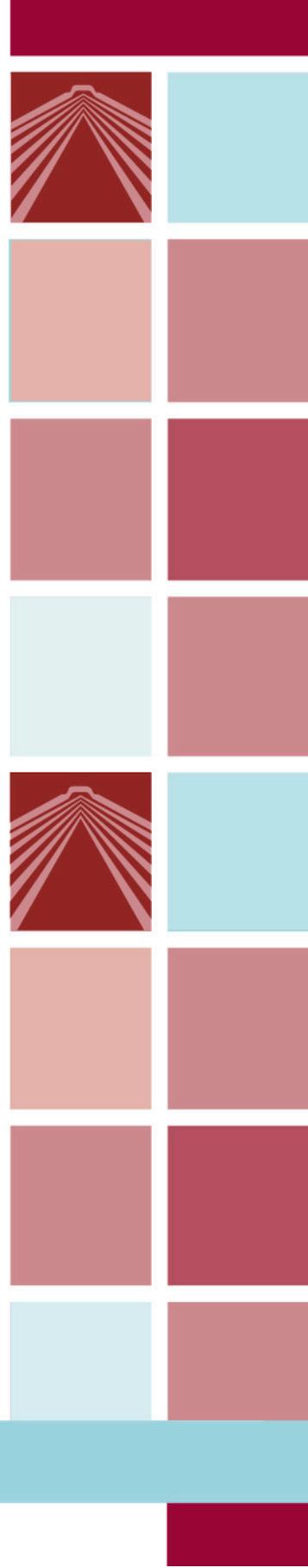


Intervención psicológica transdiagnóstica

Tercera generación de los tratamientos
psicológicos

José Olivares Rodríguez
Pablo J. Olivares-Olivares

PIRÁMIDE



Intervención psicológica transdiagnóstica

Tercera generación de los tratamientos
psicológicos

JOSÉ OLIVARES RODRÍGUEZ

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

PABLO J. OLIVARES-OLIVARES

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

Intervención psicológica transdiagnóstica

Tercera generación de los tratamientos
psicológicos

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.

© José Olivares Rodríguez y Pablo J. Olivares-Olivares, 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: 978-84-368-4684-3

*Por todo lo que sabemos que nos quieres.
Por todo lo que sabes que te queremos.*

*A Antonia Olivares Alcalá.
Inteligente, creativa, luchadora, abnegada, desprendida...*

Índice

Agradecimientos	15
------------------------------	----

Prólogo	17
----------------------	----

PARTE PRIMERA **Delimitación del movimiento transdiagnóstico**

1. Precedentes	39
-----------------------------	----

1.1. El cuestionamiento de la intervención conductual-cognitiva.....	39
1.1.1. Problemas, críticas y retos.....	39
1.1.2. La problemática generada por el uso de las categorías psicopatológicas discretas.....	49
1.2. Los hallazgos de las investigaciones.....	56
1.3. La insatisfacción de clínicos e investigadores	58
1.3.1. Con el diagnóstico psiquiátrico basado en el modelo biomédico.	58
1.3.2. Con el gran número de categorías y su elevada comorbilidad.....	60
1.3.3. Con el peligro de promover la psicopatologización y la medicalización para tratar problemas de adaptación	62

2. El inicio y desarrollo	63
--	----

2.1. El inicio.....	63
2.2. El concepto genérico de transdiagnóstico	67
2.3. Posiciones de la investigación transdiagnóstica en el marco dimensional.	69

3. Implicaciones clínicas	77
--	----

3.1. Constructos y mecanismos relevantes para la intervención psicológica ...	77
3.2. Algunas cuestiones para la reflexión	88

PARTE SEGUNDA
Los enfoques transdiagnósticos y la tercera generación
de tratamientos psicológicos

