

ANUARIO DE PSICOLOGIA  
Núm. 30/31 - 1984 (1-2)

¿POR QUÉ FUNCIONAN  
LAS TERAPIAS  
COMPORTAMENTALES?

RAMÓN BAYÉS

Departamento de Psicología Experimental  
y Psicofisiología  
Universidad Autónoma de Barcelona

**Ramón Bayés**  
**Departamento de Psicología Experimental y Psicofisiología**  
**Sección de Psicología**  
**Facultad de Letras**  
**Universidad Autónoma de Barcelona**  
**Bellaterra (Barcelona)**

A principios de la década de los 50, Eysenck pronunció una conferencia en Oxford con motivo de la reunión anual de la *British Psychological Society*. Al término de la misma, aconteció un hecho insólito: un conocido profesor de Psiquiatría, con el puño levantado, cruzó amenazadoramente la sala en dirección al conferenciante al tiempo que pronunciaba la palabra "¡Traidor!" y si no llega a ser por la providencial intervención de algunos asistentes —verdaderos caballeros sin duda— la imagen pública de la docta reunión científica de súbditos de Su Majestad se hubiera visto gravemente deteriorada por una inadecuada agresión física de claro corte pasional y latino. Poco tiempo después, Eysenck (1952) confeccionó con los mismo datos de su conferencia un pequeño artículo de cinco páginas que únicamente fue aceptado para su publicación con la condición expresa de que debía someterse, previamente, al análisis crítico de cuatro prestigiosos psiquiatras a los que se permitiría, si lo deseaban, comentar o responder al mismo en la revista. Sin embargo, aun cuando esta condición fue aceptada por el autor, finalmente el trabajo se publicó solo ya que, al parecer, no se encontró a ningún psiquiatra que aceptara la defensa de la postura de Eysenck o que poseyera argumentos y datos lo suficientemente sólidos para rebatirla (Cfr. Eysenck, 1972).

En su conferencia y en su trabajo, Eysenck aportaba una serie de datos empíricos y en base a ellos afirmaba que, desde un punto de vista científico, la eficacia de la psicoterapia para el tratamiento de los trastornos neuróticos *todavía no había sido demostrada*. Su argumentación, en síntesis, era la siguiente:

- a) Si se comparan los datos de "mejoría" y "curación" disponibles, se observa en ellos una notable coincidencia: con independencia del tipo de psicoterapia utilizado, el porcentaje de "mejorías" o "curaciones" suele ser de dos tercios, lo cual no deja de ser un resultado aparentemente halagüeño para los psicoterapeutas.
- b) No obstante, si se comparan estos resultados con los procedentes de grupos de personas asimismo diagnosticadas como neuróticas a las que no se ha administrado psicoterapia y que, o bien han recibido un tratamiento no especializado de sus médicos de cabecera o un simple cuidado de vigilancia, se observa un éxito similar: también en estos grupos la mejoría afecta a dos de cada tres neuróticos.

En investigaciones independientes, Avnet (1965) y Frank (1968) llegaron a las mismas conclusiones, y Levitt (1957, 1963, 1971), tras revisar un periodo de treinta y cinco años de psicoterapia infantil, consiguió cifras similares: dos tercios de pacientes experimentaban mejoría al final del tratamiento pero la misma proporción de remisiones "espontáneas" se daba en el grupo de niños a los que, por alguna razón, tras ser diagnosticados, no se les pudo administrar psicoterapia.

Shepherd y Gruenberg (1957), por su parte, tras un estudio epidemiológico de un amplio sector de la población newyorquina, llegan a una conclusión sorprendente que coincide con los datos anteriores: los trastornos neuróticos tienden a desaparecer espontáneamente en un plazo de dos años:

Aparece perfectamente claro que, consideradas globalmente, las neurosis tienen un curso de acción limitado aunque no reciban tratamiento; de hecho, los mejores datos disponibles sugieren una duración media comprendida entre uno y dos años.

Ocho años después de la publicación de su primer trabajo, Eysenck (1960) efectuó una completa revisión del mismo llegando a unas conclusiones que no diferían substancialmente de las de su trabajo anterior:

- 1<sup>a</sup>) Cuando se comparan grupos de neuróticos que han recibido psicoterapia y grupos de neuróticos a los que no se ha administrado dicho tratamiento, ambos grupos experimentan mejoría en la misma proporción.
- 2<sup>a</sup>) Cuando se comparan soldados que han sido separados del servicio activo debido a episodios neuróticos y han recibido psicoterapia, con soldados en la misma situación pero que no han recibido dicho tratamiento, la probabilidad de que un soldado perteneciente a uno de los dos grupos sea reintegrado al servicio activo es la misma.
- 3<sup>a</sup>) Cuando se comparan grupos de niños con trastornos emocionales que reciben psicoterapia y grupos de niños con problemas similares que no la reciben, se observa que ambos grupos experimentan mejoría en la misma proporción.
- 4<sup>a</sup>) Cuando se comparan grupos de pacientes tratados con psicoterapia psicoanalítica y grupos de pacientes tratados con psicoterapia ecléctica, ambos mejoran en la misma proporción si no se tiene en cuenta el numeroso contingente de pacientes que abandona el tratamiento antes de que el terapeuta lo dé por finalizado. Si se incluye dicho contingente entonces la proporción de pacientes mejorados que han recibido tratamiento psicoanalítico es menor.

Once años más tarde, Rachman (1971) efectuó una revisión exhaustiva de la literatura con resultados parecidos y, un poco más tarde (Rachman, 1973) puntualizaba:

- 1<sup>o</sup>) La evidencia existente no permite cambiar la estimación original de Eysenck sobre la tasa de remisión "espontánea" en los trastornos neuróticos: aproximadamente dos tercios de tales pacientes se recuperarán sin intervención de un profesional en un periodo de dos años.
- 2<sup>o</sup>) No existe hasta el momento evidencia aceptable desde un punto de vista científico que fundamente la afirmación de que el psicoanálisis es eficaz desde el punto de vista terapéutico.
- 3<sup>o</sup>) En las investigaciones sobre psicoterapias no analíticas los resultados raras veces son mejores en los pacientes con tratamiento que en los pacientes sin tratamiento.
- 4<sup>o</sup>) La terapia comportamental —y más específicamente, la desensibilización sistemática— ha demostrado su eficacia en numerosos experimentos. Desde un punto de vista clínico sus resultados son alentadores pero todavía limitados.

No todos los autores de la época compartieron este punto de vista. Luborsky (1954), Rozenzweig (1954) y Strupp (1963), por ejemplo, trataron de invalidar los argumentos de Eysenck, y Sarason (1972) lo acusó de afirmar que la psicoterapia era un método clínico ineficaz cuando lo que Eysenck señalaba, en realidad, era tan solo que *el valor de la psicoterapia todavía estaba por demostrar*.

Y, por lo menos para muchas personas, no constituyen una demostración declaraciones como las de un comité de la Asociación Psicoanalítica Americana, según el cual el 97 por ciento de los pacientes que se someten al análisis debido a reacciones neuróticas y lo completan, "curan" o "mejoran" (Cfr. Rachman, 1973), cuando:

- a) Para elaborar este porcentaje de éxito sólo se toman en consideración los casos que, sin límite de tiempo, terminan el tratamiento a juicio de cada analista concreto.
- b) De 595 casos de neurosis que empezaron el psicoanálisis sólo lo terminó, aproximadamente, el 50 por ciento, con una duración media de 3 a 4 años y una frecuencia media de visitas de 4 a 5 por semana.
- c) Los psicoanalistas llegan a estos resultados tras una cuidadosa selección previa de pacientes. Phillips (1957), por ejemplo, encuentra que de 190 candidatos a tratamiento, los psicoanalistas rechazaron a 103 de ellos.

No hay duda de que la empresa de valorar adecuadamente los resultados de la psicoterapia es compleja y difícil, como el mismo Eysenck (1980) ha reconocido recientemente. Colby (1964) ha llegado a calificar el conjunto de datos de las numerosas investigaciones emprendidas para ello como "un completo caos", y Pérez (1982), tras analizar detalladamente el problema y aportar considerable bibliografía, ha llegado a la conclusión de que si bien el aserto propuesto por Eysenck en 1952 sigue siendo cierto en el momento actual, una pregunta tal como "¿Cuáles son los efectos de la psicoterapia?" no puede tener, globalmente, una respuesta pues todos los elementos del problema se encuentran mezclados e indiferenciados dentro de esta formulación. En efecto, si tenemos en cuenta, por una parte, la ambigüedad de los criterios diagnósticos tradicionales —poco merecedores de confianza como procedimientos de igualación de sujetos a partir de los cuales registrar diferencias de mejoría debida a los tratamientos— y, por otra, la gran variabilidad de los terapeutas al aplicar los tratamientos y la imprecisión de las observaciones que deben llevarse a cabo para que pueda calificarse a los sujetos como "mejorados" o "curados", es muy difícil que pueda realizarse con esta óptica una investigación que aporte resultados concluyentes.

