

El «efecto placebo» en los procesos de cambio terapéutico*

Ramón Bayés

Universidad Autónoma de Barcelona

El tema que nos ocupará en el día de hoy reúne, en mi opinión, tres características en grado superlativo: es importante, difícil y apasionante. Confío ser capaz de comunicarles, en alguna medida, mi interés por él.

En la práctica clínica suele admitirse acríticamente —tanto por parte de los pacientes y usuarios potenciales de los servicios sanitarios como por los propios profesionales de la Salud— que si una persona padece un trastorno o enfermedad, acude a un consultorio buscando el asesoramiento o ayuda de un profesional y, después de la correspondiente intervención, su problema mejora o desaparece, este efecto positivo se debe a la eficacia de la intervención efectuada. Esta relación «causa-efecto» casi nunca se pone en duda en el caso de mediar una acción quirúrgica o farmacológica pero se considera, asimismo, bien establecida en las intervenciones psiquiátricas y psicológicas e incluso en los tratamientos administrados por curanderos.

A pesar de este consenso general, es preciso mencionar que, desde un punto de vista estrictamente científico, el hecho de que un fenómeno siga en el tiempo a otro, no constituye prueba alguna de que el primero sea *necesariamente* la causa del segundo. De hecho, aunque esta explicación pudiera ser correcta, también sería preciso considerar otras hipótesis igualmente plausibles, como, por ejemplo, que los fenómenos han coincidido por azar en el tiempo y son independientes. Por tanto, con el fin de que ante cada nuevo caso que se presente, el profesional pueda utilizar la estrategia clínica objetivamente más eficaz de acuerdo con el conocimiento disponible, es preciso que no considere como evidente y bien establecido lo que todavía puede estar por demostrar. Ha de permanecer, por el contrario, permanente alerta para no caer en esta antigua y cómoda falacia «post hoc ergo propter hoc».

Por otra parte, aun cuando se demuestre que un tratamiento es realmente eficaz, mientras que, normalmente, suelen atribuirse las mejorías o curaciones a aspectos *aparentemente* relevantes de la intervención —como, por ejemplo, al tipo de estrategia utilizada: psicofármaco, psicoterapia breve, desensibilización sistemática, etc., o a la habilidad del terapeuta— el éxito podría perfectamente deberse a factores accidentales considerados implícitamente poco relevantes, como, por ejemplo, las expectativas favorables del paciente ante un tratamiento o terapeuta concretos.

En el momento histórico y país en que nos encontramos, coinciden tres factores que inciden gravemente sobre nuestra realidad social: a) una fuerte

* Trabajo presentado en las II Jornadas de Psicología de Oviedo: *Aprendizaje: Fundamentación, teoría y aplicaciones*. 4-8 de marzo de 1985.

crisis económica que, a principios de 1985, nos acerca a la cifra de tres millones de parados; b) un aumento creciente de los gastos sanitarios, alcanzando el presupuesto de asistencia sanitaria de la Seguridad Social para 1985 la enorme cifra de 930.732 millones de pesetas; y c) el progresivo traspaso al sector público de gran parte de los servicios que afectan a la salud de la población.

En esta coyuntura, consideramos de especial interés conseguir una evaluación, lo más rigurosa posible, de la eficacia y garantías de los tratamientos terapéuticos disponibles. En efecto, ¿por qué y en nombre de qué tenemos los ciudadanos que financiar con nuestro dinero —a través de los impuestos— terapéuticas cuya eficacia todavía no se ha demostrado científicamente?

Ultimamente, al surgir en los Estados Unidos la posibilidad de que una parte de los costes de los tratamientos psicológicos y psiquiátricos corrieran a cargo del Estado, la problemática de su eficacia —expuesta a la luz pública principalmente por Eysenck y Rachman a partir de 1952 (cfr. Bayés, 1984)— se ha recrudecido y saltado de su ámbito de discusión de familia en el seno de nuestras comunidades profesionales a la palestra política, ya que, de acuerdo con Klerman (1983) —un profesor de la Universidad de Harvard— una demostración científica de eficacia debería constituir una plataforma previa ineludible para la toma de decisiones de salud pública, tanto si se trata de medicamentos como de cirugía, radiaciones o psicoterapia.

