

Eficiencia de las terapias: ¿un paso más allá de la eficacia? Análisis crítico del modelo cognitivo-conductual

María Xesús FROXÁN-PARGA

Jesús ALONSO-VEGA

Carolina TRUJILLO SÁNCHEZ

Víctor ESTAL MUÑOZ

Universidad Autónoma de Madrid (España)

Resumen

La proliferación de la *investigación de resultados* ha colocado al modelo cognitivo-conductual como la terapia de elección para la mayoría de problemas psicológicos. Este tipo de investigación deja a un lado el análisis de los procesos de cambio conductual que subyacen al éxito de las diferentes técnicas de tratamiento, ya no sería importante saber qué es lo que hace que una técnica funcione siempre que ésta sea eficaz. Como consecuencia, el modelo cognitivo-conductual ha perdido la reflexión teórica y la fundamentación experimental que caracterizaba a la modificación de conducta sobre la cual se sustentaba en sus orígenes. Desde nuestra perspectiva, la *investigación de procesos* sería un paso previo necesario a la investigación de resultados de forma que los primeros puedan explicar cómo y por qué funcionan los tratamientos psicológicos, evitando así que el clínico se limite a aplicar procedimientos descritos en manuales protocolizados.

Abstract

The proliferation of outcome research has placed the cognitive-behavioral model as the therapy of choice for most psychological problems. This type of research leaves aside the analysis of behavioral change processes that underlie the success of different treatment techniques. Therefore, it would no longer be important to know what is that makes a technique works as long as it gives the expected results. Consequently, the cognitive-behavioral model has lost the theoretical reflection and the experimental foundation that characterized the modification of behavior on which it was based on its origins. From our perspective, process research would be a necessary preliminary step to outcome research so that it could explain how and why psychological treatments work, avoiding that the clinician simply applies the procedures described in the standardized manuals.

Desde hace años están proliferando los estudios sobre eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones psicológicas, con el objetivo final de desarrollar guías de tratamientos que constituyan un manual protocolizado donde, idealmente, se diga qué hay que hacer en cada momento, en cuántas sesiones y para qué etiquetas diagnósticas han de ser utilizados. Este tipo de investigaciones dirigidas a conocer cuáles son los tratamientos de elección para los distintos problemas psicológicos se engloban en lo que se ha llamado *investigación de resultados*. A lo largo de estas

páginas vamos a hacer un breve recorrido histórico del desarrollo de este conjunto de investigaciones para finalizar con un análisis crítico de su pertinencia en el marco de la intervención psicológica en general y de la intervención conductual en particular. Además, se contrapone la investigación de resultados con la denominada *investigación de procesos*, que supondría, desde nuestra perspectiva, un paso ineludible y previo a aquella y cuyo desarrollo permitiría concluir cómo y por qué funcionan los tratamientos psicológicos. Quizás el saber cómo y por qué un tratamiento tiene

Dirección de los autores: Facultad de Psicología. c/ Ivan Pavlov, 6. 28049 Madrid. *Correo electrónico:* mxesus.froxan@uam.es

Recibido: diciembre 2017. *Aceptado:* marzo 2018.

un determinado efecto permitiría, en un momento futuro, hacer una comparación entre tratamientos.

En este contexto, se plantea si la destacada supremacía de los tratamientos cognitivo-conductuales se corresponde con una mayor solidez teórica y experimental o es una especie de espejismo que esconde muchos de los problemas que la intervención conductual lleva arrastrando junto con su éxito. La tesis que se plantea en este trabajo es que la comparación de técnicas de tratamiento es inútil si no se analiza qué es lo que hace que esas técnicas funcionen, esto es, qué *proceso* subyace al *procedimiento*. Comparar procedimientos, es decir, descripciones de actuaciones, no tiene sentido desde el momento en que desconocemos qué es lo que hace que tengan un efecto. Sería lo mismo que intentar concluir que un analgésico es mejor que otro comparando el tamaño, color o formato del medicamento sin saber si lo que estamos tomando es paracetamol, ibuprofeno, ácido acetilsalicílico o tramadol. Aunque el ejemplo pueda parecer extremo, esto es exactamente lo que se hace con los tratamientos psicológicos en la investigación de resultados. Es más, se exigen unas condiciones metodológicas prácticamente imposibles para la intervención psicológica y, sobre todo, contrarias a la propia esencia de la intervención conductual, basada en un análisis funcional único para cada caso, desde el momento en que se impone la formación de grupos al azar para comparar las intervenciones y los individuos que forman tales grupos reciben un tratamiento u otro en función de la etiqueta diagnóstica.