4. Los desafíos	99
5. La incorporación del «mindfulness» a la intervención psicológica	109
5.1. Consideraciones preliminares.....	109
5.2. Delimitación del concepto de «mindfulness»	113
5.3. El «mindfulness» como modalidad de intervención psicológica.....	115
5.3.1. La evaluación.....	115
5.3.2. El tratamiento	120
5.3.2.1. El inicio. El Mindfulness Stress Reduction Program	120
5.3.2.2. La estructura y el contenido del tratamiento.....	124
5.3.2.3. Problemática en el marco de la práctica basada en la evidencia	127
5.3.2.4. La investigación de los elementos y los mecanismos activos.....	130
5.3.3. La evidencia empírica	135
5.3.3.1. En los estudios específicos	135
5.3.3.2. En las revisiones cuantitativas.....	143
5.3.4. El «mindfulness» como componente de otros tratamientos	148
6. La intervención conductual-cognitiva-transdiagnóstica	151
6.1. Terapia de conducta dialéctica	156
6.1.1. Introducción	156
6.1.2. Delimitación	159
6.1.3. La intervención	160
6.1.3.1. La evaluación.....	160
6.1.3.2. El tratamiento estandarizado	170
6.1.3.3. Variantes o modalidades de aplicación de la terapia conductual dialéctica	175
6.1.3.4. La evidencia empírica que sustenta la terapia conductual dialéctica	189
6.2. Terapia conductual-cognitiva basada en el «mindfulness» para la prevención de recaídas en la depresión	195
6.2.1. Introducción	195
6.2.2. Delimitación	195
6.2.3. La intervención	196
6.2.3.1. La evaluación.....	196
6.2.3.2. El tratamiento	197
6.2.3.3. Variantes del tratamiento estándar.....	199
6.2.4. La evidencia empírica	206

6.3.	La terapia conductual-cognitiva mejorada para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario.....	210
6.3.1.	Introducción	210
6.3.2.	Delimitación	214
6.3.3.	La intervención	214
6.3.3.1.	La evaluación.....	215
6.3.3.2.	El tratamiento	215
6.3.4.	La evidencia empírica	219
6.4.	El protocolo unificado para el tratamiento de los trastornos emocionales.....	221
6.4.1.	Introducción	221
6.4.2.	Delimitación	223
6.4.3.	La intervención	224
6.4.3.1.	La evaluación.....	226
6.4.3.2.	El tratamiento	227
6.4.3.2.1.	La estructura modular y sus contenidos	229
6.4.3.2.2.	Los formatos de aplicación.....	238
6.4.4.	La evidencia empírica	243
6.5.	Terapia conductual-cognitiva en grupo para la ansiedad	245
6.5.1.	Introducción	245
6.5.2.	Delimitación	246
6.5.3.	La intervención	246
6.5.3.1.	La evaluación.....	246
6.5.3.2.	El tratamiento	247
6.5.4.	La evidencia empírica	247
6.6.	Las imágenes cognitivas como objeto de la intervención conductual-cognitiva-transdiagnóstica	250
6.6.1.	Introducción	250
6.6.2.	Delimitación	252
6.6.2.1.	El estudio de las imágenes cognitivas	252
6.6.2.2.	La perspectiva investigadora	254
6.6.2.3.	Las imágenes cognitivas como recurso terapéutico	260
6.6.3.	El tratamiento	262
6.6.3.1.	La «reescritura de imágenes cognitivas».....	262
6.6.3.2.	El empleo de imágenes cognitivas con efectos adaptativos.....	268
6.7.	Más evidencia empírica sobre los efectos de la intervención conductual-cognitiva-transdiagnóstica	271

7. El enfoque transdiagnóstico en el marco conductual-contextual y la teoría del marco relacional 273

7.1.	La psicología conductual y el marco transdiagnóstico.....	273
7.2.	La teoría del marco relacional	279
7.2.1.	La delimitación del «marco relacional» y otros conceptos.....	279
7.2.2.	Los contextos relacionales y funcionales.....	283
7.2.2.1.	Implicaciones clínicas.....	289