Con respecto a esta última, debemos señalar que, en los Estados Unidos, un equipo de especialistas que trabajaba para la Comisión Presidencial sobre Salud Mental, ha encontrado escasa evidencia en favor de su eficacia, y que uno de sus miembros —Parloff (1982)—, hace tan sólo un par de años, ha sostenido que los datos disponibles «no permiten identificar procedimientos o técnicas terapéuticas claramente inseguros pero tampoco permiten señalar a alguno que sea más eficaz que los demás». En estas condiciones, teniendo en cuenta que, según Herink, existen inventariadas más de 250 terapias psicológicas diferentes, y en ausencia de una demostración empírica de superioridad de una o varias de ellas sobre las otras, sí podría defenderse —caso de que se decidiera incluir, provisionalmente, los tratamientos psicoterapéuticos en la Sanidad pública— que, en igualdad de condiciones, cinco visitas a un profesional, por ejemplo, cuestan menos dinero que 50, y que siete días de hospitalización son menos gravosos para el contribuyente que varias semanas de internamiento, y que, por tanto, habría que favorecer a las estrategias que mostraran una mayor rapidez y precisión en la consecución de unos resultados terapéuticos previamente definidos.

De lo que llevamos dicho, emerge ya, en nuestra opinión, una primera conclusión: *es urgente que el Estado* —o las instancias oficiales implicadas— *en la medida en que los tratamientos psicológicos y psiquiátricos deban financiarse con fondos públicos, promueva investigación científica para evaluar su coste, grado de peligrosidad y eficacia, con el fin de evitar que el dinero del contribuyente vaya a parar al pozo sin fondo de unas intervenciones profesionales que pueden resultar inoperantes, o a financiar servicios y prestaciones comparativamente más caros, más lentos, menos seguros o de eficacia menor.*

Un problema suplementario viene a unirse al que acabamos de mencionar: 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 tienen en cuenta las condiciones o factores que puedan conducir a un fortalecimiento o debilitamiento de las

ganancias adquiridas— *a efectos de salud, el mejor diagnóstico no sirve para nada*. Hay que tener en cuenta que, hasta ahora, lo normal es que los pacientes que siguen tratamientos prescritos en enfermedades crónicas, por ejemplo, no sobrepasen un 50 por 100 de observancia, y que porcentajes cercanos al 20 por 100 aparezcan en tratamientos de la obesidad, la tuberculosis, la hipertensión y la profilaxis del reumatismo (Ross y Guggenheim, 1983; Stunkard, 1981). Pardell, Salleras y Salvador (1983) señalan, entre nosotros, que los resultados de los diversos tratamientos de cesación de fumar, expresados en términos de abstinencia, abarca entre el 40 y el 75 por 100 de los participantes pero que, al cabo de un año, no más allá de un 15 a un 25 por 100 de los sujetos que han conseguido éxito en el tratamiento se mantiene sin fumar. En cuanto a la técnica de autoexamen de senos, recomendada a las mujeres para la prevención secundaria del cáncer de mama, mientras que el porcentaje de mujeres norteamericanas que había practicado esta técnica por lo menos una vez, ha pasado de un 8 por 100 a comienzos de la década de los cincuenta a un 83 por 100 en 1977; no obstante, el porcentaje de mujeres que admite realizar el autoexamen mensualmente es sólo del 18 por 100 y no ha variado entre 1973 y 1977 (cfr. Kegeles, 1983).

La escasez de datos de seguimiento a medio y largo plazo en la mayoría de investigaciones realizadas sobre terapéuticas psicológicas constituye, a nuestros ojos, un hecho particularmente lamentable y que debería tratar de subsanarse con rapidez. Revisando las investigaciones publicadas durante dos años en revistas especializadas de modificación de conducta, por ejemplo, se encontró que sólo un 12 por 100 de ellas incluían datos de seguimiento superiores a seis meses y que, en gran parte de los casos, los mismos procedían únicamente de informes telefónicos proporcionados por los propios afectados.

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 responsables de su mantenimiento una vez dicho cambio ya ha sido instaurado, por lo que una segunda conclusión pasaría a unirse a la anterior: *Es necesario y, asimismo, urgente que se lleven a cabo investigaciones para averiguar de qué factores depende que los cambios positivos obtenidos a través de una terapia —o sin ayuda profesional alguna ya que no hay que olvidar que, en los Estados Unidos, se ha encontrado que el 95 por 100 de las personas que han conseguido abandonar el tabaco lo han hecho sin la ayuda de un tratamiento formal (Stevens, Greeney y Primavera, 1982) se mantengan, y si los cambios instaurados a través de una estrategia concreta se mantienen mejor que los obtenidos mediante técnicas alternativas*. Personalmente, sospechamos que estas investigaciones nos conducirán a otro nivel de análisis del medio ambiente: socioeconómico y cultural; y que, en muchos casos, deberemos propugnar una acción esencialmente política si de verdad deseamos el mantenimiento del cambio.