De hecho, ya en la década de los 60, algunos autores, como Bergin (1966) señalaron que los estudios estadísticos del tipo presentado por Eysenck no podían demostrar si la psicoterapia era, o no, eficaz para un paciente concreto ya que lo que ocurría, en realidad, era que algunos individuos a los que se administraba psicoterapia mejoraban y que otros empeoraban con una tendencia media a mostrar un resultado de "no efecto" cuando se comparaba todo el grupo con otro de control. A juicio de Bergin (1966) —punto de vista compartido por Hersen y Barlow (1976)— trabajos como los de Eysenck son incapaces de contestar a la problemática más fundamental sobre el grado de eficacia de un tratamiento específico para un paciente concreto.

Y sin embargo, este tipo de pregunta general sobre la eficacia de la psicoterapia, a la que pronto se unieron otras sobre la eficacia de las terapias comportamentales, sobre la eficacia comparativa de ambos tipos de terapia y, últimamente, una más sobre la de la Medicina Comportamental, han apasionado y siguen apasionando a psicólogos, psiquiatras y pacientes, y también, cada vez más, a los ciudadanos, potenciales usuarios de este tipo de servicios y, en todo caso, posibles contribuyentes a sufragar sus costes a través de los impuestos en la medida en que su gestión dependa, en todo o en parte, de entidades u organismos públicos. *¿Por qué y en nombre de qué deben los ciudadanos financiar con su dinero terapias cuya eficacia no se encuentre científicamente demostrada?*

Lo cierto es que, en el momento presente, al ciudadano y al político que tratan de comprender desapasionadamente el problema, les es difícil llegar a formarse una opinión. Mientras que Rachman y Wilson (1980), tras una revisión de la literatura, siguen insistiendo en que no existe razón alguna para asumir que algún tipo de psicoterapia ayuda a los pacientes neuróticos a mejorar de forma más rápida y duradera de la que tendría lugar sin el beneficio de una intervención terapéutica, Smith y Glass (1977), basándose prácticamente en el mismo material bibliográfico, afirman que la psicoterapia es más eficaz que la

no intervención, aun cuando, sorprendentemente, dicha eficacia no parezca guardar relación con variables tales como la capacitación y experiencia del terapeuta o la duración del tratamiento.

En cuanto a la terapia comportamental, cuya eficacia hemos visto antes que Rachman (1973) destacaba aunque con cierta dosis de prudencia, nos encontramos con el siguiente panorama:

- a) Existen algunos autores —como, por ejemplo, Avia (1980), Brengelmann (1975, 1978), Krasner (1976), Turkat y Forehand (1980) y Vila (1978)— para los que la superioridad de la terapia comportamental en una amplia variedad de problemas está fuera de toda duda.
- b) En las últimas décadas parece haberse dado un trasvase de profesionales desde el campo psicoanalítico hacia las terapias comportamentales y los enfoques eclécticos. Así, por ejemplo, según Garfield y Kurtz (1976), en el año 1960, el 44 por ciento de los psicólogos encuestados utilizaba una terapia psicoanalítica mientras que 14 años más tarde, esta cifra se había reducido a menos de la mitad, el número de los que aplicaban una terapéutica comportamental había aumentado, paralelamente, hasta alcanzar un 10 por ciento y un 55 por ciento se pronunciaba en favor de métodos eclécticos. Adams y Calhoun (1974) atribuyen gran parte de la decadencia de las psicoterapias tradicionales y el interés resultante por la terapia comportamental a la demostrada ineficacia de las primeras.
- c) Un factor que podría contribuir a la relativa pérdida de confianza en las terapias más tradicionales y auge de la terapia comportamental podría radicar en el convencimiento de los terapeutas en la eficacia intrínseca de esta última. Maas y Brengelmann (1980), por ejemplo, mencionan que el 85 por ciento de los terapeutas encuestados en Alemania sostiene la opinión de que, en las terapias comportamentales, el éxito depende del método y no de la persona del terapeuta.

Y podemos legítimamente preguntarnos: ¿existe evidencia suficiente que apoye esta tendencia? Lamentablemente, nuestra respuesta no puede ser tan tajante y diáfana como desearíamos. Aunque existen investigaciones empíricas bien realizadas que apoyan esta creencia en la eficacia de la terapia comportamental, las mismas son mucho más escasas y de alcance más limitado de lo que generalmente se piensa.

Con respecto a una de las técnicas más populares y usadas en la terapia comportamental —la desensibilización sistemática— Wolpe (1984) sigue destacando, en la actualidad, como investigación modelo que demuestra su eficacia un trabajo de Paul (1966) de hace veinte años.

En su trabajo, Paul comparó la eficacia de diversas formas de tratamiento para disminuir la ansiedad producida por el temor a hablar en público en un grupo de estudiantes. Participaron en la investigación cinco psicoterapeutas experimentados con orientaciones que iban desde Freud a Sullivan; a cada uno de ellos se le asignaron al azar 9 sujetos, de forma que cada terapeuta trabajó con 3 sujetos en cada uno de los 3 tratamientos siguientes, 5 horas semanales durante un periodo de 6 semanas: a) psicoterapia acorde con su propia experiencia profesional; b) desensibilización sistemática, cuya técnica se enseñó a los terapeutas; y c) atención-placebo. Además de estos grupos existían otros dos: un grupo control que no recibía tratamiento y un quinto grupo en el que los sujetos ni siquiera supieron que formaban parte de una investigación. Al terminar el tratamiento, los componentes de los cuatro primeros grupos tuvieron que enfrentarse a una situación de hablar en público de características similares a la que se les había sometido antes del tratamiento y se registraron los cambios observados por cuatro jueces independientes. Los resultados

obtenidos muestran que se calificó como "mejorado" o "muy mejorado": el 100 por ciento de los sujetos tratados con desensibilización sistemática; el 47 por ciento de los sujetos tratados con psicoterapia; el 47 por ciento de los sujetos tratados con "atención-placebo"; y el 17 por ciento de los sujetos del grupo de control que participó en el experimento pero que no recibió tratamiento. Es importante subrayar que, de acuerdo con Paul (1967a), estos efectos se mantenían en los seguimientos efectuados a las seis semanas y a los dos años.

Es interesante mencionar que ni siquiera este metódico y bien controlado trabajo se ha visto exento de críticas (Cooper, Furst y Bridger, 1969). ¿Hasta qué punto pueden generalizarse estos resultados a una amplia gama de pacientes, problemas y situaciones clínicas?

Kazdin y Wilcoxon (1976), al revisar la bibliografía existente sobre la desensibilización sistemática, llegan a la conclusión de que los tratamientos alternativos de comparación utilizados en las investigaciones suelen generar menos expectativas de mejora y son menos creíbles que aquélla y que, por tanto, los resultados sobre su eficacia intrínseca no pueden considerarse como concluyentes. Cuando se controla la variable "expectativa" los resultados obtenidos son contradictorios y no permiten llegar a un resultado definido. Esta es también la opinión de otros autores que han analizado el problema con posterioridad (Bayés, 1982a; Villamarín, 1983). Posiblemente, lo más que se puede decir respecto a una de las terapéuticas comportamentales más difundidas es lo que expresa Erwin (1978):

Aun cuando no podamos afirmar que la eficacia de la desensibilización sistemática ha sido demostrada, la hipótesis de que es eficaz es más plausible que cualquier otra hipótesis alternativa que podamos proponer. En resumen, todavía existen razones para mostrarnos cautelosos, pero es más razonable creer, con la evidencia disponible, que la desensibilización sistemática funciona que no opinar lo contrario.

Con respecto a algunos problemas concretos, como el tabaquismo, tanto Lichtenstein y Danaher (1976) como Yates (1975) concluyen que las terapias comportamentales no han sido capaces de cambiar el hábito de fumar, y lo mismo opina este último autor con respecto al problema de la obesidad.

Martos y Vila (1982) señalan, por su parte, respecto a la sensibilización encubierta, que mientras que su eficacia en el área de las desviaciones sexuales parece ser aceptable, en lo que se refiere al alcoholismo y tabaquismo su eficacia es dudosa, e insatisfactoria cuando se ha aplicado a problemas de obesidad.

De hecho, cuando trascendemos el primer estadio de confianza acrítica en la eficacia de las terapias comportamentales y nos adentramos en el terreno de la evidencia científica, el panorama, aunque posiblemente algo mejor que el que presentan las psicoterapias tradicionales, es, en conjunto, bastante desalentador. En efecto, mientras que Bergin y Suinn (1975) afirman que "las supuestas diferencias importantes entre las terapias comportamentales y las tradicionales no son tan grandes como se creía" y Turkat y Forehand (1980) llegan a conclusiones parecidas, Lazarus (1971) afirma que "no se dispone de datos aceptables que permitan a alguien proclamar la superioridad de la terapia comportamental sobre las demás". Mientras que algunos autores, como Kazdin y Wilson (1978), aun señalando que la eficacia de la terapia comportamental no puede ser evaluada como un todo, escriben que, al menos para cierto tipo de problemas los métodos comportamentales parecen ser más eficaces que los tratamientos de comparación, otros, como Luborsky, Singer y Luborsky (1975) o Smith y Glass (1977), afirman que la terapia comportamental no es ni más ni menos eficaz que las demás.