7.3.	Terapia de aceptación y compromiso	290
7.3.1.	Introducción	290
7.3.2.	Delimitación	292
7.3.3.	La intervención	297
7.3.3.1.	La evaluación	298
7.3.3.2.	El tratamiento	299
7.3.4.	La evidencia empírica	305
7.4.	Terapia de activación conductual	311
7.4.1.	Introducción	311
7.4.2.	Delimitación	316
7.4.3.	La intervención	321
7.4.3.1.	La evaluación	323
7.4.3.2.	El tratamiento	328
7.4.4.	La evidencia empírica	344
7.5.	Psicoterapia analítica funcional	345
7.5.1.	Introducción	345
7.5.2.	Delimitación	348
7.5.3.	La intervención	351
7.5.3.1.	La evaluación	351
7.5.3.2.	El tratamiento	354
7.5.4.	La evidencia empírica	366
8.	Psicoterapia interpersonal	369
8.1.	Introducción	369
8.2.	Psicoterapia interpersonal estándar	372
8.2.1.	Introducción	372
8.2.2.	Delimitación	373
8.2.3.	La intervención	378
8.2.3.1.	La fase inicial	378
8.2.3.2.	La fase intermedia	382
8.2.3.3.	La fase final	384
8.2.4.	Adaptaciones, modificaciones y variantes	384
8.2.4.1.	Terapia interpersonal breve	386
8.2.4.1.1.	Introducción	386
8.2.4.1.2.	Delimitación	387
8.2.4.1.3.	La intervención	392
8.2.4.2.	Psicoterapia interpersonal adaptada para adolescentes..	395
8.2.4.2.1.	Introducción	395
8.2.4.2.2.	Delimitación	395
8.2.4.2.3.	La intervención	396
8.2.5.	La evidencia empírica	408
8.2.5.1.	Respecto de la terapia interpersonal estándar y para ado- lescentes	408
8.2.5.1.1.	En el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo	410

8.2.5.1.2. En el tratamiento de los trastornos no relacionados con el estado de ánimo	414
8.2.5.1.3. Frente al tratamiento conductual-cognitivo en otros trastornos del comportamiento.....	417
8.2.5.2. La terapia interpersonal breve.....	418
Referencias bibliográficas	421
Glosario de acrónimos de uso frecuente en el texto	495
Anexos	499

Agradecimientos

A Ana María Cubillo Leivas, licenciada en Periodismo y máster universitario en Metodología de las ciencias del comportamiento y de la

salud, por la Universidad Nacional de Educación a Distancia, por su disponibilidad incondicional.

Prólogo

«(...) el método manejado por la psicología naturalista no agota las posibilidades de la racionalidad científica, no es la estación término de la ciencia, ni se acompasa del todo con la condición histórica de la conducta que pretende investigar» (...) Esta metodología es y continuará siendo necesaria durante mucho tiempo; solo que, eso sí, será cada vez menos suficiente. Si algo ponen de relieve las críticas (...) [es] la necesidad, en definitiva, de que la psicología no se limite a recortar su campo de acuerdo con un método importado de otras ciencias, sino que procure ampliar su metodología conforme a lo que requiera la peculiar condición subjetiva de su objeto».

PINILLOS (1980; pp. 583-584).

La importancia de seguir incrementando la mejora de nuestros tratamientos psicológicos (en su novedad y en relación con su eficacia, eficiencia y efectividad) se fundamenta en que esta es una condición necesaria no solo para que se reduzcan/eliminen los problemas/trastornos psicológicos (P/T) que presentan nuestros pacientes/clientes (P/C), sino también con carácter general para:

i) Prevenirlos (junto a sus correlatos biomédicos), ya sea respecto de potenciales retrocesos («recaídas») de quienes integran los grupos de riesgo (porque han padecido tales P/T), ya sea para que no se inicien en quienes se muestran vulnerables porque presentan variables que incrementan la probabilidad de su ocurrencia.

ii) Mejorar nuestros programas de promoción de hábitos saludables del comportamiento y

fortalecer a las personas ante la posibilidad de su aparición.

Para ilustrar su relevancia vamos a tomar como referencia los datos de un informe de la OCDE¹ sobre los costes directos e indirectos que acarrearán en 2015² los P/T psicológicos, así como una aproximación a sus repercusiones en términos del padecimiento.

En relación con sus costes, el promedio recogido en este informe superó el 4 por 100 del PIB.

¹ «La salud de un vistazo: Europa 2018». https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en;jsessionid=iEQvCIUPGObOE_xe_alHCey8-ip-10-240-5-46.

² Pese a que no se incluyan, no hemos de obviar los costes en sufrimiento para quienes los padecen y los que conviven con las personas que los presentan.

Esto supuso más de 600.000 millones de euros, de los que 40.000 correspondieron a España (el 4,2 por 100 de su PIB).

Del total de los costes económicos, 190.000 millones se destinaron a sufragar el gasto directo en atención sanitaria, 170.000 millones a la inversión en los programas de la Seguridad Social y 240.000 a los costes indirectos producidos por bajas e incapacidades laborales, así como por el descenso de la productividad³.