En el resto de nuestra intervención vamos a tratar de establecer lo que, en nuestra opinión, constituiría un proyecto de evaluación, secuencial y sistemático, de los efectos de un tratamiento psicológico. Evidentemente, el punto en que, en cada momento, la eficacia de una terapéutica concreta para un problema concreto puede darse por suficientemente demostrada debe ser determinado por la comunidad científica y, en el caso de que su administración deba financiarse con fondos públicos, por los representantes legítimos de la población. Si esta demostración debe incluir necesariamente, como exige Klerman (1983), investigaciones controladas con grupos al azar es algo que puede discutirse pero, en todo caso, los responsables de la Sanidad pública deberían propugnar, como antes hemos señalado, un ambicioso programa de evaluación y establecer un *dispositivo que indicara, sin ambigüedades, cuando las ga-*

rantías de eficacia de un tipo concreto de tratamiento psicológico para un problema concreto son suficientes para permitir que los gastos que ocasione su administración sean costeados con fondos de la comunidad.

En la evaluación de una terapéutica psicológica deben considerarse, a nuestro juicio, tres aspectos fundamentales:

1. En primer lugar es necesario demostrar que dicha terapia, considerada globalmente, «funciona» al menos para un tipo de problema concreto y unas circunstancias asimismo determinadas. En otras palabras, ante todo es preciso establecer que el tratamiento es capaz de producir unas ganancias superiores a las que hubieran podido esperarse, de no haberse aplicado, por el simple paso del tiempo y las experiencias de la vida cotidiana.
2. En segundo lugar y dado que la mayor parte de tratamientos psicológicos están constituidos por diversos elementos supuestamente terapéuticos, *característicos* de la terapia, así como por otros *accidentales* a ella pero sin los cuales la misma no podría aplicarse (cfr. Grünbaum, 1981) —como, por ejemplo, un ambiente terapéutico y un terapeuta—, es preciso averiguar: *a) por qué* «funciona», es decir, de todos los componentes —característicos o accidentales— cuál o cuáles son los principales responsables de los resultados obtenidos; y *b) si* la acción de los mismos —caso de ser varios o todos ellos— posee un carácter sumativo o sinérgico. La localización del elemento o elementos responsables de la eficacia de un tratamiento es especialmente importante porque nos muestra caminos para disminuir su coste y tiempo de administración, a través de la simplificación del procedimiento y la supresión de los elementos superfluos.
3. Finalmente, también es importante conocer si para un tipo de problema y unas circunstancias concretas, el tratamiento considerado posee una eficacia *superior* a los demás tratamientos alternativos que podrían aplicarse en su lugar. Éticamente, debería utilizarse siempre, en cada caso y momento, la mejor terapéutica disponible, pero la demostración de cuál de ellas posee esta cualidad presenta numerosos problemas metodológicos difíciles de resolver.

El primero de los aspectos anteriores —es decir, si hay algo en el procedimiento utilizado capaz de producir unas ganancias superiores a las que habrían podido obtenerse de no haberse aplicado tratamiento alguno— se suele investigar comparando las tasas de mejorías o curaciones de los grupos sometidos a la terapia con grupos equivalentes sin tratamiento, o las diferencias entre los niveles basales de alguna o algunas variables relevantes y los niveles post-tratamiento de estas mismas variables.

Para conocer el segundo de ellos será necesario llevar a cabo un análisis fraccional de la terapéutica que se desea investigar, introduciendo, sistemáticamente, variaciones en los elementos que lo componen. Se suelen establecer comparaciones entre, por ejemplo, un grupo que recibe el tratamiento completo y otro grupo al que se administra un tratamiento igual al anterior excepto en que se le ha suprimido alguno de sus elementos característicos, procediéndose, luego, de la misma manera, con los demás elementos. Mediante esta técnica de desmantelamiento se ha analizado, por ejemplo, el valor terapéutico de los tres elementos considerados inicialmente como esenciales en la desensibilización sistemática —relajación, jerarquía y aprendizaje de respuestas incompatibles— no encontrándose, aparentemente, en los procedimientos disminuidos, pérdida de eficacia. Al utilizar esta técnica de desmantelamiento es preciso tener en cuenta, sin embargo, que al suprimir alguno de los componentes no se altere la credibilidad global del tratamiento —una

variable considerada implícitamente como accidental por muchos terapeutas conductuales aunque, posiblemente, de gran importancia— ya que, en este caso, las diferencias que pudiéramos observar entre los grupos podrían ser simplemente explicadas por una credibilidad más elevada suscitada por la terapéutica completa.

En cuanto al tercer aspecto, una metodología apropiada debería incluir —en nuestra opinión, necesariamente— una estrategia doble ciego en la que el tratamiento de igual credibilidad y capaz de suscitar similares expectativas en los pacientes y los terapeutas pero que careciera de los ingredientes supuestamente terapéuticos, propios del primero. En el caso de encontrarse un suplemento de eficacia en el tratamiento hipotéticamente activo, debería compararse la magnitud de este suplemento de eficacia con las eficacias residuales que pudieran ofrecer otros tratamientos alternativos.