Con respecto al nuevo campo interdisciplinar de la Medicina Comportamental, Rodríguez (1983) indica que aunque los trabajos clínicos son numerosos, sus cualidades científicas son deficientes; Martínez (1984), por su parte, al revisar el campo de la aplicación de las técnicas de modificación de conducta a la rehabilitación de pacientes con lesión

medular, destaca la falta de evidencia existente; Flórez (1980) manifiesta que los procedimientos de terapia comportamental usados en el tratamiento del asma requieren mayor investigación para aclarar su eficacia, significación clínica, economía en relación con otros tratamientos, contribución a la mejoría en combinación con otras estrategias y mantenimiento de los resultados producidos; y Bayés (1983a), tras revisar la copiosa literatura existente sobre bio-retroalimentación sólo consigue encontrar escasísimos trabajos que cumplan unas normas estrictas de seriedad metodológica capaces de evaluar la eficacia intrínseca del procedimiento. En el tratamiento de la anorexia nerviosa, mientras que algunos autores, como Bruch (1983) llegan a considerar el uso de una terapia comportamental incluso como peligroso, otros, como Wolpe (1983) o Kellerman (1983) no solo lo defienden sino que, a su juicio, constituye el tratamiento de elección.

De hecho, autores de la importancia de Agras (1982) enfatizan que la carencia de investigación adecuada en el campo de la Medicina Comportamental contrasta con la rapidez de su crecimiento, lo cual puede conducir a prematuras desilusiones, y otros, como Pomerleau y Brady (1979) aconsejan una extremada prudencia al defender la eficacia e importancia clínica de las intervenciones efectuadas, denuncian el hecho de que gran parte de la literatura disponible se caracteriza por el uso de diseños de investigación y medidas inadecuados, ausencia de replicaciones y carencia de datos sobre generalización y mantenimiento de los comportamientos modificados, y escriben:

Hasta la fecha, la contribución más importante llevada a cabo por la medicina comportamental no son sus recomendaciones específicas de tratamiento sino su énfasis en el rigor con que debe usarse la metodología científica para enfrentarse con problemas médicos que impliquen al comportamiento.

El rigor con que debe usarse —nos gustaría subrayar—. No, desgraciadamente, con el que normalmente se usa.

Recientemente, al surgir en los Estados Unidos la posibilidad de que una parte de los costes de los tratamientos psicológicos corriera a cargo del Estado, la problemática de su eficacia se ha recrudecido y saltado de su ámbito de discusión de familia en el seno de la comunidad psicológica a la palestra política, ya que, de acuerdo con Klerman (1983), una demostración científica de eficacia debe constituir siempre una base ineludible en la toma de decisiones de salud pública y ninguna forma de intervención sanitaria —tanto si se trata de medicamentos como de cirugía, radiaciones o de tratamientos psicológicos— que previamente no haya demostrado su seguridad y eficacia debería ser financiada; en todo o en parte, con fondos públicos.

Ultimamente, Parloff, Wolfe, Hadley y Waskow (1978), tras investigar diversos tratamientos psicoterapéuticos para la Comisión Presidencial sobre Salud Mental, encuentran escasa evidencia en favor de su eficacia; Smith, Glass y Miller (1980) demuestran que el sesgo del observador ha influido en los datos registrados; Smith (1982) llega a la conclusión de que todas las terapias trabajan igualmente bien; Parloff (1982) sostiene que “la presente evidencia no permite identificar a algún procedimiento o técnica terapéuticos como claramente inseguro pero tampoco señalar a alguno que sea más eficaz que los demás”; y mientras que VandenBos y Pino (1980) afirman que “los datos demuestran ampliamente que la psicoterapia es más eficaz que la ausencia de tratamiento”, Shapiro y Shapiro (1982) encuentran que las terapias comportamentales y cognitivas poseen efectos mayores que las psicodinámicas y humanistas. O sea que, aparentemente —y a pesar de las aportaciones metodológicas de las nuevas técnicas de meta-análisis— nos encontramos como hace treinta años.

¿Qué debemos hacer?. Refiriéndonos ya a nuestro país, tenemos que manifestar:

- 1<sup>o</sup>) Que no nos oponemos sino que apoyamos que las terapias psicológicas pasen a formar parte del arsenal terapéutico de la Sanidad pública.

- 2º) Que consideramos que la Sanidad pública sólo debería sufragar los gastos de aquellos servicios psicológicos cuya eficacia, demostrada a través de investigaciones científicas de carácter público, fuera comparativamente superior a la de posibles tratamientos alternativos.
- 3º) En ausencia de dicha demostración y ante la aparente y provisional igualdad de eficacia de los tratamientos, consideramos que aun cuando no pueda todavía afirmarse la superioridad de las terapias comportamentales sobre las psicoterapias tradicionales, siguiendo el razonamiento de McGuire y Frisman (1983), sí puede defenderse que, en igualdad de condiciones, 5 visitas cuestan menos que 50 y que 7 días de hospitalización son menos gravosos que 27.
- 4º) Una nueva conclusión emerge por derecho propio: *la urgente e imperiosa necesidad de que el Estado, en la medida en que los tratamientos psicológicos y psiquiátricos deban financiarse con fondos públicos, promueva investigación científica para evaluar su coste y eficacia, con el fin de evitar que el dinero del contribuyente vaya a parar al pozo sin fondo de tratamientos e intervenciones que pueden resultar ineficaces, o a financiar servicios comparativamente más caros o de eficacia menor.*
- 5º) Y finalmente, otro aspecto que merece ser investigado: ¿hata qué punto una intervención psicológica adecuada no podría disminuir los tiempos de hospitalización en los casos de intervención quirúrgica, o los gastos de farmacia? ¿hasta qué punto un equipo médico-psicológico no podría hacer frente con una eficacia mayor y una disminución de costes a la problemática de los enfermos crónicos?

Un problema suplementario viene a unirse a los que ya llevamos mencionados a lo largo del trabajo: el del mantenimiento de las posibles ganancias terapéuticas adquiridas con los tratamientos administrados, sean éstos del tipo que fueren. Estamos demasiado acostumbrados a que, en Medicina, se ponga un énfasis casi absoluto en el diagnóstico y se olvide demasiado a menudo que *si las prescripciones y consejos no se cumplen* —o no se vigilan las condiciones o factores que pueden conducir a una recaída o mantener los nuevos hábitos adquiridos— *a efectos de salud, el mejor diagnóstico no sirve para nada* (Liebson, Bigelow y Griffiths, 1983). Hasta ahora, lo normal es que los pacientes que siguen tratamientos prescritos en enfermedades crónicas no sobrepasen un 50 por ciento de observancia y porcentajes cercanos al 20 por ciento se han encontrado en tratamientos de la obesidad, tuberculosis, hipertensión y profilaxis del reumatismo (Ross y Guggenheim, 1983; Stunkard, 1981). Pardell, Salleras y Salvador (1983) señalan que los resultados de los diversos tratamientos de cesación de fumar, expresados en términos de abstinencia, oscilan entre el 40 por ciento y el 75 por ciento de los participantes pero que al cabo de un año no más allá de un 15 a un 25 por ciento de los sujetos iniciados se mantiene sin fumar. Matesanz (1981) afirma que en este tipo de problema las terapias comportamentales no han demostrado su superioridad sobre otros tratamientos y Stevens, Greene y Primavera (1982) mencionan que, en los Estados Unidos, el 95 por ciento de las personas que consiguen abandonar el tabaco lo hacen sin ayuda de ningún tratamiento.

La escasez de datos de seguimiento a medio y largo plazo en la mayoría de investigaciones comportamentales (Avia, 1980; Flynn, Wood, Michelson y Keen, 1977; Kazdin y Wilson, 1978) constituye, a nuestros ojos, un hecho particularmente lamentable y que debería tratar de subsanarse con rapidez. Revisando las investigaciones publicadas durante dos años en dos revistas especializadas de modificación de conducta, Keeley, Shemberg y Carbonell (1976) concluyen que sólo un 12 por ciento de estos trabajos incluían datos de seguimiento superiores a los seis meses y que en ellos, en gran parte de los casos, los mismos se habían obtenido únicamente a través de un autoinforme telefónico de los interesados.

Como señalan algunos autores (Avia, 1980; Kazdin y Wilson, 1978) es muy posible que los factores necesarios para promover un cambio de comportamiento no sean los mismos que los óptimos para mantenerlo, por lo que una nueva conclusión pasa a unirse a las anteriores: *Es imprescindible y urgente que se lleven a cabo investigaciones para averiguar de qué factores depende que los cambios positivos instaurados a través de una terapia —o sin ayuda profesional alguna se mantengan, y si los cambios instaurados a través de una terapia concreta se mantienen mejor que los obtenidos mediante otras estrategias.* Sospechamos que una investigación de este tipo nos conducirá, en muchas ocasiones, a otro nivel de análisis del medio ambiente: socio-económico y cultural; nivel que habremos de modificar, políticamente, si de verdad deseamos el mantenimiento del cambio.

En el límite, nos encontramos con dos elementos contrapuestos: por una parte, tal como ya hemos dicho, estimamos necesario que, en la medida en que la solución de un problema clínico —sea, o no, psicológico— deba financiarse con fondos públicos, tanto los pacientes y profesionales como los ciudadanos y los políticos, traten de averiguar la eficacia a corto, medio y largo plazo de los diferentes tratamientos disponibles; por otra, tal como también ha sido mencionado, parece que la pregunta sobre la eficacia comparativa de los diferentes tratamientos psicológicos posibles es muy difícil que pueda obtener algún día una respuesta ¿Cómo salir de este aparente callejón sin salida?