En los últimos tiempos han confluído una serie de factores determinantes del auge de la investigación de resultados: la dura competencia para la intervención psicológica que supone el enorme desarrollo de los tratamientos psicofarmacológicos, así como la aparición de terceros pagadores públicos o privados, muy interesados en conocer cuáles son las mejores intervenciones y con el menor coste posible (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003). Aunque la investigación de resultados ha estado siempre presente en el ámbito de la psicología clínica (no podemos olvidar el artículo de Eysenck (1952) denunciando que las terapias psicodinámicas no funcionaban mejor que la remisión espontánea), fue a partir de los años 80 cuando cobra más fuerza, al empezar a cuestionarse la afirmación de que la modificación de conducta era el enfoque terapéutico más eficaz, especialmente después de los resultados del meta-análisis de Smith y Glass (1977). A partir de ese momento, la frase del pájaro Dodo en *Alicia en el País de las Maravillas*, “Todo el mundo ha ganado y todos deben tener premio”¹, es utilizada por múltiples autores para des-

cribir la situación respecto a la eficacia de la psicoterapia (Stiles, Shapiro y Elliott, 1986). Años más tarde, en 1995, se publicaba el controvertido artículo de Seligman sobre el dilema eficacia-efectividad de la psicoterapia, donde el autor planteaba, entre otras polémicas cuestiones, que los tratamientos psicodinámicos, humanistas o eclécticos no se ajustaban a las exigencias de la evaluación experimental de la eficacia, por lo que no se podía saber si funcionaban o no, y proponía sustituir el análisis de la eficacia por el de la efectividad. Seligman (1995) distinguía las características que debían tener los estudios sobre eficacia (diferencias estadísticas significativas entre tratamiento y control) y sobre efectividad (diferencia o significación clínica) y afirmaba que para contestar si funciona la psicoterapia es necesario hacer estudios sobre ambas.

El estudio de la eficacia, en investigaciones controladas, tiene como objetivos conocer hasta qué punto un tratamiento es útil o beneficioso para la solución de un problema determinado; se lleva a cabo en condiciones rigurosas de investigación y, en ocasiones, puede tener problemas de generalización o validez externa. Por el contrario, el estudio de la efectividad se dirige al análisis de como un tratamiento (eficaz) puede ser aplicado a la comunidad y a la práctica privada; es lo que la APA denominó en su momento eficacia clínica. En definitiva, el establecimiento de la efectividad sería la evaluación de la posibilidad de generalización, factibilidad (o viabilidad) y coste-eficiencia de un tratamiento, desde una eficacia previamente establecida. El trabajo de Seligman tuvo dos efectos relevantes: por una parte sirvió de revulsivo para el desarrollo de estudios de efectividad en el campo de la psicoterapia y por otra alentó el rigor metodológico de las publicaciones sobre psicoterapias no conductuales, presionadas además por informes como el de la APA que comentaremos a continuación (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1993, 1995).

Investigación de resultados e investigación de procesos

La División 12 de la *American Psychological Association* (APA) dedicada a la psicología clínica se encargó en 1993 de formar el grupo de trabajo (*Task Force*) sobre promoción y difusión de los tratamientos psicológicos, cuyos primeros resultados fueron publicados en 1995 (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1993; 1995). Con un grupo de trabajo formado por psicólogos de todas las orientaciones teóricas, se revisaron los procedimientos terapéuticos existentes en Psicología y, finalmente, se distinguieron dos categorías de tratamientos: los tratamientos *bien establecidos o eficaces* y los tratamientos *experimentales o probablemente eficaces*.

En la primera versión de 1993, se contabilizaron 18 tratamientos eficaces y 7 probablemente eficaces; en la re-

1. La frase “*Everyone has won and all must have prizes*” fue utilizada por Luborsky, Singer y Luborsky (1975) en el título de un artículo sobre las distintas psicoterapias y posteriormente fue retomada por múltiples autores para hacer referencia a esa pretendida equivalencia que se manifestaba a raíz de los múltiples estudios comparativos que se empezaban a desarrollar.

visión del 96, 22 tratamientos eficaces y 25 probablemente eficaces; y en la de 1998, 16 eficaces y 55 probablemente eficaces. La mayoría de los tratamientos considerados eficaces se adscriben al modelo cognitivo-conductual, mientras que ningún tratamiento psicodinámico figura en este grupo; los investigadores del *Task Force* (1993) concluyen que los tratamientos psicodinámicos son especialmente difíciles de categorizar según los criterios señalados. Una vez realizado el trabajo, el *Task Force* (1993) confeccionó una lista de veinte sugerencias dirigidas a potenciar y difundir los tratamientos eficaces, recomendando la promoción de programas de doctorado y entrenamiento para clínicos en dichos tratamientos y asegurando el apoyo explícito de la APA para los mismos (además de potenciar la investigación en cualquier otro no incluido en la primera lista).

El impacto del informe fue enorme, hasta el punto de que se le denominó el “*Eysenck II*” por su efecto crítico y polémico similar al provocado por el artículo de Eysenck de 1952 (Silverman, 1996). Entre otras cuestiones, se criticó que impusiese la necesidad de un manual de tratamiento específico, cosa que sólo tienen algunos cognitivo-conductuales o el hecho de que la selección de tratamientos se hiciese sobre tratamientos específicos para trastornos específicos y no tratamientos generales para todos los trastornos.