Para el desarrollo de investigaciones en este tercer aspecto, esto es, susceptibles de evaluar la superioridad de un tratamiento sobre los demás, existen numerosos obstáculos aunque, a nuestro juicio, también algunas posibles vías de solución.

Ante todo, es preciso recordar que la metodología disponible para evaluar la eficacia comparativa de las terapéuticas psicológicas procede, en gran medida, del campo farmacológico, en el cual constituye una práctica usual la comparación, en doble ciego, de dos grupos: el grupo experimental, al que se aplica la droga supuestamente activa; y el grupo placebo, al que se administra una sustancia de inactividad comprobada pero cuya apariencia —color, sabor, tamaño, etc.— la hace indistinguible de la droga cuyo grado de eficacia se desea evaluar. En síntesis, la estrategia de gran parte de la investigación farmacológica consiste en separar las posibles influencias psicológicas que acompañan a la administración de un fármaco de los efectos producidos genuinamente por la droga. En una investigación farmacológica, por tanto, las sustancias placebo son netamente inoperantes aun cuando los grupos o individuos que las utilizan puedan obtener resultados positivos desde un punto de vista terapéutico.

De hecho, la investigación sobre la eficacia de las terapias psicológicas es complementaria —pero no un análogo— de la farmacológica (Wilkins, 1984), ya que, en el fondo, una de sus finalidades importantes consiste en descubrir cuál o cuáles de los factores psicológicos presentes en los grupos que reciben una sustancia placebo en la investigación farmacológica son los responsables de la eficacia terapéutica mostrada por estos grupos.

En los trabajos en los que se trata de evaluar la eficacia comparativa de diversos tratamientos psicológicos surge un nuevo problema debido al hecho de que los elementos que se consideran característicos —y, por tanto, activos— en una terapia varían según el marco teórico que la sustenta. Por ello, pueden diferir, de acuerdo con un criterio personal de investigador, los componentes «placebo» del grupo de comparación, convirtiendo en difícil y problemático establecer un balance entre tratamientos psicológicos diferentes.

En síntesis, en la investigación farmacológica, los grupos o condiciones placebo se distinguen claramente de los grupos o condiciones experimentales en la variable cuya eficacia interesa dilucidar: todos los investigadores, sea cual fuere su procedencia y formación, coinciden al identificar, *a posteriori*, por una parte, a los individuos o grupos que han recibido el tratamiento experimental —la sustancia activa— y, por otra, a los individuos o grupos que no la han recibido. En la investigación psicológica actual, por el contrario, los elementos que se suponen esenciales y activos pueden variar en función de la teoría bajo la que actúa el investigador. Y, por tanto, debemos preguntarnos: ¿cómo podemos salir de este aparente callejón sin salida?

Personalmente, intuimos dos posibles caminos:

- a) Considerar como «placebo» un tratamiento que reúna únicamente *todos los elementos comunes* que comparten las diferentes terapias psicológicas, con independencia del estatus —característico o accidental— que cada componente tenga para una teoría concreta (Critelli y Neumann, 1984). Entre estos elementos se encuentran: la credibilidad del tratamiento, la atención proporcionada por el terapeuta, las expectativas de curación del paciente, etc. Cualquier terapia que se desee evaluar deberá poseer, en grado similar, todos estos elementos comunes que forman parte de la condición o grupo «placebo», además de los que se consideren característicos de la misma y que no estén ya incluidos en el anterior componente «placebo» de comparación.
- b) Simplificar el contenido del componente «placebo» a través de la autoadministración de la terapia por el propio paciente (Bayés, 1983) y la admisión de las siguientes premisas: 1.^a) Que el efecto placebo constituye un fenómeno terapéutico real que comporta cambios fisiológicos y bioquímicos *en* el organismo del paciente; 2.^a) Que dicho efecto se produce bajo el influjo de variables psicológicas presentes en las situaciones terapéuticas culturalmente sancionadas, cuyas características varían según los grupos sociales, los países y las épocas; y 3.^a) que, en principio, nada impide que este efecto curador pueda ser suscitado por el propio paciente —sin intervención de terapeuta alguno— *si actúa bajo el convencimiento de que el organismo humano es capaz de autoproducirlo*. Con este medio se podría verificar la influencia de diversos tipos de información e instrucciones sobre la fisiología y bioquímica del organismo, al tiempo que averiguar si la presencia de un terapeuta —médico, psiquiatra, psicólogo, curandero, etc.— constituye, o no, un elemento esencial en la producción del efecto placebo. Caso de que, como sospechamos, se demuestre que para que aparezca el mismo *no* sea necesaria la presencia y actuación de un terapeuta —oficial o alternativo—, esto puede suponer un paso importante hacia cierto grado de desprofesionalización en el campo de la salud y un posible abaratamiento de los costes sanitarios.