¿Tendrá razón Frank (1974) cuando afirma que los pacientes acuden a la psicoterapia no sólo por sus síntomas sino, fundamentalmente, porque experimentan fuertes sentimientos de indefensión, y que un rasgo común a todas las formas de psicoterapia es el de ayudar a los pacientes a combatir esta situación? ¿Tendrá razón Frank (1982) cuando señala que los determinantes de éxito más poderosos en cualquier encuentro terapéutico probablemente descansan más en las características del paciente, del terapeuta y de la particular interacción entre ambos, que en las de un procedimiento terapéutico concreto? ¿Dependerá la eficacia en mayor medida de los elementos *accidentales* —en términos de Grünbaum (1981)— comunes a todas las terapias psicológicas que de los que la *caracterizan* y son propios de cada terapia concreta? ¿Acertará Torrey (1974) cuando escribe que los distintos tipos de psicoterapia son comparables a marcas de dentífricos: “Aunque cada grupo de seguidores se obstina en afirmar que su marca es la mejor en virtud de su especial color o sabor, lo cierto es que la substancia de todos ellos no se diferencia en nada”?

En el resto de nuestro trabajo vamos a tratar de establecer lo que, en nuestra opinión, constituiría un proyecto de evaluación secuencial y sistemático de los efectos de las terapias psicológicas. Evidentemente, el punto en que, en cada momento, la eficacia de un tratamiento concreto para un problema concreto puede darse por suficientemente demostrada debe ser determinado por la comunidad científica y, en el caso de que tenga que ser financiado con fondos públicos, por los representantes legítimos de la comunidad. Si esta demostración debe incluir necesariamente, como exige Klerman (1983), investigaciones controladas con grupos al azar es algo que debería discutirse pero, en todo caso, los responsables de la Sanidad pública deberían propugnar, como hemos señalado, un ambicioso programa de evaluación y establecer algún tipo de dispositivo que indicara cuándo *las garantías de eficacia de un tipo concreto de terapia psicológica para un problema concreto son suficientes* para permitir que el mismo sea financiado por la comunidad.

Brengelmann (1978) afirma que los investigadores actuales están unánimemente de acuerdo en que la planificación y la evaluación de los trabajos relacionados con terapias psicológicas se hallan colmados de errores. Hora es ya de que rectifiquemos.

En la evaluación de una terapia psicológica consideramos que existen varios aspectos fundamentales:

- 1º) En primer lugar es necesario demostrar si la terapéutica considerada como un todo, es decir, la terapéutica íntegra, “funciona” al menos para un tipo de problema concreto y unas circunstancias asimismo determinadas.

- 2º) En segundo lugar y dado que la mayor parte de terapias están formadas por diversos elementos supuestamente terapéuticos, algunos *característicos* de la terapia y otros *accidentales* a ella pero sin los cuales la misma no podría aplicarse, es preciso averiguar *por qué funciona*, es decir, cuál o cuáles son los componentes críticos responsables de los resultados obtenidos, y si la acción de los mismos —caso de ser varios o todos ellos— es sumativa o sinérgica.
- 3º) Es también importante conocer si para un tipo de problema y unas circunstancias concretas, una terapia funciona mejor que las demás.
- 4º) Finalmente, para cada terapia debe delimitarse la amplitud de su gama de aplicación en términos de tipos de problema y circunstancias.

El segundo de los aspectos mencionados es, en nuestra opinión, especialmente interesante ya que la localización del elemento o elementos responsables de la eficacia de una terapia —en el caso de que todos ellos no sean necesarios— podría permitir disminuir su coste y el tiempo de administración.

Son muchos los autores que aun admitiendo que determinadas terapias funcionan, confiesan que no saben por qué. Así, por ejemplo, Matthews afirma que, a pesar de la existencia de numerosas hipótesis, nadie conoce realmente la razón de la aparente eficacia de las terapias cognitivas (Cfr. Cordes, 1984); Brengelmann (1978), al analizar los tratamientos comportamentales del alcoholismo, observa que los elementos de que están compuestos varían considerablemente y escribe que “aún estamos muy alejados de un conocimiento preciso del efecto concreto de cada uno de los componentes por sí solo”; y Marks (1975), al examinar el tratamiento de los trastornos fóbicos y obsesivo-compulsivos, afirma que “una de las principales corrientes se dirige hacia el análisis fraccional de los tratamientos en sus diversos componentes, algunos de los cuales son inertes, otros facilitadores, e incluso otros cruciales para la producción de la mejoría”.

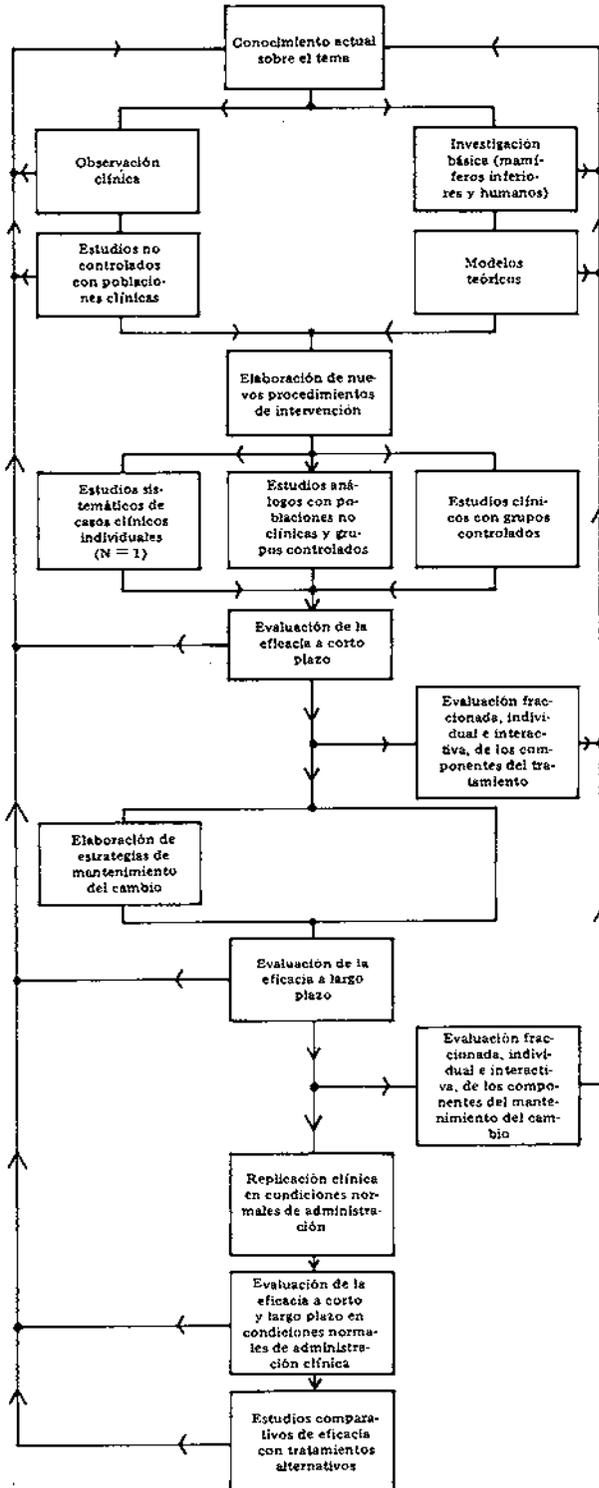
En la *Gráfica 1* hemos tratado de establecer, de forma secuencial y sistemática, los diferentes estadios que, en nuestra opinión, debería conllevar la investigación de una terapia psicológica. En nuestro esquema hemos seguido en buena medida —aunque con matices personales— la línea marcada por Kazdin (1982a) y Wilson (1982), sin olvidar la necesidad de integrar en el conjunto, tanto los datos procedentes del laboratorio, salvando la creciente separación existente entre investigación básica y aplicada (Castro, 1984; Fernández Castro, 1984), como la exigencia de un modelo teórico capaz de guiar tanto una como otra (Ribes, 1982; Ribes y López, Nota 1), puntos, ambos, cuya importancia destaca, al parecer, actualmente, un gran número de investigadores comportamentales (Bayés, Nota 2; Cruz, 1984).

Teniendo en cuenta que existen inventariadas unas 250 terapias psicológicas diferentes (Herink, 1980), consideramos que una evaluación completa, sistemática y comparativa de todas ellas sería una empresa extraordinariamente compleja, laboriosa, discutible y fuera de nuestras posibilidades. En nuestra opinión, es imprescindible establecer prioridades y, en este sentido, sugeriríamos las siguientes:

- a) Importancia de disponer de un marco conceptual —permanentemente provisional— capaz de plantear, delimitar, aceptar o rechazar, ordenar y sistematizar observaciones a lo largo de todo el continuo que va desde la investigación animal en condiciones de laboratorio hasta los ensayos clínicos en condiciones normales de administración de un tratamiento.
- b) Potenciación de la formación metodológica de nuestros profesionales —teórica y práctica— con el fin de que, lo antes posible, los trabajos clínicos basados en obser-

GRÁFICA 1

SECUENCIACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN DE TERAPEÚTICAS PSICOLÓGICAS



vaciones asistemáticas de caso único o en poblaciones no controladas se sustituyan por estudios sistemáticos de casos clínicos individuales y de grupos controlados —en poblaciones análogas o/ y clínicas— que incluyan evaluaciones a medio y largo plazo de la eficacia del tratamiento o tratamientos administrados (Véase *Gráfica 1*).