En 2016 el 16,67 por 100 de los habitantes de los 28 países que conformaban la UE, uno de cada seis (84 millones de personas), tenía problemas psicológicos relevantes. Además, en términos de pérdidas vitales, se estima que debido a ello murieron en 2015 más de 84.000 personas, de las que alrededor de 56.000 fueron suicidios.

Pero la relevancia de innovar o mejorar la eficacia, la eficiencia y la efectividad de los tratamientos psicológicos no solo deviene de su repercusión económica. El dato que corresponde al número de suicidios es una muestra del impacto de la intensidad del malestar que sufren quienes los presentan y padecen, así como sus familiares y amigos.

Además, en términos de costes relacionados con el sufrimiento y la duración de los P/T, hemos de recordar que muchos de estos últimos suelen aparecer por primera vez en la infancia y en la adolescencia. Este es un período evolutivo de gran vulnerabilidad, que se relaciona directamente con una menor regulación de la atención y del control sobre los problemas del comportamiento, en un entorno en el que las exigencias se incrementan de forma muy considerable y de manera

muy rápida⁴. De hecho, los estudios epidemiológicos indican que el 50 por 100 de los adultos con trastornos del comportamiento informan haberlos padecido antes de los 15 años y el 75 por 100 antes de los 24 años⁵.

En el informe breve de la Red PROEM⁶ se indica explícitamente que:

«La adolescencia es un período especialmente vulnerable para desarrollar problemas de salud mental, ya que el 50 por 100 de los problemas mentales aparecen antes de los 14 años. Los datos apuntan a que 110 millones de jóvenes sufren problemas emocionales (ansiedad y depresión) en todo el mundo. Solo en España se estima que 420.000 adolescentes sufren problemas emocionales, lo que representa casi el 50 por 100 de todos los trastornos mentales. Sin embargo, los problemas emocionales son los más infradetectedos e infratratados.»

De todos los trastornos del comportamiento que se inician en la infancia y la adolescencia, los conocidos como «trastornos mentales comunes» (TMC), es decir, los relativos a la ansiedad y a la depresión, son los que tienen mayor impacto en la salud psicológica a lo largo de la vida, debido a su interferencia en el desarrollo de la actividad cotidiana y al sufrimiento que causan. De estos dos, según la OMS⁷, los depresivos son los más frecuentes, dado que entre el 8 y el 15 por 100 de la población mundial los sufrirá en algún momento de su vida y representan el 33 por 100 del total, previéndose que en el año 2030 sean los más prevalentes.

Asimismo, los trastornos depresivos son calificados frecuentemente como «crónicos», desde el

³ Estos datos no contabilizan los costes económicos sufragados individual o familiarmente, que, desafortunadamente, corresponden generalmente a la mayor parte de la carga en la inmensa mayoría de los países que integran la OCDE, porque en estos el tratamiento psicológico o es testimonial o claramente insuficiente, como ocurre en España, o directamente no se contempla como parte de la cartera de servicios de los sistemas de salud.

⁴ Véase Andrews et al. (2020), Blakemore (2008), Dumontheil (2015), McCormick et al. (2018), Mills et al. (2014) y Paus et al. (2008).

⁵ Kessler et al. (2005; 2007).

⁶ https://redproem.es/wp-content/uploads/2019/03/Informe-Red-PROEM_Versi%C3%B3n-reducida.pdf.

⁷ World Health Organization (2011).

modelo biomédico-psiquiátrico, porque más del 60 por 100 de quienes los padecen terminan recaendo, pese a la administración de psicofármacos durante períodos de tiempo que oscilan generalmente entre los 6 y los 12 meses.

Respecto a la relación entre la edad de inicio y el pronóstico del curso que seguirán los P/T del comportamiento, los datos epidemiológicos de los estudios longitudinales indican que a inicio más temprano le corresponde mayor probabilidad de que la evolución clínica cumpla los requisitos para que puedan llegar a ser considerados altamente incapacitante o «graves»⁸.

En consecuencia, el inicio de los P/T depresivos en la infancia o en la adolescencia se asocia con una mayor probabilidad de deterioro del funcionamiento social y laboral, así como con menor calidad de vida, merma del rendimiento académico, dificultades en las relaciones familiares y sociales, alteraciones en la salud física y con un mayor número de intentos de suicidio y de suicidios consumados⁹.