De hecho, estos posibles caminos son coherentes con:

- a) La postura defendida por Frank (1982) y otros autores, según la cual los determinantes más poderosos en cualquier situación terapéutica probablemente radican más en los elementos comunes compartidos por todas las psicoterapias —y que bastantes de ellas consideran, explícita o implícitamente, como accesorios— que en aquellos que las diferencian y sobre las que cargan el acento las diferentes escuelas y orientaciones.
- b) La teoría de la autoeficacia de Bandura (1977, 1981, 1982), la cual postula: 1.^o que los cambios conseguidos a través de diferentes tratamientos derivan su eficacia de un mecanismo cognitivo común; 2.^o que todos los tratamientos, sea cual fuera su forma, son susceptibles de afectar a las expectativas de los pacientes; y 3.^o que cualquier tratamiento que altere positivamente las expectativas de eficacia de los pacientes puede ser terapéuticamente eficaz.

En conjunto, consideramos que la evidencia disponible permite defender que un tratamiento *creíble*, compuesto únicamente por los elementos comunes a todas las terapias psicológicas —o, quizá, incluso, de éstos, sólo por aquéllos que sean necesarios para su autoadministración— puede tener éxito de dos maneras: a) directamente, a través de un mecanismo de reducción de la ansiedad y consecución de un estado bioquímico del medio interno que favo-

rezca y posibilite la acción autocuradora del propio organismo, de acuerdo, por ejemplo, con el modelo postulado por Schwartz; y *b*) indirectamente, por medio de un incremento en las expectativas de eficacia del paciente, las cuales, según Bandura, afectan a la iniciación y persistencia de sus comportamientos de afrontamiento del trastorno o enfermedad (*coping*).

Algunos autores —tales como Bergin (1966), Hersen y Barlow (1976), Paul (1967), etc.— tras estudiar detalladamente el problema de la evaluación de las psicoterapias, llegan a la conclusión de que si bien el aserto de Eysenck, según el cual «el valor de la psicoterapia todavía está por demostrar», sigue siendo válido en la actualidad, la mayor parte de los trabajos existentes sobre el tema —incluidos los del propio Eysenck y sus colaboradores a lo largo de los años (Cfr. Bayés, 1984)— eran incapaces de proporcionar una respuesta satisfactoria sobre el grado de eficacia que puede esperarse de un tratamiento específico para un paciente concreto en unas circunstancias determinadas. El primero en poner el énfasis en este factor de especificidad fue, probablemente, Paul cuando, en 1967, formuló la pregunta: «¿Qué tratamiento, hecho por quién, es el más efectivo para cuál individuo, con qué problema concreto y bajo qué circunstancias?».

Parte de esta dificultad —como ha señalado el colombiano Pérez Gómez (1982)— deriva, entre otras cosas: *a*) de 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 debidas a los tratamientos; *b*) la gran variabilidad en el comportamiento de los terapeutas al aplicar los tratamientos; *c*) la imprecisión de las observaciones que deben llevarse a cabo para calificar a los sujetos como «mejorados» o «curados», etc.

Aun sin negar la pertinencia de estas críticas —sobre todo en algunos aspectos importantes— y la dificultad de la tarea, nuestro punto de vista es algo más optimista. Aun cuando no podamos separar la eficacia conseguida por un tratamiento del marco cultural en el que se utiliza y de las características de las interacciones terapéuticas que tienen lugar en él, sí podemos, a nuestro juicio, analizar las condiciones que le confieren o restan eficacia, a través de la jungla, aparentemente impenetrable, de variabilidad, dificultades de observación y registro, y problemas de toda índole. Para tratar de avanzar fructíferamente por este camino, consideramos que debemos disponer de dos tipos de herramienta:

- 1.º Unas estrategias metodológicas que nos proporcionen datos empíricos fiables susceptibles de ser replicados.
- 2.º Un marco teórico que nos permita analizar conceptualmente, bajo un prisma común, los datos procedentes de investigaciones y niveles diferentes.