- c) Estudio del papel que juegan los posibles efectos accidentales placebo en todas las terapias, no sólo en las psicológicas sino también en las consideradas como puramente biológicas o mixtas.
- d) Investigación de las posibilidades de los propios pacientes como auto-administradores de terapéuticas psicológicas (desprofesionalización). Énfasis en un modelo de salud *constructivo* con participación activa de los propios pacientes (Goldiamond, 1974).
- e) Estudio de los factores responsables del mantenimiento de los cambios conseguidos.

Teniendo en cuenta el poco espacio de que disponemos y que algunos de los puntos anteriores ya han sido estudiados en otros trabajos (Bayés, 1982a, 1982b, 1983a, 1983b, Nota 3; Boget, Clariana y Bayés, 1982; Luque, Bayés y Morgado, 1984; Saldaña y Bayés, Nota 4), nos limitaremos a comentar, brevemente, el segundo de ellos. En nuestra opinión, la formación metodológica de nuestros profesionales tendría que ser especialmente cuidadosa en la adquisición de aquellos conocimientos y habilidades que les permitieran llevar a cabo —y efectuar análisis críticos de las investigaciones de otros autores— con el máximo rigor posible, los siguientes tipos de estudio (Véase *Gráfica 1*):

- a) *Sistemáticos de casos clínicos individuales.* — Como han puesto de relieve Hayes (1981) y Kazdin (1982a), los diseños individuales intrasujeto representan una metodología que permite la experimentación con sujetos individuales y que, en muchas ocasiones, puede utilizarse en clínica y proporcionar datos que, en nuestra opinión, no sólo son mucho más valiosos, desde un punto de vista científico, que los suministrados por el caso clínico tradicional, sino que, como señalan diversos autores (Bergin, 1966; Hersen y Barlow, 1976; Paul, 1967b) pueden ser incluso más relevantes que los diseños controlados de grupo para evaluar la eficacia de una terapia psicológica. Existen numerosos diseños intrasujeto (Arnau, 1984; Hersen y Barlow, 1976; Kazdin, 1982b) y la familiaridad con ellos debería constituir, a nuestro juicio, un elemento imprescindible en la formación del profesional clínico, ya sea éste psicólogo, psiquiatra o médico.
- b) *Análogos, con poblaciones no clínicas y grupos controlados.* — Generalmente, este tipo de investigaciones ofrece la ventaja de que, en general, se puede obtener un alto grado de control sobre las condiciones experimentales: homogeneidad en los sujetos, asignación al azar, administración de un tratamiento normalizado, etc. El inconveniente es que en ellas generalmente se utilizan estudiantes universitarios o voluntarios, cuyas características y problemas suelen diferir tanto cuantitativa como cualitativamente de los que se presentan en clínica. Igualmente pueden existir diferencias importantes en las motivaciones para someterse a la terapia y en las expectativas de su eficacia. Nuevas diferencias también aparecen con frecuencia en el tipo de terapeuta que interviene en las investigaciones análogas —que, usualmente, no son profesionales clínicos experimentados— así como en las características del medio ambiente donde se administra el tratamiento. Como contrapartida, en los estudios análogos no se plantean, en general, problemas éticos, se puede reclutar con facilidad un gran número de sujetos y tampoco es difícil, si se requiere, adiestrar a un número importante y bastante homogéneo de terapeutas. Por todas estas razones,

aun teniendo siempre bien presente lo arriesgado de las posibles generalizaciones de sus resultados, lo cierto es que, como señala Kazdin (1982a), gran parte del conocimiento que tenemos hasta el momento sobre procesos terapéuticos y cambios de comportamiento se ha aprendido gracias a los estudios análogos ya que son ellos, precisamente, los que más se prestan a una evaluación fraccionada de sus componentes y a lo que Lang (1969) ha denominado estrategias de desmantelamiento.

- c) *Clínicos, con grupos controlados.*— A diferencia de los estudios análogos; los sujetos, en lugar de ser estudiantes o voluntarios, son pacientes que buscan tratamiento; los terapeutas son profesionales con experiencia clínica; los problemas pueden ser graves; la forma y el lugar del tratamiento son los habituales. Su principal diferencia con la práctica clínica normal radica en una cuestión de control; debido a ello, las exigencias rigurosas de observación, registro y evaluación pueden introducir diferencias importantes respecto a la práctica ordinaria. Por razones éticas o de homogeneización puede ser necesario excluir a algunos pacientes; las razones éticas pueden impedir, en algunas ocasiones, el uso de los diseños o estrategias que podrían proporcionar la evidencia más concluyente. Por otra parte, aunque se suele considerar que los estudios clínicos con grupos controlados constituyen el último estadio en la evaluación global de una técnica concreta (Parloff, 1979) y que los mismos son un antecedente adecuado de los resultados que se obtendrán en situaciones clínicas normales, en nuestra opinión, las especiales características que rodean este tipo de estudios, contribuyen a limitar su ámbito de generalización ¿Hasta qué punto el control experimental que existe en una investigación clínica no contribuye a la eficacia —o ineficacia— de un tratamiento? Es por esta razón que Kazdin (1982a) propone como último estadio de evaluación global de una terapia la *replicación clínica en condiciones normales de administración* aunque, ciertamente, en muchos casos, quizá lo que habría que hacer no es probar el tratamiento en las condiciones habituales de acuerdo con la tradición y costumbres vigentes, sino introducir en la práctica clínica unos controles y sistematicidad, dentro de márgenes flexibles, de los que normalmente carece. Como han señalado, por ejemplo, Liberman, King y De Risi (1976): “cualquiera que haya trabajado estrechamente con terapeutas admitirá que las demandas adicionales de llevar registros comportamentales son consideradas (por éstos) como odiosas e irracionales exigencias planteadas por burócratas que no se encuentran familiarizados con la escasez de tiempo de los clínicos”.

Finalmente, queremos poner énfasis en la necesidad de utilizar, siempre que sea factible, *estrategias doble ciego con control de las variables encubiertas* —p. e. expectativas— *relevantes*, tal como ya hemos señalado con anterioridad (Bayés, 1982a).

En cuanto a la pregunta que figura como título del presente trabajo: *¿Por qué funcionan las terapias comportamentales?*, tenemos que confesar que, aunque tenemos alguna sospecha, nos sentimos obligados a guardar silencio. Queda todavía mucho trabajo por hacer.

De una cosa sí estamos convencidos. Tal como señala Fernández Ballesteros (1981), la evaluación continua constituye —debería constituir— una característica esencial de las terapias comportamentales. Y esta característica, no solo permite al terapeuta el conocimiento de la evolución de los programas terapéuticos y su posible replanteamiento y modificación en caso de dificultades y fracasos, sino que ofrece la posibilidad de un control público de eficacia en función de unos objetivos operacionalmente definidos y previamente establecidos. He ahí, probablemente, donde radique su superioridad respecto a otros enfoques. Por otra parte, como escribe Yulis (1974), “es preocupación principal de los terapeutas del comportamiento conducir su acción terapéutica en condiciones tales que permitan concluir en qué medida, y de qué manera las operaciones por ellos realizadas

son en efecto responsables de los resultados terapéuticos obtenidos". Por esta razón, aun cuando esta declaración de Yulis sea posiblemente más la expresión de un deseo que de una realidad, a pesar de las lagunas, errores e insuficiencias existentes, a pesar de la precariedad de la evidencia disponible, consideramos que el sistema, a diferencia de otros enfoques, dispone de elementos para su mejora y autocorrección y que, en concordancia con las palabras de Pelechano (1980), la alternativa que ofrece, aunque debamos considerarla como provisional, resulta la más eficaz de todas las existentes.

Por todo ello, y con el debido respeto para las cuadradas de los demás participantes, apostamos 20 a 1 por la terapia y la medicina comportamentales. Y nuestra apuesta se mantendrá firme aun cuando al final tengamos que llegar a la conclusión de que, en muchos casos, su eficacia radique, sólo o fundamentalmente, en su idoneidad para incrementar el nivel de auto-eficacia y motivación de los participantes, pacientes y terapeutas —y magnificar, por este medio, las propiedades autocuradoras del organismo—, y en las excelentes posibilidades de desprofesionalización y participación activa que ofrece a los ciudadanos.

