RAÍCES DE LA PSICOPATOLOGÍA MODERNA, M. Pérez.
- LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS NO SON ENFERMEDADES, E. López y M. Costa.
- MANUAL DE EVALUACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA, I. Loínaz.
- MANUAL DE PROMOCIÓN DE LA RESILIENCIA INFANTIL Y ADOLESCENTE, M.ª de la F. Rodríguez, J. M. Morell y J. Fresneda (coords.).
- MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. Trastornos específicos, V. E. Caballo y M. A. Simón (coords.).
- MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. Trastornos generales, V. E. Caballo y M. A. Simón (coords.).
- MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD, I. Amigo.
- MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y FAMILIA, J. M. Ortigosa, M.ª J. Quiles y F. X. Méndez.
- MANUAL DE PSICOONCOLOGÍA, J. A. Cruzado Rodríguez (Coord.).
- MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA, J. F. Rodríguez y P. J. Mesa.
- MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA GENERAL, P. J. Mesa y J. F. Rodríguez.
- MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobes (dirs.).
- MANUAL DE TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN Y TERAPIA DE CONDUCTA, F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz.
- MANUAL DE TELESALUD MENTAL, J. J. Martí Noguera (coord.).
- MANUAL DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Adultos, E. Fonseca (coord.).
- MANUAL DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS, E. Fonseca (coord.).
- MANUAL DEL PSICÓLOGO DE FAMILIA L. M.ª Llavona y F. X. Méndez.
- MANUAL PARA LA AYUDA PSICOLÓGICA, M. Costa y E. López.
- MANUAL PARA EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS DELINCUENTES, S. Redondo Illescas.
- MANUAL PRÁCTICO DEL JUEGO PATOLÓGICO, J. Fernández Montalvo y E. Echeburúa.
- MEJORANDO LOS RESULTADOS EN PSICOTERAPIA, A. Gimeno.
- MEJORES EXPUESTOS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO, C. López Soler, M. Alcántara López, M. Castro Sáez y A. Martínez Pérez.
- MODIFICACIÓN DE CONDUCTA, R. G. Miltenberger.
- MÚLTIPLES APLICACIONES DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT), M. Páez Blarrina y O. Gutiérrez Martínez.
- MUTISMO SELECTIVO, J. Olivares y P. J. Olivares-Olivares.
- NEUROCOGNICIÓN, COGNICIÓN SOCIAL Y METACOGNICIÓN EN PSICOSIS, C. Rebolleda.
- PRESERVACIÓN FAMILIAR, M.ª J. Rodrigo, M.ª L. Máiquez, J. C. Martín y S. Byrne.
- PREVENCIÓN DE LAS ALTERACIONES ALIMENTARIAS, G. López-Guimerà y D. Sánchez-Carracedo.
- PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS, M. Isorna Folgar y D. Saavedra Pino (coords.).
- PROGRAMACIÓN FETAL, R. A. Caparros González.
- PSICOLOGÍA APLICADA A LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA, J. A. Mora Mérida, J. García, S. Toro y J. A. Zarco.
- PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA, M.ª T. González (coord.).
- PSICOLOGÍA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA, F. J. Labrador y M.ª Crespo.
- PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL, R. González Barrón e I. Montoya-Castilla (coord.).
- PSICOLOGÍA DE LA SALUD, J. Gil Roales-Nieto (dir.).
- PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, A. I. Rosa Alcázar y P. J. Olivares Olivares (Coords.).
- PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ, R. Fernández-Ballesteros (dir.).
- PSICOLOGÍA PERINATAL, M.ª de la F. Rodríguez Muñoz (coord.).
- PSICOMOTRICIDAD, M. Bernaldo de Quirós Aragón.
- PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, R. González (coord.).
- PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA. Adaptado al DSM-5, M. Ortiz-Tallo.
- PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO, L. Epeleta y J. Toro.
- PSICOPATOLOGÍA GENERAL, M.ª J. Fernández Guerrero.
- PSICOPATOLOGÍA INFANTIL BÁSICA, J. Rodríguez Sacristán (dir.).
- PSICOTERAPIAS, J. L. Martorell.
- REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES CRÓNICOS, A. Rodríguez González (coord.).
- TDAH Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA, C. López y A. Romero (Coords.).
- TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA, F. J. Labrador.
- TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT), K. G. Wilson y M. C. Luciano Soriano.
- TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN PSICOSIS, J. A. Díaz Garrido, H. Laffite Cabrera y R. Zúñiga Costa (coords.).
- TERAPIA DE CONDUCTA EN LA INFANCIA, I. Moreno García.
- TERAPIA DE GRUPO PARA LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, L. Carter Sobell y M. B. Sobell.
- TERAPIA PSICOLÓGICA, J. P. Espada, J. Olivares y F. X. Méndez.
- TERAPIA PSICOLÓGICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES, F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (coords.).
- TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL), E. Mendoza Lara.
- TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, M. Ojea Rúa.
- TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA, F. Alcantud Marín (coord.).
- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA ADICCIÓN AL JUEGO ONLINE, M. Chóliz Montañés y M. Marcos Moliner.
- TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, M.ª P. García y J. Sanz.
- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL MUTISMO SELECTIVO, J. Olivares, A. I. Rosa y P. J. Olivares.
- TRATAMIENTOS CONDUCTUALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, J. Olivares, F. X. Méndez y D. Macià.
- TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS, J. Vila y M.ª del C. Fernández-Santaella.
- TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA PSICOSIS, E. Fonseca (coord.).
- TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y TRASTORNOS CLÍNICOS, A. Gavino.
- VIGOREXIA, A. García Alonso.
- VIOLENCIA Y TRASTORNOS MENTALES, E. Echeburúa.
- VIVIR CON LA DROGA, J. Valverde Molina.