En las sucesivas versiones se fueron incorporando nuevas intervenciones a la lista de tratamientos *bien establecidos o probablemente eficaces*, algo que se complementó con los resultados de un segundo grupo de trabajo de la División 12 de la APA para el estudio de los tratamientos psicológicos en niños y adolescentes denominado *Task Force on Effective Psychosocial Interventions: A LifeSpan Perspective*, cuyas conclusiones se publicaron en los números especiales de las revistas *Journal of Pediatric Psychology* (Spirito, 1999) y *Journal of Clinical Child Psychology* en el año 1998 y en su edición actualizada de 2008, donde se produjo un cambio en el nombre de la revista (ahora *Journal of Child and Adolescent Psychology*) y se reemplazaron los estudios originales por investigaciones llevadas a cabo en la última década (David-Ferdon y Kaslow, 2008; Eyberg, Nelson y Boggs, 2008; Pelham y Fabiano, 2008), incluyendo nuevas revisiones sobre tratamientos para problemáticas que no habían sido incluidas en la primera versión (Keel y Haedt, 2008; Barrett, Farrell, Pina, Peris y Piacentini, 2008; Silverman, Pina *et al.*, 2008).

En este segundo grupo de trabajo ya se empezaba a informar sobre efectividad, esto es, logro de objetivos terapéuticos en la práctica clínica habitual, aunque el criterio fundamental para la clasificación de los tratamientos era su demostrada eficacia (logro de objetivos terapéuticos en investigaciones clínicas controladas). Se dejó de utilizar la expresión “empíricamente validados” por no utilizar el término validez, debido a las críticas ya mencionadas y se comenzó a hablar de *tratamientos con apoyo empírico*. Por último, en 2006 la APA creó la *Presidential Task Force on*

Evidence-Based Practice, que definió, frente a los *tratamientos con apoyo empírico*, lo que ahora se llama *práctica psicológica basada en la evidencia*, esta es, “la integración de la investigación con la experiencia clínica en el contexto de las características, la cultura y las preferencias del paciente” (p. 273).

Esta última propuesta de la APA de *práctica basada en la evidencia* reiteraba la necesidad de complementar los estudios de eficacia con los de efectividad, favoreciendo de esta forma el acercamiento entre investigación y práctica clínica, pero además planteaba la importancia de desarrollar investigación dirigida a identificar los mecanismos del cambio clínico como una de las maneras de potenciar el desarrollo de intervenciones psicológicas exitosas.

Siguiendo estas directrices, en 2014 la *Journal of Pediatric Psychology* publica un nuevo número especial sobre las *intervenciones basadas en la evidencia* en psicología pediátrica (Palermo, 2014). En ese número, se revisan las principales intervenciones psicológicas para problemas pediátricos como el dolor crónico (Fisher, Heathcote, Palermo, Williams, Lau y Eccleston, 2014), la obesidad infantil (Janicke, Steele, Gayes, Lim *et al.*, 2014) o el insomnio (Meltzer y Mindell, 2014) y se establecen las principales características de las futuras líneas de investigación. Palermo (2014) señala que la investigación necesita superar las preguntas básicas acerca de qué tratamientos psicológicos funcionan y avanzar hacia la comprensión de los mecanismos psicológicos que fundamentan que las intervenciones psicológicas funcionen. También, se abre el debate sobre si los ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) son el mejor método para entender cómo funcionan las intervenciones (Palermo, 2014).

La investigación de procesos se ha presentado tradicionalmente como un camino incompatible con la investigación de resultados. En un breve repaso histórico se puede concluir que hacia mediados del siglo pasado los estudios de procesos eran prácticamente inexistentes frente a los incipientes estudios de resultados para comparar la recién nacida modificación de conducta con los resultados obtenidos por las psicoterapias tradicionales. A lo largo de las últimas décadas se ha podido observar cómo el auge de una de las dos áreas conllevaba un enlentecimiento en el desarrollo de la otra (Hill, Nutt y Jackson, 1994). Los estudios de los *Task Force* de la APA fueron determinantes para destacar la investigación de resultados sobre la de procesos, hasta que recientemente la propia APA comenzó a reconocer la necesidad de desarrollar ambas conjuntamente (*Evidence-Based Practice in Psychology* o EBPP; *APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*, 2006). Se trataría, en definitiva, de analizar el proceso terapéutico en los tratamientos que mayor apoyo empírico han demostrado, tal como sugieren Rosen y Davison (2003) cuando destacan la necesidad de establecer principios de cambio con apoyo empírico que permitan frenar la proliferación de propuestas

psicoterapéuticas “de marca”, que quizás no añadan ningún mecanismo de cambio diferente con respecto a las ya establecidas hasta el momento.

En la actualidad se considera de manera prácticamente unánime que, en líneas generales, los tratamientos cognitivo-conductuales se han revelado como la alternativa terapéutica más eficaz (Carpenter, Andrews, Witrhaft, Powers, Smits y Hofmann, 2018; Hall, Kellett, Berrios, Bains y Scott, 2016; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang, 2012; Linardon, Wade, de la Piedad y Brennan, 2017; Nathan y Gorman, 2007) y por ello deberían ser el objetivo principal de la investigación de procesos. Pero este resultado, lejos de resultar definitivo, abre la puerta a una serie de problemas que durante los últimos años habrían permanecido solapados por el creciente éxito de las intervenciones cognitivo-conductuales. Para entender esta aparente paradoja hay que hacer un breve repaso de la historia de la intervención conductual.