## RESUMEN

Es necesario impedir que el dinero de los contribuyentes se malgaste en financiar servicios sanitarios para los que no se dispone de garantías científicas suficientes de eficacia y seguridad. Por ello, en la medida en que las intervenciones psicológicas y psiquiátricas deban, en todo o en parte, ser costeadas con fondos públicos, es urgente que el Estado promueva investigación para evaluar el grado de eficacia, coste económico e idoneidad, de los diferentes tratamientos disponibles. Hasta el momento, los resultados que presentan las psicoterapias tradicionales pueden considerarse como poco satisfactorios. Sin embargo, a diferencia de lo que suele creerse en algunos sectores, la evidencia empírica proporcionada por las terapéuticas comportamentales tampoco es, en general, completamente convincente y los trabajos realizados adolecen de numerosas insuficiencias y errores metodológicos. Se propone un plan sistemático y secuencial de investigación de las terapias psicológicas, con fijación de prioridades. A pesar de sus actuales defectos, se estima que el proyecto de intervención que ofrece el enfoque comportamental —que, por extensión, podemos considerar que también incluye a la moderna Medicina Comportamental— dispone de mecanismos intrínsecos de autocorrección que lo señalan como la mejor alternativa entre todas las existentes.

## SUMMARY

It is essential to avoid wasting taxpayers money in financing health-care facilities with inadequate scientific guarantees of efficiency or safety. For this reason, if psychological and psychiatric care are to be totally or partially paid for with public funds, the Government should urgently promote appropriate research projects to evaluate the efficiency, cost and suitability of the available treatments. So far, traditional psychotherapies can be considered to give unsatisfactory results. However, in general and contrary to what is usually believed in some sectors, empirical evidence on behavioural therapies also cannot be described as totally convincing; existing work suffers from numerous shortcomings and

from methodological errors. A systematic and sequential research programme of psychological therapies is suggested; this should have agreed priorities. Despite its present defects, it is reckoned that the proposed intervention offered by the behavioural view—which can be considered to include contemporary Behavioural Medicine—has intrinsic mechanisms of self-adjustment which make it the best of all existing alternatives.

## RÉSUMÉ

Il faut empêcher que l'argent des contribuants soit gaspillé pour financer des services sanitaires sans disposer au préalable de garanties suffisantes sur son efficacité et sa sécurité. Ainsi donc, dans la mesure où les interventions psychologiques et psychiatriques doivent être subventionnées complètement ou partiellement avec des fonds publiques, il est urgent que l'État promeuve des recherches scientifiques pour évaluer leur degré d'efficacité, leurs frais et leur aptitude. Jusqu'à présent, on peut considérer peu satisfaisants les résultats des psychothérapies traditionnelles. Mais, à différence de ce qu'on peut croire dans certains secteurs, l'évidence empirique procédante des thérapies comportementales, en général, n'est pas, non plus, tout à fait convaincante et les travaux publiés souffrent plusieurs défauts méthodologiques. L'auteur propose un plan systématique et séquentiel de recherche de thérapies psychologiques, avec une fixation de priorités. Malgré ses défauts présents, on considère que le projet d'intervention offert par le point de vue comportemental—dans lequel nous pouvons aussi considérer la moderne Médecine Comportementale possède des mécanismes intrinsèques d'autocorrection qui le signalent comme l'alternative la meilleure parmi toutes celles qui existent aujourd'hui.

## NOTAS DE REFERENCIA

1. RIBES, E. y LOPEZ, F. *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas, en prensa.
2. BAYES, R. Realidad, problemas y perspectivas del análisis experimental del comportamiento en España e Hispanoamérica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, en prensa.
3. BAYES, R. Análisis del efecto placebo. Ponencia presentada al 1<sup>er</sup> Coloquio Internacional sobre Daño Cerebral. Toluca, México, Febrero de 1982.
4. SALDAÑA, C. y BAYES, R. Tensional headache reduction by EMG digital biofeedback: placebo or a new treatment?, propuesto para publicación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS, H. E. y CALHOUN, K. S. Innovations in the treatment of abnormal behavior. En K. S. CALHOUN, H. S. ADAMS y K. M. MITCHELL (Eds.) *Innovative treatment methods in psychopathology*. Nueva York: Wiley, 1974.

- AGRAS, W. S. Behavioral medicine in the 1980s: nonrandom connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1982, 50, 797-803.
- ARNAU, J. *Diseños experimentales en psicología y educación* (Volumen 2). México: Trillas, 1984.
- AVIA, M. D. La generalización de los efectos del tratamiento en la psicología de la intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1980, 6, 353-359.
- AVNET, H. H. How effective is short-term therapy? En L. R. WOLBERG (Ed.) *Short term Psychotherapy*. Nueva York: Grune & Stratton, 1965.
- BAYES, R. Influence des facteurs non spécifiques dans la thérapie comportementale. *Psychiatrie Francophone*, 1982a, n° 4, 26-32.
- BAYES, R. Aplicación de la técnica de Azrin y Nunn para la modificación de hábitos nerviosos: éxito didáctico, éxito terapéutico, pero ¿qué es lo que funciona? *Estudios de Psicología*, 1982b, n° 9, 105-120.
- BAYES, R. Bio-retroalimentación y efecto placebo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1983a, 15, 63-85.
- BAYES, R. Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria. *Estudios de Psicología*, 1983b, n° 13, 92-110.
- BERGIN, A. E. Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 1966, 71, 235-246.
- BERGIN, A. E. y SUINN, R. M. Individual psychotherapy and behavior therapy. *Annual Review of Psychology*, 1975, 26, 509-526.
- BOGET, T., CLARIANA, M. y BAYES, R. Importancia de la variable "investigador" en los resultados de las técnicas de autocontrol. *Estudios de Psicología*, 1982, n° 12, 128-132.
- BRENGELMANN, J. C. Terapia de dependencias y adicción: tabaco, comida, alcohol y drogas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1975, 1, 105-127.
- BRENGELMANN, J. C. Eficacia y problemática en la terapia contra el alcoholismo. *Análisis y modificación de Conducta*, 1978, 4, 5-27.
- BRUCH, H. Peligros de la modificación de conducta en el tratamiento de la anorexia nerviosa. *Estudios de Psicología*, 1983, n° 13, 38-43.
- CASTRO, L. Análisis del comportamiento: hacia un enfoque integrado entre investigación y aplicación. *Revista de Análisis del Comportamiento*, 1984, 2, 3-8.
- COLBY, K. M. Psychotherapeutic processes. *Annual Review of Psychology*, 1964, 15, 347-370.
- COOPER, A., FURST, J. y BRIDGER, W. A. Brief commentary on the usefulness of studying fears of snakes. *Journal of Abnormal Psychology*, 1969, 74, 413-414.
- CORDES, C. Behavior therapists examine how emotion, cognition relate. *APA Monitor*, Febrero 1984, 18.
- CRUZ, J. Antecedentes, realidad y perspectivas del análisis experimental del comportamiento en Europa. *Revista de Análisis del Comportamiento*, 1984, 2, 89-98.
- ERWIN, E. *Behavior Therapy. Scientific, philosophical & moral foundations*. Cambridge: Cambridge University Press, 1978.
- EYSENCK, H. J. The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 1952, 16, 319-324.
- EYSENCK, H. J. The effects of psychotherapy. En H. J. EYSENCK (Ed.) *Handbook of abnormal psychology*. Londres: Pitman, 1960.
- EYSENCK, H. J. *Psychology is about people*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin, 1972.
- EYSENCK, H. J. Condicionamiento pavloviano y extinción como componentes básicos para una teoría unitaria de las neurosis y de su terapéutica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1980, 6, 479-507.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. Evaluación versus tratamiento. En R. FERNANDEZ BALLESTEROS y J. A. I. CARROBLES (Eds.) *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide, 1981.
- FERNANDEZ CASTRO, J. Dos ejemplos de relación entre investigación básica y aplicada: inundación e incontrolabilidad. En *I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Área 3: Psicología y salud*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos, 1984, 236-239.
- FLOREZ, L. E. El asma infantil como trastorno psicosomático y su tratamiento mediante técnicas terapéuticas conductuales. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 1980, 6, 73-87.
- FLYNN, J. M., WOOD, R., MICHELSON, L. y KEEN, J. Publication trends in behavior therapy 1970-1977. Comunicación presentada a la *Association for Advancement of Behavior Therapy*, Atlanta, Diciembre 1977.
- FRANK, J. D. Group psychotherapy. En D. L. SILLS (Ed.) *International encyclopedia of social sciences*. Nueva York: Macmillan, 1968.
- FRANK, J. D. Psychotherapy: the restoration of morale. *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, 271-274.
- FRANK, J. D. Therapeutic components shared by all psychotherapies. En J. H. HARVEY y M. M.