Evidentemente, como en toda empresa científica, tanto el uno como el otro, deberán considerarse como permanentemente provisionales, insatisfactorios y susceptibles de cambios, a medida que aumente nuestro conocimiento. Y uno de los primeros problemas a los que tendremos que hacer frente, una vez hayamos resuelto el de la ineludible evaluación fiable pre-post tratamiento del tipo e importancia del fenómeno que deseamos modificar, será el del ámbito de generalización de los resultados que obtengamos: ¿es que el mismo procedimiento terapéutico será igualmente eficaz si se aplica a otros pacientes con trastornos similares? ¿Y si se aplica a pacientes de características distintas? ¿O se usa por diferentes terapeutas? ¿O cambia el lugar donde se administra?

En lo referente a las estrategias metodológicas, en la primera parte de nuestra charla nos hemos avanzado ya, en cierta medida, a este planteamiento

to, proponiendo algunas técnicas concretas, como, por ejemplo, la de aislar los elementos compartidos por los diferentes tratamientos y considerarlos como «placebo» —tratando de liberar al término de cualquier connotación negativa debida a su dilatada asociación histórica con el concepto «inerte» o «inoperante», propio de la investigación farmacológica—. En cuanto al marco teórico, también hemos mencionado, de pasada, la posible utilidad explicativa y orientadora de algunos modelos como los de Bandura (1977), Frank (1982) o Schwartz (1977).

En este punto, y dado que una gran parte de la investigación llevada a cabo sobre la eficacia de las psicoterapias ha utilizado diseños tradicionales de grupo, nos gustaría centrar la atención sobre la importancia de los denominados diseños intrasujeto para resolver el problema que nos ocupa.

A juicio de Hersen y Barlow (1976), el grado de generalización —o validez externa— de los resultados obtenidos en una serie de experimentos intrasujeto aplicados a pacientes similares en los que el experimento original se replica en tres o cuatro sujetos, sobrepasa en mucho al que puede conseguir un diseño tradicional entre grupos homogéneos «grupo experimental-grupo control sin tratamiento» que utilice un número de sujetos bastante más elevado.

Sin embargo, esta generalización de resultados —tanto en un tipo de diseño como en el otro— deberá limitarse a uno solo de los aspectos de interés —la generalización a otros pacientes de características similares— sin proporcionarnos información sobre los demás. Nada nos dicen sobre la generalización de los resultados cuando los tratamientos son usados por otros terapeutas, en otras situaciones terapéuticas distintas o con clientes de características sustancialmente diferentes de aquellos en los que se han experimentado.

Para poder contestar, adecuada y globalmente, a esta problemática, Paul propuso —dentro de una estrategia tradicional de diseños de grupo— el uso de diseños factoriales, los cuales posibilitan el estudio simultáneo de varias áreas básicas de generalización. Así, por ejemplo, es posible construir un diseño factorial que permita comprobar, a la vez, los efectos de un tratamiento «activo» y un tratamiento «placebo», en dos situaciones terapéuticas diferentes, en pacientes que padezcan un trastorno con dos grados distintos de gravedad. En este caso, los grupos de pacientes deberían ser tan homogéneos como fuera posible en todas las variables consideradas como relevantes y la enorme cantidad de tiempo y de dinero necesarios para disponer de una cantidad aceptable de pacientes con el grado de homogeneidad requerido ha contribuido, junto con otros problemas, a inhibir el desarrollo de investigaciones con este tipo de diseño.

Dentro de una línea de diseños intrasujeto, el equivalente de los diseños factoriales es la estrategia llamada *replicación sistemática*, cuyo objetivo, lo mismo que en el caso anterior, es explorar los efectos de un tratamiento concreto a través de pacientes, terapeutas y situaciones diferentes con el fin de comprobar hasta qué punto los resultados que se obtienen pueden generalizarse. En primer lugar y a través de una serie de replicaciones directas a un pequeño número de pacientes de características similares se debe establecer el grado de generalización entre pacientes; una vez alcanzado un grado de generalización satisfactorio, el paso siguiente consistirá en replicar el procedimiento una vez más pero, en esta ocasión, introduciendo variaciones en las características del paciente, el terapeuta, la situación, o en varios de estos factores simultáneamente.

La elección del tipo de diseño apropiado dependerá, en gran medida, del objetivo que nos proponamos con nuestra investigación, ya que si bien es

cierto que, como antes hemos dicho, la mayor parte de los trabajos entre grupos existentes sobre la eficacia de las psicoterapias no permite contestar a la pregunta sobre el grado de eficacia que puede esperarse de un tratamiento específico para el paciente concreto y, en cambio, una serie de replicaciones sistemáticas intrasujeto nos puede proporcionar valiosa información sobre las condiciones en que un tratamiento «funciona», no es menos cierto que existe otro tipo de pregunta, igualmente legítimo, y que, en cierto sentido, nos devuelve al punto de partida de nuestra intervención, para contestar el cual los diseños intrasujeto no constituyen, posiblemente, la herramienta más adecuada: ¿cuál es la magnitud de los efectos de una terapia psicológica sobre un sector de la población?