El nacimiento de la modificación de conducta se vio sustentado, entre otros factores, por la aplicación de los avances de la investigación en Psicología al tratamiento de los problemas de conducta animal y humana. Pero la rápida expansión de sus procedimientos y ámbitos de aplicación y la inclusión de las variables cognitivas en el denominado *salto cognitivo* (Mahoney, 1974) provocó, entre otras cosas, la disgregación entre el laboratorio y la práctica clínica. Esta manera de proceder continuó hasta la década de 1990, momento en el cual teóricos e investigadores empezaron a trabajar seriamente en la clarificación y análisis de las técnicas consideradas propias del modelo cognitivo-conductual. De manera que en la actualidad es muy difícil precisar qué características tienen estas técnicas que las hacen aparentemente tan eficaces, o en qué principios teóricos y/o experimentales se apoyan. Se ha encontrado de forma repetida en diversos estudios que entre la mitad y un tercio de los psicoterapeutas prefieren conjugar en su práctica clínica una amplia variedad de técnicas derivadas de las principales escuelas teóricas antes que adscribirse a un enfoque “puro” de terapia (Lambert, Bergin y Garfield, 2004), llegándose a entender el eclecticismo como un valor. En estos momentos sería pertinente hacernos las siguientes preguntas: ¿existe un modelo cognitivo-conductual de psicoterapia?; ¿es posible hablar de una estrategia unificada de explicación, evaluación y tratamiento de los problemas clínicos psicológicos? La respuesta no es sencilla y, desde luego, no nos atrevemos a darla de forma inmediata. Si atendemos a la cantidad de manuales, revistas y trabajos de investigación que se publican con el nombre de modificación de conducta, terapia de conducta o terapia cognitivo-conductual, la respuesta tendría que ser indudable: sí existe y además está más viva que nunca. Pero si nos fijamos en el contenido de todas esas publicaciones comprobaremos que es tan diverso en cuanto a técnicas, metodología y asunciones teóricas que podríamos dudar que se refieran todas a lo mismo. Es un hecho que la

teoría y la investigación están absolutamente desligadas de la práctica, y los clínicos siguen utilizando cualquier tipo de técnica o variable sin importarles demasiado la congruencia teórica ni, incluso, los hallazgos de la investigación (Barlow, Hayes y Nelson, 1994; Morrow-Bradley y Elliot, 1986). Los terapeutas actuales, en general, no se pueden encuadrar en una orientación de forma exclusiva, ni a nivel teórico ni en cuanto a las técnicas que utilizan, lo cual lleva a preguntarse qué es lo que funciona realmente en terapia. Y en la misma línea, cabe preguntarse igualmente en qué consisten esas técnicas que a lo largo de diferentes estudios se muestran como las más eficaces. Pero este tipo de reflexiones no son las que abundan entre los investigadores del modelo cognitivo-conductual. Es más, parecería que los psicólogos nos tendríamos que sentir encantados de que por fin la llamada psicología científica, el modelo cognitivo-conductual saliese ganando en el complejo y variado mundo de la psicoterapia. Sin embargo, este éxito tiene una cara oscura sobre la que conviene pararse a pensar y que no es algo nuevo, sino que se viene arrastrando desde los años 80, momento en el que la llamada crisis de la modificación de conducta comienza a ser una realidad difícil de ignorar para la mayoría de los autores.

La crisis del modelo cognitivo-conductual

En los años 80 la identificación de modificación de conducta y modelo cognitivo-conductual es prácticamente unánime, presentándose un panorama caracterizado por una extraordinaria diversificación de posiciones teóricas, modelos y técnicas de tratamiento y la ampliación a nuevos campos que iban más allá del clínico convencional. El enfoque cognitivo-conductual gozaba de una situación privilegiada en el campo aplicado, siendo cada vez mayor el número de profesionales de la psicología que se adherían a él. Los tratamientos cognitivo-conductuales resultan ser breves y eficaces, lo que contribuyó decisivamente a su rápida popularización. Quizás sea este éxito y reconocimiento social, unido a la disgregación teórica iniciada en la década anterior, lo que determinó decisivamente la separación entre la investigación y la clínica; la esencia de la modificación de conducta, el psicólogo como investigador (Franks, 1991; Yates, 1970) se empezó a perder rápidamente.

La evolución de la modificación de conducta en este momento está determinada en gran medida por dos fenómenos estrechamente relacionados: por una parte, el hecho de que hubiese diversos modelos teóricos y ninguno de ellos estuviese, al menos en esos momentos, capacitado para explicar el comportamiento humano en su totalidad, con lo cual el psicólogo clínico conductual empezó a prescindir del apoyo teórico, aparentemente innecesario, dada la efectividad de las técnicas de tratamiento. El resultado es la aceptación de cualquier procedimiento que empíricamente se muestre eficaz. Y la efectividad era suficientemente grande como para *confirmar* que, efectivamente, la funda-

mentación teórica no era necesaria. Ya en la década anterior se defendía un criterio empírico a la hora de aceptar como válido cualquier procedimiento de cambio; inicialmente se añadía “siempre y cuando no contradiga los supuestos básicos de la disciplina”. Pero pronto esos supuestos básicos fueron tan generales que resultaba difícil contradecirlos y pronto el eclecticismo fue considerado un valor. La posición ecléctica supone, para unos, flexibilidad, moderación y apertura de mente y para otros es reflejo de confusión de ideas o incapacidad para decidir, sobre unos criterios justificados, la adhesión a un modelo unitario e integrado con el que dirigir de forma consecuyente y ordenada la propia actividad profesional.