Este impacto negativo de la depresión, cuando se inicia tempranamente, también se refleja en el hecho de que, dentro de las muestras de niños y adolescentes que se han estudiado, esta suele ser comórbida con otros trastornos¹⁰. De hecho, más de un tercio de quienes la presentan también cumplen los criterios para un trastorno del comportamiento disruptivo, un trastorno de ansiedad o ambos¹¹.

De ahí que, como indicaban Kuyken et al. (2017), sea de suma importancia que se desarrollen intervenciones que, además de eficaces en entornos controlados, también resulten efectivas en el ejercicio de la práctica clínica cotidiana, tanto para

tratar los P/T depresivos existentes como para abordar los procesos de vulnerabilidad que propician su aparición. En este último sentido, el objetivo es fortalecer a las personas para que puedan afrontar con las mayores garantías de éxito el desarrollo de esta fase su vida.

De hecho, se han realizado muchos intentos para desarrollar programas preventivos con la intención de reducir el riesgo de padecer P/T psicológicos en este tramo evolutivo, principal y generalmente promoviendo el bienestar y desarrollando habilidades para afrontar adecuadamente las relaciones interpersonales y la solución de los problemas¹².

Entre las dificultades a las que han tenido que hacer frente estas intervenciones inespecíficas y de carácter universal, destaca la aceptabilidad del tratamiento y la implicación en el mismo de quienes las presentan¹³. Ello se debe, en parte, a que muchas se han desarrollado basándose en modelos teóricos formulados para explicar los P/T que ya conocemos, como ocurre, por ejemplo, con los que se fundamentan en la terapia cognitiva de Beck (TCB). Su diseño refiere la información que se tiene sobre las personas cuando no están bien.

Muy probablemente este hecho contribuye de forma notable a incrementar la probabilidad de que tales intervenciones sean percibidas como poco atractivas por quienes presentan un perfil de

¹² Véanse, por ejemplo, los trabajos en lengua inglesa de Huppert y So (2013) y Sawyer et al. (2012), o entre nosotros los de Garaigordobil et al. (2019) y Méndez et al. (2013).

¹³ Ambas están directamente relacionadas con los abandonos del tratamiento y con las «recaídas» o retrocesos en las ganancias conseguidas una vez finalizado este. De hecho, es uno de los problemas que tenemos pendientes de solución, como ya han subrayado, por ejemplo, Bados López et al. (2007), Cardí et al. (2020), DeJong et al. (2012), Hofmann y Bögels (2006) o Rodebaugh et al. (2004). De ahí la relevancia de incrementar tanto como resulte posible, entre otras, la satisfacción de los P/C con el tratamiento, el desarrollo de una buena alianza terapéutica, el aumento de la cohesión del grupo o las expectativas positivas de resultado (véase Marker y Norton, 2018, o McEvoy et al., 2009).

⁸ Williams et al. (2012).

⁹ Goodyer et al. (1997), Moreh y O'Lawrance (2016), Richardson et al. (2012), Wilkinson et al. (2018) y Williams et al. (2012).

¹⁰ En el ámbito del diagnóstico basado en las categorías discretas.

¹¹ Goodman y Goodman (2012).

«riesgo bajo». Esto puede ocurrir en mayor medida, sobre todo, cuando se pretende su prevención o los contenidos del programa forman parte del argumento que se utiliza para justificar la conveniencia de participar para promover la salud e incrementar el bienestar psicológico.

Recordemos que una de las dificultades o barreras a las que ha de hacer frente cualquier tratamiento preventivo es que no se puede garantizar que no se vayan a presentar los P/T a los que se refiere, pese a que los participantes hagan lo que se les pide y estos se hayan implementado adecuadamente. Esta casuística hace que en el corto plazo no suponga ninguna ventaja dedicar tiempo a participar en ellos, sino todo lo contrario. Participar implica emplear un tiempo en aprender algo nuevo que no se necesita (castigo negativo) y cuya expectativa de resultado o utilidad individual en términos concretos no está clara (pese a que sí lo esté en términos de probabilidad).