En nuestra opinión, por tanto, con respecto a la eficacia de los tratamientos psicológicos, existen dos tipos de pregunta —que no deberían contraponerse— que implican estrategias diferentes:

- a) *¿Bajo qué condiciones un tratamiento concreto es eficaz?*, requiere un análisis experimental para el cual los diseños intrasujeto pueden resultar un instrumento de elección que permita adoptar decisiones de tipo clínico individual.
- b) *¿Cuál es la magnitud de los efectos de un tratamiento?*, requiere comparaciones entre grupos, y la información que proporciona, fácilmente comprensible por los miembros no profesionales de la comunidad, puede permitir adoptar decisiones de política sanitaria.

A juicio de Hersen y Barlow (1976), las investigaciones sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos deberían centrarse, en primer lugar, en la realización de series de replicaciones sistemáticas intrasujeto, de tal manera que fuera posible descubrir, para un tratamiento concreto, qué variables en el paciente, terapeuta y situación son críticos para su éxito. Esto permitiría la construcción de grupos homogéneos de población en los que pudiera investigarse, posteriormente, la idoneidad del tratamiento con ciertas garantías de eficacia social. De otra manera, la aplicación prematura de comparaciones entre grupos sin un conocimiento previo de las condiciones bajo las que dicho tratamiento es eficaz, debe conducir, casi inexorablemente, a mostrar un efecto «débil» con una gran variabilidad en los sujetos sometidos al mismo, que ha sido predominante en muchas de las investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha.

En resumen, a nuestro juicio, la controversia existente —y a la que antes hemos aludido— entre la postura de autores, tales como Eysenck y Rachman, por una parte, que han tratado de evaluar la magnitud de los efectos de la psicoterapia, y la de otros, como Berguin, Lazarus y Paul, que denuncian que los trabajos anteriores son incapaces de mostrarnos cuál es el grado de eficacia que puede esperarse de un tratamiento específico para un paciente concreto, es más aparente que real, pues, de hecho, intentan contestar a preguntas diferentes: la de los primeros es, esencialmente, de tipo político (Baer, 1971); la de los segundos es, fundamentalmente, de tipo clínico. En nuestra opinión, ambas pueden tener respuesta —laboriosa y difícil, pero no imposible— si se utilizan las metodologías apropiadas.

Si deseamos avanzar en el conocimiento de esta problemática se nos presenta un complejo panorama que deberíamos tratar de abarcar en su totalidad y no parcialmente como suele hacerse a menudo. El ámbito de la aplicación de los tratamientos psicológicos al campo de la salud comprende diferentes niveles y estrategias que proporcionan datos de valor muy desigual, los cuales constituyen —considerados conjuntamente— el entramado, dinámico y cambiante, de nuestro conocimiento sobre el tema. Los componentes del sistema son los siguientes:

- 1.º En un primer nivel encontramos: las *observaciones clínicas asistemáticas* y los *estudios no controlados con poblaciones clínicas*; la *investigación básica*, realizada en el laboratorio con mamíferos inferiores y con humanos; y la elaboración de *modelos teóricos*, efectuada con, o sin, ayuda informática.
- 2.º Los elementos anteriores, unidos al conocimiento existente en cada momento, procedente de todos los niveles de investigación, dan lugar a *nuevos procedimientos de intervención*, cuya *eficacia inmediata* puede verificarse, a través de *diseños intrasujeto* o *entre grupos*; en *poblaciones clínicas bajo condiciones especiales de control* o mediante *estudios análogos con poblaciones no clínicas*, compuestas, en general, por estudiantes universitarios.
- 3.º Si los tratamientos han proporcionado resultados satisfactorios en el nivel anterior, se procede a analizar la *contribución a la eficacia total de cada uno de sus componentes* y, paralelamente, es conveniente verificar la *eficacia a medio y largo plazo* de los procedimientos completos.
- 4.º Simultánea, o mejor aún, posteriormente a los trabajos en el nivel 3, las intervenciones que han pasado con éxito por el nivel 2 deben someterse a una *replicación clínica en condiciones normales de administración* para evaluar su eficacia a corto, medio y largo plazo, así como su grado de eficacia en comparación con otros tratamientos alternativos.
- 5.º Dado que los *factores que mantienen el cambio* —o un estado de salud— pueden ser diferentes que los que son capaces de producirlo, es conveniente estudiar este importante aspecto, complementariamente, en los tratamientos que hayan superado con éxito las investigaciones llevadas a cabo en los niveles 2, 3 y 4.