Por otra parte, y unido también al éxito de los tratamientos, el psicólogo clínico conductual se empieza a convertir en un mero “aplicador” de procedimientos de cambio, de los cuales lo único que le importa es que funcionen, pero no cómo o por qué. La separación entre clínica y teoría e investigación era la tónica dominante. La afirmación de Goldstein y Krasner (1987) de que la modificación de conducta era el ejemplo de unión de la psicología básica (investigación rigurosa de laboratorio, a menudo con animales, a partir de la cual se desarrollan los modelos teóricos y los principios de la conducta humana) y la aplicación de esos principios a situaciones de la vida real fuera del laboratorio, para conseguir los cambios deseados en el comportamiento humano, distaba mucho de ser una realidad. En este sentido hablamos de crisis de la modificación de conducta; la esencia de la disciplina, aquellas características que la hacían única y distinta de cualquier otra alternativa explicativa y terapéutica, se estaban perdiendo en aras de una eficacia que, de seguir por este camino, también acabaría por perderse. Es entonces cuando el diagnóstico psiquiátrico tradicional empezaba a ser utilizado cotidianamente en la práctica clínica por los autodenominados terapeutas de conducta; el enfrentamiento al diagnóstico psiquiátrico había constituido un elemento esencial de la nueva disciplina frente a otras alternativas explicativas y terapéuticas y, sin embargo, en esos años se empezaba a utilizar dentro del enfoque. La consecuencia inmediata es que el tratamiento no se diseñaba acorde con un análisis funcional del caso (descripción objetiva de la/s conducta/s problema y de las variables de las que es función, y relación de esos elementos entre sí), requisito en principio indispensable para seleccionar y aplicar cualquier técnica conductual. Por último, los procedimientos de tratamiento utilizados por los clínicos se alejaban cada vez más de los principios experimentales sobre los que se habían construido, y se iban reduciendo a un conjunto de pasos estandarizados que se aplicaban mecánicamente; se seguía investigando en modificación de conducta (prueba de ello es la ingente cantidad de publicaciones sobre el tema), pero pocos clínicos estaban al corriente del contenido de las mismas. Diversos autores afirmaban que, en aquellos momentos, la investigación clínica tenía poca o ninguna

influencia sobre la práctica (Barlow, 1981; McCrady, 1986; Franks, 1991). Los trabajos de investigación se dirigían cada vez más al perfeccionamiento de las técnicas y a la especificación de sus componentes más activos, así como al estudio de la propia situación terapéutica y los elementos que la conforman (sujeto individual, terapeuta, conducta problema, etc.), hasta el punto de llegar a afirmarse que la modificación de conducta no era más que una tecnología conductual que únicamente había de demostrar su eficacia sin necesidad de apoyarse en una teoría.

Mientras que en el campo aplicado las técnicas cognitivas tienen cada vez más audiencia, los principales autores de la modificación de conducta acentúan sus críticas a dicha vertiente: se cuestionan la fundamentación de los modelos cognitivos imperantes, la ausencia de definiciones operativas y la circularidad de muchos conceptos, así como el supuesto de que la actividad cognitiva determina los estados emocionales y la conducta sin excepción (Kanfer y Hagerman, 1985; Eysenck y Martin, 1987; Wolpe, 1990). Otra crítica hace referencia a la necesidad de estructurar y sistematizar de modo más riguroso los procedimientos de aplicación de estas técnicas ya que, si no se hace así, se corre el riesgo de que se terminen convirtiendo en un *cajón de sastre* donde todo vale. Existe un reconocimiento generalizado respecto a la utilidad de las variables cognitivas en la explicación y tratamiento de los problemas conductuales humanos, pero al mismo tiempo se afirma que, igual que en sus orígenes se exigía a la modificación de conducta una fundamentación experimental, también a estas nuevas técnicas hay que exigirle una fundamentación similar. La disociación creciente entre la psicología básica y la modificación de conducta propició que, al abordar problemas complejos que incluían variables cognitivas, se utilizasen constructos y técnicas con escasa fundamentación teórica, alejadas de la psicología experimental (ejemplo, distorsiones cognitivas, creencias irracionales, etc.) y justificadas por la experiencia clínica más que por la base teórica. La ausencia de base experimental de los métodos de intervención empleados, y su fundamentación en la experiencia clínica podría hacer de la modificación de conducta una psicoterapia más, ya que perdería su característica básica, que es la fundamentación científica.

Por lo que respecta al campo teórico, la situación estaba también bastante confusa. No existe una definición operativa y unánime de cuál es el objeto de la disciplina; se partía de que era la conducta, pero por tal se entendía la interacción del organismo con su entorno, pero también la respuesta del organismo tomada como variable dependiente de la función conductual; algunos la reducían a manifestaciones observables y otros incluían fenómenos privados. El terapeuta, al exponer su trabajo, rara vez hacía alusión al marco teórico de referencia, que al fin y al cabo sería el que le permitiría hipotetizar una determinada relación entre los datos y guiar el trabajo de experimentación hacia la comprobación de

sus hipótesis. En definitiva, existía en estos momentos un desinterés generalizado por la formulación teórica de los conceptos y modelos, que darían una base sólida sobre la que avanzar en la práctica clínica.