Es decir, a los problemas relativos a la aceptabilidad, debido a las bases en las que se suele sustentar la construcción teórica del tratamiento preventivo, se le suma que tampoco se pueda «garantizar» que, en el medio y largo plazo, se produzcan en todos y cada uno de los participantes los efectos positivos que se persiguen. Así, por ejemplo, se puede morir por cualquier causa distinta a las implicadas en los accidentes de tráfico pese a conducir generalmente a velocidades superiores a las permitidas legalmente, o fallecer por cualquier problema ajeno al consumo de tabaco pese a consumir diariamente un paquete de cigarrillos.

Esta dificultad inherente a la prevención, en cualquiera de sus formatos, también es una de las potenciales explicaciones del porqué, en algunos casos, se produce la paradoja de que investigaciones psicológicas rigurosas bien diseñadas, planificadas y ejecutadas no producen los resultados que confirmarían sus hipótesis, por ejemplo, sobre la superioridad del efecto de un tratamiento psicológico más pertinente y concreto frente al de otro más inespecífico que se aplica habitualmente

(TAU) o al de los grupos de control activos (GCA) o pasivos [v.gr. los grupos de control con personas en listas de espera (GCLE)]¹⁴.

Este es el caso, por ejemplo, del trabajo realizado por Stallard et al. (2013), quienes investigaron la efectividad clínica y la eficiencia de un programa de tratamiento conductual-cognitivo (TCC), adaptado para ser aplicado en población adolescente durante el tiempo de la actividad escolar («Resourceful Adolescent Programme» —PTCC_{AA} en adelante—)¹⁵, con el que se pretendía dotar a los escolares de recursos teóricos y de destrezas para que pudieran reducir preventivamente la probabilidad de aparición y de las respuestas alteradas y disfuncionales o desadaptativas (RAD) que conforman el constructo «depresión», entre los adolescentes detectados con «alto riesgo» de presentarla y padecerla.

Stallard et al. (2013) diseñaron un estudio controlado y aleatorizado (ECA) con tres condiciones experimentales, a las que asignaron aleatoriamente a los participantes (inicialmente 28 por grupo), controlando las variables que podían afectar al resultado, como, por ejemplo, el número de clases, el número de participantes por grupo, la frecuencia con que se les impartían las lecciones de Educación Personal, Social y de Salud («Personal, Social and Health Education» —EPSS en adelante—), etc.

Los participantes que fueron clasificados de «alto riesgo» fueron asignados al azar a los grupos PTCC_{AA} ($n = 392$), a los de control, en los que se les prestaba atención durante la impartición del contenido relativo a la educación personal, social y para la salud (EPSS_A; $n = 374$), y a otros

¹⁴ Véase, por ejemplo, Challen, Machin y Gillham (2014), Sawyer et al. (2012), Spence y Shortt (2007) y Stallard et al. (2013).

¹⁵ Curiosamente, pese a que todos coincidamos en la relevancia del contexto educativo para el desarrollo de este tipo de intervenciones, véase por ejemplo Saldaña (2002), en cambio no abundan como sería de esperar en la literatura psicológica científica, siendo una «rara avis» los que informan del fracaso en los resultados esperados.

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. Ortega y M. Á. Alcázar (coords.).*
- ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA HUMANA. *M.ª X. Froxán.*
- 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. Godoy 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 WECHSLER. *M.ª Fornis 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 TRANSDIAGNÓSTICA. *J. Olivares y P. J. Olivares-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, Á. Rosa, A. I. Rosa y J. Olivares.*
- 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. Loinaz.*
- 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. Carrobbles (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 y E. Echeburúa.*
- MEJORANDO LOS RESULTADOS EN PSICOTERAPIA. *A. Gimeno.*
- MENORES EXPUESTOS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO. *C. López Soler, M. Alcántara López, M. Castro Sáez y A. Martínez Pérez.*
- MODELOS DEL CAMBIO. *Casos clínicos en psicosis, J. A. Díaz Garrido, R. Zúñiga Costa, H. Laffite Cabrera y E. M. J. Morris (Coords.).*
- 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. Rebollada.*
- 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. Caparrós 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.).*
- PSICOLOGÍA PERINATAL EN ENTORNOS DE SALUD. *M.ª de la F. Rodríguez Muñoz y R. A. Caparrós González (coords.).*
- 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. Ezpeleta 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.).*
- TDAA 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.*