- PARKS (Eds.) *Psychotherapy research and behavior change*. Washington, D. C.: American Psychological Association, 1982.
- GARFIELD, S. L. y KURTZ, R. Clinical psychologists in the 1970s. *American Psychologist*, 1976, 31, 9.
- GOLDIAMOND, I. Toward a constructional approach to social problems. *Behaviorism*, 1974, 2 (1), 1-84.
- GRUNBAUM, A. The placebo concept. *Behaviour Research and Therapy*, 1981, 19, 167-167.
- HAYES, S. C. Single case experimental design and empirical clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 49, 193-211.
- HERINK, R. (Ed.) *The psychotherapy handbook: the A to Z guide to more than 250 different therapies in use today*. Nueva York: New American Library, 1980.
- HERSEN, M. y BARLOW, D. H. *Single case experimental designs*. Nueva York: Pergamon, 1976.
- KAZDIN, A. E. Methodology of psychotherapy outcome research: recent developments and remaining limitations. En J. H. HARVEY y M. M. PARKS (Eds.) *Psychotherapy research and behavior change*. Washington, D. C.: American Psychological Association, 1982a.
- KAZDIN, A. E. *Single-case research designs. Methods for clinical and applied settings*. Nueva York: Oxford University Press, 1982b.
- KAZDIN, A. D. y WILCOXON, L. A. Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: a methodological evaluation. *Psychological Bulletin*, 1976, 83, 729-758.
- KAZDIN, A. E. y WILSON, G. T. *Evaluation of behavior therapy: issues, evidence and research strategies*. Cambridge, Massachusetts: Ballinger, 1978.
- KEELEY, S., SEMBERG, K. y CARBONELL, J. Operant clinical intervention: behavior management or beyond? *Behavior Therapy*, 1976, 7, 292-305.
- KELLERMAN, J. Anorexia nerviosa: la eficacia de la terapia de conducta. *Estudios de Psicología*, 1983, n° 13, 47-50.
- KLERMAN, G. L. The efficacy of psychotherapy as the basis for public policy. *American Psychologist*, 1983, 38, 929-934.
- KRASNER, L. Behavior modification: ethical issues and future trends. En H. LEITENBERG (Ed.) *Handbook of behavior modification and behavior therapy*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall, 1976, 627-649.
- LANG, P. J. The mechanics of desensitization and the laboratory study of fear. En C. M. FRANKS (Ed.) *Behavior therapy: appraisal and status*. Nueva York: McGraw-Hill, 1969.
- LAZARUS, A. A. *Behavior therapy and beyond*. Nueva York: McGraw-Hill, 1971.
- LEVITT, E. E. The results of psychotherapy with children: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 1957, 21, 189-196.
- LEVITT, E. E. Psychotherapy with children: a further evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 1963, 1, 45-51.
- LEVITT, E. E. Research on psychotherapy with children. En A. E. BERGIN y S. L. GARFIELD (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. Nueva York: Wiley, 1971.
- LIBERMAN, R. P., KING, L. W. y DE RISI, W. J. Behavior analysis as therapy in community mental health. En H. LEITENBERG (Ed.) *Handbook of behavior modification and behavior therapy*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall, 1976.
- LICHTENSTEIN, E. y DANAHER, B. G. Modification of smoking behavior: a critical analysis of theory, research and practice. En M. HERSEN, R. M. EISLER y P. M. MILLER (Eds.) *Progress in behavior modification* (Volumen 3). Nueva York: Academic Press, 1976.
- LIEBSON, I., BIGELOW, G. E. y GRIFFITS, R. R. Mantenimiento de la autoadministración terapéutica de drogas. En V. M. ALCARAZ, V. A. COLOTLA y V. G. LATIES (Eds.) *Drogas y conducta. Intracciones y aplicaciones*. México: Trillas, 1983.
- LUBORSKY, L. A note on Eysenck's article "The effects of psychotherapy": an evaluation. *British Journal of Psychology*, 1954, 45, 129-131.
- LUBORSKY, L., SINGER, B. y LUBORSKY, L. Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 1975, 32, 995-1008.
- LUQUE, O., BAYES, R. y MORGADO, I. Inducción del sueño en ratas mediante la administración de un placebo. *Revista de Análisis del Comportamiento*, 1984, 2, 61-65.
- MAAS, M. y BRENGELMANN, J. C. Terapia de la conducta de hipertensión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1980, 6, 415-443.
- MARKS, I. M. Behavioral treatments of phobic and obsessive-compulsive disorders: a critical appraisal. En M. HERSEN, R. M. EISLER y P. M. MILLER (Eds.) *Progress in behavior modification* (Volumen 1). Nueva York: Academic Press, 1975.
- MARTINEZ, P. Medicina conductual: ¿qué le puede ofrecer al área de la rehabilitación? *Revista de Análisis del Comportamiento*, 1984, 2, 67-79.
- MARTOS, F. J. y VILA, J. La validez y los modelos teóricos de la sensibilización encubierta: una revisión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1982, 8, 165-190.

- MATESANZ, A. La terapia de conducta y el hábito de fumar: problemas metodológicos y situación actual. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1981, 7, 247-286.
- MCGUIRE, T. G. y FRISMAN, L. K. Reimbursement policy and cost-effective mental health care. *American Psychologist*, 1983, 38, 935-940.
- PARDELL, H., SALLERAS, L. y SALVADOR, T. *Manual de prevención y control del tabaquismo*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1983.
- PARLOFF, M. B. Can psychotherapy research guide the policymaker? A little knowledge may be a dangerous thing. *American Psychologist*, 1979, 34, 296-306.
- PARLOFF, M. B. Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: Bambi meets Godzilla. *American Journal of Psychiatry*, 1982, 139, 718-727.
- PARLOFF, M. B., WOLFE, B. E., HADLEY, S. y WASKOW, I. E. *Assessment of psychosocial treatment of mental health disorders: current status and prospects* (NIMH Working Group, Advisory Committee on Mental Health). Washington, D. C.: National Academy of Sciences, 1978.
- PAUL, G. L. *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. Stanford, California: Standord University Press, 1966.
- PAUL, G. L. Insight versus desensitization in psychotherapy two years after termination. *Journal of Consulting Psychology*, 1967a, 31, 333-348.
- PAUL, G. L. Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 1967b, 31, 109-118.
- PELECHANO, V. *Modelos básicos de aprendizaje*. Valencia: Alfapius, 1980.
- PEREZ GOMEZ, A. *Psicología clínica. Problemas fundamentales*. México: Trillas, 1982.
- PHILLIPS, E. L. *Psychotherapy*. Londres: Staples, 1957.
- POMERLEAU, O. F. y BRADY, J. P. *Behavioral medicine: theory and practice*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1979.
- RACHMAN, S. J. *The effects of psychotherapy*. Nueva York: Pergamon, 1971.
- RACHMAN, S. J. The effects of psychological treatment. En H. J. EYSENCK (Ed.) *Handbook of abnormal psychology*. Londres: Pitman, 1973.
- RACHMAN, S. J. y WILSON, G. T. *The effects of psychological therapy*. Londres: Pergamon, 1980.
- RIBES, E. *El conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella, 1982.
- RODRIGUEZ, B. L. Medicina conductual: su definición y aplicación. *Revista de Análisis del Comportamiento*, 1983, 1, 75-91.
- ROSENZWEIG, S. A transvaluation of psychotherapy: a reply to Hans Eysenck. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 1954, 49, 298-304.
- ROSS, D. J. y GUGGENHEIM, F. G. Compliance and the health belief model: a challenge for the liaison psychiatrist. *General Hospital Psychiatry*, 1983, 5, 31-35.
- SHAPIRO, D. A. y SHAPIRO, S. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 1982, 92, 581-604.
- SHEPHERD, M. y GRUENBERG, E. The age for neuroses. *Millbank Memorial Quaterly Bulletin*, 1957, 35, 258-265.
- SMITH, M. L. What research says about the effectiveness of psychotherapy. *Hospital & Community Psychiatry*, 1982, 33, 457-461.
- SMITH, M. L. y GLASS, G. V. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 1977, 32, 752-760.
- SMITH, M. L., GLASS, G. V. y MILLER, T. I. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press, 1980.
- STEVENS, P. A., GREENE, J. G. y PRIMAVERA, L. H. Predicting succesful smoking cessation. *Journal of Social Psychology*, 1982, 118, 235-241.
- STRUPP, H. H. The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 1963, 1, 1-13.
- STUNKARD, A. J. Adherence to medical treatment: overview and lessons from behavioral weight control. *Journal of Psychosomatic Research*, 1981, 25 (3), 187-197.
- TORREY, E. F. *The death of psychiatry*. Radnor, Pennsylvania: Chilton Book, 1974.
- TURKAT, I. D. y FOREHAND, R. The future of behavior therapy. En M. HERSEN, R. M. EISLER y P. M. MILLER (Eds.) *Progress in behavior Modification* (Volumen 9). Nueva York: Academic Press, 1980.
- VANDENBOS, G. R. y PINO, C. D. Research on the outcome of psychotherapy. En G. R. VANDENBOS (Ed.) *Psychotherapy: practice, research, policy*. Beverly Hills, California: Sage, 1980.
- VILA, J. Trátemientos conductuales de síntomas fóbicos: un análisis crítico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1978, 4, 89-99.
- VILLAMARIN, F. *Papel de los factores accidentales en la desensibilización sistemática* (tesina de licenciatura inédita). Bellaterra, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 1983.
- WILSON, G. T. Evaluation de l'efficacité de la thérapie comportamentale: points importants et evidences. *Journées Francophones de l'Association Française de Thérapie Comportamentale*. Narbonne, Junio 1982, policopiado.

- WOLPE, J. Terapia de conducta en anorexia nerviosa. *Estudios de Psicología*, 1983, nº 13, 44-46.
- WOLPE, J. Temores neuróticos: dos tipos de origen, dos tipos de tratamiento. *Revista de Análisis del Comportamiento*, 1984, 2, 9-17.
- YATES, A. J. *Theory and practice in behavior therapy*. Nueva York: Wiley, 1975.
- YULIS, S. Terapia del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1974, 6, 381-402.