Tal como comentamos anteriormente, se produce un silencio generalizado en torno al tema de la definición, coincidiendo con la implantación definitiva de las técnicas cognitivas dentro de la disciplina; a partir de esa década, los principales manuales publicados no incluyen definiciones de modificación de conducta como tales, sino más bien hacen un listado de sus características principales o de su proceder en la práctica diaria. No podemos hablar de eclecticismo teórico porque lo que caracteriza a los años 80 es la falta de teorías; el abandono de la teorización dificulta el desarrollo de una investigación disciplinada por lo que se empiezan a sustituir los modelos teóricos generales por otros más específicos y concretos, que intentan resaltar el proceso de adquisición de un determinado problema junto con las condiciones y fases de su tratamiento, lo cual conduce a desdibujar los límites de la intervención conductual. Y es en esta situación en la que irrumpen con fuerza los estudios de eficacia comparativa, que con sus halagüeños resultados para el modelo cognitivo-conductual no hacen sino enrarecer la ya de por sí confusa situación. Pero, además, tienen unas consecuencias todavía más perniciosas: anulan todo intento de clarificación de las bases teóricas y conceptuales sobre las que se asienta y frenan por completo la investigación experimental sobre los procesos de aprendizaje que fueron el pilar fundamental y responsable del éxito de esta tecnología.

La realidad del modelo cognitivo-conductual

En la actualidad, el modelo cognitivo-conductual guarda muy poco parecido con la modificación de conducta a partir de la cual se desarrolló. El ímpetu investigador y el rigor en los planteamientos teóricos que caracterizaron sus orígenes se fueron perdiendo con el tiempo, por razones que sin duda están relacionadas con la gran eficacia terapéutica demostrada que condujo a un abandono de la reflexión teórica y de la fundamentación experimental. Con el paso del tiempo ya no importa tanto analizar por qué funcionaba una técnica o si un procedimiento es congruente con una base conceptual determinada siempre que se consiga un cambio clínico relevante. Y es precisamente este hecho el que nos hace ser reticentes y críticos con la eficacia/eficiencia terapéutica. Si no sabemos qué es lo que está funcionando, si no hay un modelo explicativo claro de la tecnología utilizada, ¿de qué sirve decir que es mejor que otras tecnologías igualmente confusas?

Pero hay otra cuestión relevante que todavía no hemos abordado y que contribuye a hacer, si cabe, todavía más deprimente el panorama terapéutico. El surgimiento de la modificación de conducta implicó la asunción de unos

supuestos teóricos y experimentales que hacían de esta tecnología una forma de intervención eminentemente psicológica, frente al modelo médico imperante. La evaluación conductual y el análisis funcional frente a la etiquetación como estrategia diagnóstica; la identificación de las funciones de las conductas problema frente a la descripción de los síntomas generados por una supuesta causa (orgánica) subyacente. La práctica totalidad de los estudios sobre eficacia/eficiencia terapéutica se hacen partiendo de un modelo médico, clasificando los problemas según etiquetas diagnósticas y seleccionando las técnicas de tratamiento utilizadas con base en estas etiquetas. Partiendo de este hecho cabe preguntarse cómo podemos sentirnos satisfechos los psicólogos con los resultados de los estudios de eficacia, cuán orgullosos nos tenemos que sentir cuando se hacen anulando la esencia misma de la intervención conductual, ésta es, el análisis funcional de la conducta. Algo se está haciendo mal en todo este proceso: los psicólogos no tratamos síntomas, tratamos personas que tienen problemas de conducta y eso es indivisible de la actividad psicológica. El hecho de que nos digan que un tratamiento es bueno para una etiqueta no nos dice nada del tratamiento en sí ni de cómo funciona. Por otra parte, las múltiples guías sobre tratamientos psicológicos eficaces no solo clasifican las intervenciones con base en etiquetas diagnósticas, sino que hacen una categorización de las técnicas en función de denominaciones que esconden los principios en los que se asientan. Retomando el ejemplo del principio de este texto, sería como clasificar los analgésicos según su nombre comercial. No sólo podríamos hacer múltiples clasificaciones distintas, sino que sería imposible concluir qué principio activo es el más eficaz y para qué. No tiene sentido afirmar que para el insomnio lo más eficaz es la intervención cognitivo-conductual y en segundo lugar la psicoeducación. ¿Acaso la psicoeducación no es una intervención cognitivo-conductual?

La clasificación de técnicas se hace en virtud de procedimientos, de descripciones y no de procesos y ese es el siguiente gran problema. Procedimientos podemos registrar cientos, cada autor puede diseñar el suyo, cada clínico puede adaptarlo a su estilo. Pero esos procedimientos, esas “técnicas” no son las responsables de la solución del problema clínico, únicamente son el vehículo para que lo realmente terapéutico ocurra, que no es otra cosa que el proceso de aprendizaje que se pone en marcha. Obviar este aspecto es ignorar la base de la intervención (cognitivo-)conductual. Un estudio comparativo de tratamientos psicológicos sólo tendría sentido si compara un proceso con otro proceso, no un procedimiento con otro procedimiento. Retomando el famoso estudio del *Consumer Report* en el que Seligman se apoyó para escribir el polémico artículo al que hicimos antes referencia (Seligman, 1995), los resultados no resultarían tan dramáticos para la intervención psicológica si se hubiese tenido en cuenta que se estaba hablando de procedimientos de intervención y no de procesos terapéuticos. El artículo

concluía que, a la hora de resolver un problema psicológico, podía ser igualmente efectiva la intervención de un especialista en salud mental, un médico de familia, un psicólogo o un grupo de autoayuda. Al margen de las críticas metodológicas que se hicieron a este estudio (Brock, Greenm, Reich y Evans, 1996; Hollon, 1996; Jacobson y Christensen, 1996; Mintz, Drake y Crits-Christoph, 1996), una conclusión que en ese momento no se consideró es que todos estas intervenciones, cualquiera que fuese el profesional que las aplicase, ponían en marcha algún proceso de aprendizaje responsable del cambio terapéutico; y estos procesos de aprendizaje ocurrían independientemente del conocimiento, o incluso del objetivo, que tuviese el profesional en cuestión.

Volviendo al paralelismo con la medicina, un analgésico tiene el mismo efecto independientemente de quién nos dé la pastilla e incluso aunque quien nos la da ignore el efecto que dicho analgésico puede tener. Desde nuestra perspectiva, cualquier estudio sobre eficacia, efectividad o eficiencia tendría que hacerse teniendo en cuenta los procesos que subyacen al cambio terapéutico y no, o al menos no exclusivamente, comparando los procedimientos que permiten que tales procesos ocurran. El procedimiento terapéutico es como el envoltorio que esconde lo verdaderamente valioso y lo hace más atractivo o adecuado para una persona en concreto. El desconocimiento del proceso que subyace al procedimiento deja sin posibilidad de actuación al profesional cuando el segundo falla.

El énfasis en la objetividad y en el rigor metodológico de la investigación de resultados ha supuesto un avance respecto a la investigación previa. No obstante, estos esfuerzos son insuficientes si no se analizan los mecanismos de aprendizaje responsables de los cambios terapéuticos. Llegados a este punto nos tenemos que plantear hacia dónde se dirige la investigación sobre las técnicas de tratamiento psicológico. Nuestra propuesta es que hay que partir de la investigación de procesos como paso previo y fundamental para la investigación de resultados. Una investigación de resultados en ausencia de una investigación de procesos es inútil, el análisis de los mecanismos de aprendizaje que producen el cambio conductual debería ser indisoluble del estudio del cambio en sí. Un mayor conocimiento de los procesos que producen el cambio conductual permitiría al psicólogo clínico poner en marcha los mecanismos de cambio conductual apropiados en cada caso. Igualmente de esta forma se frenaría la proliferación de propuestas psicoterapéuticas que posiblemente no añadan nada a las ya existentes, sino cambios en la apariencia, en el formato del procedimiento. ¿Tratamientos basados en la evidencia? No, mecanismos de cambio basados en la evidencia.

Referencias

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). [Evidence-Based Practice in Psychology](#). *Ameri-*

can Psychologist, 61 (4), 271-285 [DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271].

Barlow, D.H. (1981). On the relation of clinical research to clinical practice: Current issues, new directions, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 147-155 [DOI: 10.1037/0022-006X.49.2.147].

Barlow, D.H., Hayes, S.C. y Nelson, R.O. (1984). *The scientific practitioner. Research and accountability in clinical and educational settings*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

Brock, T.C., Green, M.C., Reich, D.A. y Evans, L.M. (1996). [The Consumer Reports Study of psychotherapy: Invalid is invalid](#). *American Psychologist*, 51 (10), 1083 [DOI: 10.1037/0003-066X.51.10.1083].

Carpenter, J.K., Andrews, L.A., Witcraft, S.M., Powers, M.B., Smits, J.A., y Hofmann, S.G. (2018). [Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials](#). *Depression and Anxiety*, 35, 502-514 [DOI: 10.1002/da.22728].

David-Ferdon, C. y Kaslow, N.J. (2008). [Evidence-Based Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression](#). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (1), 62-104 [DOI: 10.1080/15374410701817865].

Eyberg, S.M., Nelson, M.M. y Boggs, S.R. (2008). [Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents With Disruptive Behaviour](#). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (1), 205-237 [DOI: 10.1080/15374410701820117].

Eysenck, H.J. (1952). [The effects of psychotherapy: An evaluation](#). *Journal of Consulting Psychology*, 16 (5), 319-324 [DOI: 10.1037/h0063633].

Eysenck, H.J. y Martin, I. (Eds.) (1987). *Theoretical Foundations of Behavior Therapy*. Nueva York: Plenum Press.

Fisher, E., Heathcote, L., Palermo, T. M., Williams, A.C., Lau, J. y Eccleston, C. (2014). [Systematic Review and Meta-Analysis of Psychological Therapies for Children With Chronic Pain](#). *Journal of Pediatric Psychology*, 39 (8), 763-782 [DOI: 10.1093/jpepsy/jsu008].