## REFERENCIAS DE LAS PUBLICACIONES DEL AUTOR RELACIONADAS CON LA MODIFICACIÓN Y TERAPIA DE CONDUCTA

- BAYES, R. Prólogo. En B. F. SKINNER *Walden dos*. Barcelona: Fontanella, 1968, 7-22.
- BAYES, R. Socialización y aprendizaje. *Anuario de Psicología*, 1969, nº 1, 105-115.
- BAYES, R. Introducción a B. F. SKINNER. En F. F. SKINNER *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella, 1970, 13-30.
- BAYES, R. Operacionismo e investigación. En *I Reunión sobre metodología de la investigación psicofarmacológica*. Sociedad Española de Psiquiatría. Barcelona, Abril 1970, 101-109.
- BAYES, R. El problema de los objetivos educativos: ¿concreción o ambigüedad? *Novatrenia*, 1970, 1er nº ext., 74-76.
- BAYES, R. y GARRIGA, E. Repertorios conductuales mínimos en dos grupos de niños de diferente nivel socioeconómico. *Anuario de Psicología*, 1971, nº 5, 40-65.
- BAYES, R. Utilización de tórtolas en el laboratorio operante. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1972, 4, 227-234.
- BAYES, R. En defensa del laboratorio con animales en las facultades y departamentos de psicología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1973, 5, 7-14.
- BAYES, R. Crítica al libro de José M. Rodríguez Delgado "Control físico de la mente. Hacia una sociedad psicocivilizada". *Perspectiva Social*, 1973, nº 2, 115-126.
- BAYES, R. Introducción a la edición castellana. En M. SIDMAN. *Tácticas de investigación científica*. Barcelona: Fontanella, 1973, 7-8.
- BAYES, R. Un ejemplo de colaboración interdisciplinaria entre fisiología y psicología: la estimulación eléctrica intracraneal como reforzador. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1973, 5, 309-324.
- HAYES, R. Efectos conductuales de la estimulación publicitaria. *Documentos de Comunicación Visual*, 1974, nº 5, 21-30.
- BAYES, R. Psicología experimental y eficacia jurídica. *Anuario de Sociología y Psicología Jurídicas*, 1974, 1, 51-62.
- BAYES, R. *Una introducción al método científico en psicología*. Barcelona: Fontanella, 1974 (2ª edición ampliada, 1978; 3ª edición ampliada, 1980, reimpresión, 1984).
- BAYES, R. Emparejamiento (matching-to-sample) en una tórtola. *Anuario de psicología*, 1974, nº 11, 35-45.
- BAYES, R. Gradiente de generalización en una tórtola. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1975, 7, 401-409.
- BAYES, R. Utilización de tórtolas en experimentos a largo plazo. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 1975, 1, 69-73.
- BAYES, R. Antropología bio-psíquica de B. F. SKINNER. En J. S. LUCAS (Ed.) *Antropologías del siglo XX*. Salamanca: Sígueme, 1976, 15-37.
- BAYES, R. La modificación de conducta en la infancia. *Annals de Medicina*, 1976, 62, 285-286.
- BAYES, R. Visión skinneriana del medio. *Anthropologica*, 1977, nº 4-5, 129-141.
- BAYES, R. *Iniciación a la farmacología del comportamiento*. Barcelona: Fontanella, 1977.
- BAYES, R. (Ed.) *¿Chomsky o Skinner? La génesis del lenguaje*. Barcelona: Fontanella, 1977.
- BAYES, R. Aportaciones del laboratorio de psicología experimental al tema del castigo. *Anuario de Sociología y Psicología Jurídicas*, 1977, 4, 7-18.
- BAYES, R. Importancia del laboratorio animal en la formación de terapeutas del comportamiento. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1977, 4, 7-12.
- BAYES, R. Psiquiatría, psicología y reforma sanitaria. En J. M. de MIGUEL (Ed.) *Planificación y reforma sanitaria*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1978, 161-177.
- BAYES, R. Sugeriments per a la traducció de termes i expressions de l'anglès al català, en el camp de l'anàlisi experimental de la conducta. En *la recerca als països catalans*. Barcelona: Congrés de Cultura Catalana (Àmbit Recerca), 1978, 495-503.

- BAYES, R. Persistencia del control ejercido por los reforzadores condicionados a lo largo de períodos de tiempo dilatados. *Aprendizaje y Comportamiento*, 1978, 1, 37-43.
- BAYES, R. Introducción al conductismo contemporáneo. *Investigación y Ciencia*, 1978, n° 20, 118-119.
- BAYES, R. Análisis y modificación del comportamiento en ambientes educativos. En J. ARNAU (Ed.) *Métodos de investigación en las ciencias humanas*. Barcelona: Omega, 1978, 253-258.
- BAYES, R. Estimulación precoz en subnormales. *Investigación y Ciencia*, 1978, n° 27, 40.
- BAYES, R. La terapéutica del comportamiento como elemento clarificador de las funciones respectivas del psicólogo clínico y del médico psiquiatra. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1979, n° 9, 191-221.
- BAYES, R. *Psicología y Medicina: interacción, cooperación, conflicto*. Barcelona: Fontanella, 1979.
- BAYES, R. Aplicación de diseños experimentales a la investigación educativa. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1979, 34, 93-107.
- BAYES, R. El factor ambiental en los déficit y trastornos de comportamiento. En J. ESTEBAN-ALTIRI, J. SABATER y P. BALANA (Eds.) *Prevención de la subnormalidad*. Barcelona: Salvat, 1979, 153-170.
- BAYES, R. Utilità delle investigazioni con animali inferiori nel campo della vittimologia. En G. GULLOTTA y M. VAGAGGINI (Eds.) *Dalla parte della vittima*. Milán: Giuffrè, 1980, 79-83.
- MUNOZ SABATE, L., BAYES, R. y MUNNE, F. *Introducción a la psicología jurídica*. México: Trillas, 1980. Editado en italiano con el título *Comportamento, diritto e società*. Milán: Giuffrè, 1981.
- BAYES, R. Intervención psicológica en el sistema jurídico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1980, 6, 377-383.
- BAYES, R. Didáctica de la modificación de conducta: aquí y ahora. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1980, 35, 549-557.
- BAYES, R. Prólogo. En E. RIBES INESTA *El conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella, 1982, 7-12.
- BAYES, R. Los efectos inespecíficos en terapia conductual. En 7º *Congreso Nacional de Psicología, Mesas redondas y comunicaciones libres*. Universidad de Santiago de Compostela, 1982, 587-589.
- BAYES, R. Aplicación de la técnica de Azrin y Nunn para la modificación de hábitos nerviosos: éxito didáctico, éxito terapéutico, pero ¿qué es lo que funciona? *Estudios de Psicología*, 1982, n° 9, 105-120.
- BAYES, R. El médico, un placebo de lujo para una sociedad pobre. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1982, n° 18, 259-280.
- BAYES, R. Una aportación de la psicología de la intervención a la replanteamiento de los estudios de psicología en España. *Papeles del Colegio*, 1982, n° 7, 19-22.
- BAYES, R. Influence des facteurs non spécifiques dans la thérapie comportementale. *Psychiatrie Francophone*, 1982, n° 4, 26-32.
- BAYES, R., GUELL, M. A., MASVIDAL, A. E. y MOROS, J. Efectos del auto-registro en un caso de insomnio crónico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1982, n° 19, 349-358.
- BOGET, T., CLARIANA, M. y BAYES, R. Importancia de la variable "investigador" en los resultados de las técnicas de autocontrol. *Estudios de Psicología*, 1982, n° 12, 128-132.
- BAYES, R. Biorretroalimentación y efecto placebo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1983, 15, 63-85.
- BAYES, R. Enseñanza y ejercicio profesional del Análisis de la Conducta en España. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1983, 38, 233-245.
- BAYES, R. Preferencias y aversiones alimenticias en una población española. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1983, 38, 513-528.
- BAYES, R. Psicología i dolor: Presentació. *Quaderns de Psicologia*, 1983, n° 7/1, 57.
- BAYES, R. Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria. *Estudios de Psicología*, 1983, n° 13, 92-110.
- BAYES, R. Psicología i càncer. En *Psicologia i salut*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions, 1983, 37-55.
- BAYES, R. Enseñanza de la observación de un comportamiento humano en una situación natural. *Enseñanza de las Ciencias*, 1983, 1, 158-167.
- BAYES, R. Los factores psicológicos en el proceso "salud-enfermedad". En *I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. Area 3: Psicología y Salud. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos, 1984, 70-76.
- VILLAMARIN, F. y BAYES, R. Evaluación de las expectativas en la desensibilización sistemática y otros tratamientos. *I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. Area 3: Psicología y Salud. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos, 1984, 260-262.
- BAYES, R. Commentaries. *The Interbehaviorist*, 1984, 12 (3), 5.
- LUQUE, O., BAYES, R. y MORGADO, I. Inducción del sueño en ratas mediante la administración de un placebo. *Revista de Análisis del Comportamiento*, 1984, 2 (1), 61-65.