Franks, C.M. (1991). Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la terapia de conducta: una revisión conceptual. En V. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 3-26). Madrid: Siglo XXI.

Goldstein, M.R. y Krasner, L. (1987/1991). *La psicología aplicada moderna*, Madrid: Pirámide.

Hall, J., Kellett, S., Berrios, R., Bains, M.K., y Scott, S. (2016). [Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review, meta-analysis, and meta-regression](#). *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (11), 1063-1073 [DOI:10.1016/j.jagp.2016.06.006].

- Hill, C.E., Nutt, E.A. y Jackson, S. (1994). Trends in psychotherapy process research: Samples, measures, researchers and classic publications. *Journal of Counseling Psychology, 41* (3), 364-377 [DOI: 10.1037/0022-0167.41.3.364].
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J., Sawyer, A.T., y Fang, A. (2012). [The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses](#). *Cognitive Therapy and Research, 36* (5), 427-440 [DOI: doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1].
- Hollon, S.D. (1996). The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medication. *American Psychologist, 51* (10), 1025-1030.
- Jacobson, N.S. y Christensen, A. (1996). Studying the effectiveness of psychotherapy: How well can clinical trials do the job? *American Psychologist, 51* (10), 1031-1039.
- Janicke, D.M., Steele, R.G., Gayes, L.A., Lim, C.S., Clifford, L.M., Schneider, E.M., ... Westen, S. (2014). [Systematic Review and Meta-Analysis of Comprehensive Behavioral Family Lifestyle Interventions Addressing Pediatric Obesity](#). *Journal of Pediatric Psychology, 39* (8), 809-825 [DOI: 10.1093/jpepsy/jsu023].
- Kanfer, F.H. y Hagerman, S.M. (1985). Behavior therapy and the information processing paradigm. En S. Reiss y R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. Nueva York: Academic Press.
- Keel, P.K. y Haedt, A. (2008). [Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Problems and Eating Disorders](#). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37* (1), 39-61 [DOI: 10.1080/15374410701817832].
- Lambert, M.J., Garfield, S.L. y Bergin, A.E. (2004). Overview, trends, and future issues. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp.805-819). Nueva York: Wiley.
- Linardon, J., Wade, T.D., de la Piedad Garcia, X., y Brennan, L. (2017). [The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85* (11), 1080-1094 [DOI: 10.1037/ccp0000245].
- Mahoney, M.J. (1974/1983). *Cognición y modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- McCrary, B.S. (1986). Implications for behavior therapy on the changing alcoholism health care delivery system. *The Behavior Therapist, 9*, 171-174.
- Meltzer, L. J., y Mindell, J. A. (2014). [Systematic Review and Meta-Analysis of Behavioral Interventions for Pediatric Insomnia](#). *Journal of Pediatric Psychology, 39* (8), 932-948 [DOI: 10.1093/jpepsy/jsu041].
- Mintz, J., Drake, R.E. y Crits-Christoph, R. (1996). [Efficacy and effectiveness of psychotherapy: Two paradigms, one science](#). *American Psychologist, 51* (10), 1084-1085 [DOI: 10.1037/0003-066X.51.10.1084].
- Morrow-Bradley, C. y Elliott, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist, 41* (2), 188-197.
- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (1998). *A Guide to Treatments That Work*. Oxford: Oxford University Press.
- Palermo, T.M. (2014). [Evidence-based interventions in pediatric psychology: Progress over the decades](#). *Journal of Pediatric Psychology, 39* (8), 753-762 [DOI: 10.1093/jpepsy/jsu048].
- Pelham, W.E. y Fabiano, G.A. (2008). [Evidence-Based Psychosocial Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder](#). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37* (1), 184-214 [DOI: 10.1080/15374410701818681].
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (2003). El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. En M. Pérez Álvarez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (I). Adultos* (pp. 17-34). Madrid: Pirámide.
- Rosen, G.M. y Davison, G.C. (2003). [Psychology Should List Empirically Supported Principles of Change \(ESPs\) and Not Credential Trademarked Therapies or Other Treatment Packages](#). *Behavior Modification, 27* (3), 300-312 [DOI: 10.1177/0145445503027003003].
- Seligman, M. (1995). [The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study](#). *American Psychologist, 50* (2), 965-974.
- Silverman, W.H. (1996). Cookbooks, manuals, and paint-by numbers: Psychotherapy in the 90's. *Psychotherapy, 33* (2), 207-215 [DOI: 10.1037/0033-3204.33.2.207].
- Silverman, W.K., Pina, A.A. y Viswesvaran, C. (2008). [Evidence-Based Psychosocial Treatments for Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents](#). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37* (1), 105-130 [DOI: 10.1080/15374410701817907].
- Smith, M.L. y Glass, G.V. (1977). [Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies](#). *American Psychologist, 32* (9), 752-760.
- Stiles, W.B., Shapiro, D.A. y Elliot, R. (1986). [Are all Psychotherapies Equivalent?](#) *American Psychologist, 41* (2), 165- 180.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1993). [A Report Adopted by the Division 12 Board - October 1993](#).
- Wolpe, J. (1990). *The Practice of Behavior Therapy*. Londres: Pergamon Press.
- Yates, A.J. (1970/1973). *Terapia del comportamiento*, México: Trillas.