Hay que tener en cuenta que todos los elementos del sistema se encuentran hasta cierto punto interrelacionados, en el sentido de que los diferentes niveles y estrategias aportan, continuamente, nuevo conocimiento susceptible de afectar a la composición, administración o evaluación de los tratamientos, tanto si éstos se encuentran en curso de investigación como si forman ya parte de la práctica clínica ordinaria.

Antes de terminar nuestra intervención, nos gustaría centrar la atención, a modo de recordatorio, en unos pocos aspectos concretos que consideramos de especial importancia, en el momento en que nos encontramos, para un buen planteamiento del tema que nos ocupa. Se refieren a algunas necesidades que, a nuestro juicio, deberían poseer carácter prioritario:

- a) Elaboración de técnicas e instrumentos de alta fiabilidad, adecuados para observar, registrar y medir las variables comportamentales, fisiológicas y bioquímicas que puedan encontrarse relacionadas con los diferentes trastornos y enfermedades.
- b) Establecimiento de indicadores fiables y válidos de las mejorías y empeoramientos —por ejemplo, aumentos o disminuciones de dolor— de los diferentes tipos de problemas de salud, por una parte, y de las variables encubiertas —por ejemplo, expectativas— por otra.
- c) Aumento en la frecuencia de uso de los diseños intrasujeto en las investigaciones sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos en los problemas de salud.
- d) Utilización, siempre que sea posible, de estrategias doble ciego.
- e) Estudio de las condiciones que potencian la eficacia de los tratamientos «placebo», no olvidando en ningún momento que los mismos son *terapéuticamente activos*.

- f) Estudio separado de los factores susceptibles de mantener un cambio terapéutico, recordando que los mismos pueden ser diferentes que los que son necesarios para instaurar dicho cambio.
- g) Establecimiento de evaluaciones a medio y largo plazo.
- h) Investigación a fondo de las posibilidades metodológicas —aparte de sus ventajas en otros aspectos— que ofrece la autoadministración terapéutica.

Quisiera finalizar mi intervención con las palabras que aparecen grabadas en una páttera romana del siglo IV que se conserva en la alcazaba de Málaga y que descubrí, por casualidad, el pasado año. Como podrán observar, en la inscripción figura la palabra «placebo» y puede simbolizar lo que representa una terapia concreta para una persona doliente:

ACCIPERE ME, SITIENS; FORTE PLACEBO TIBI
«Tómame, sediento; quizá te sacie»

Referencias

- 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.
- BAER, D. M.: «Behavior modification: you shouldn't», en E. Ramp y B. L. Hopkins (eds.): *A new direction for education: behavior analysis*. Lawrence, Kansas: Lawrence University Press, 1971.
- BANDURA, A.: «Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change». *Psychological Review*, 1977, 84, 191-215.
- BANDURA, A.: «Self-referent thought: a developmental analysis of self-efficacy», en J. H. Flavell & L. Ross (eds.): *Social cognitive development: frontiers and possible futures*. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.
- BANDURA, A.: «Self-efficacy mechanism in human agency». *American Psychologist*, 1982, 37, 122-147.
- BAYÉS, R.: «Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria». *Estudios de Psicología*, 13, 1983, 92-110.
- BAYÉS, R.: «¿Por qué funcionan las terapias comportamentales?» *Anuario de Psicología*, 30/31, 1984, 127-146.
- BERGIN, A. E.: «Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice». *Journal of Abnormal Psychology*, 1966, 71, 235-246.
- CRITELLI, J. W., y NEUMANN, K. F.: «The placebo: conceptual analysis of a construct in transition». *American Psychologist*, 1984, 39, 32-39.
- 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.
- GRÜNBAUM, A.: «The placebo concept». *Behaviour Research and Therapy*, 1981, 19, 157-167.
- HERSEN, M., y BARLOW, D. H.: *Single case experimental designs*. Nueva York: Pergamon, 1976.
- KAZDIN, A. E., y WILSON, G. T.: *Evaluation of behavior therapy: issues, evidence, and research strategies*. Cambridge, Massachusetts: Ballinger, 1978.
- KEGELES, S. S.: «Behavioral methods for effective cancer screening and prevention». *Behavioral Medicine Update*, 1983, 5 (2/3), 36-44.
- KLERMAN, G. L.: «The efficacy of psychotherapy as the basis for public policy». *American Psychologist*, 1983, 38, 929-934.
- PARDELL, H.; SALLERAS, L., y SALVADOR, T.: *Manual de prevención y control del tabaquismo*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1983.
- PARLOFF, M. B.: «Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: Bambi meets Godzilla». *American Journal of Psychiatry*, 1983, 139, 718-727.
- PAUL, G. L.: «Strategy of outcome research in psychotherapy». *Journal of Consulting Psychology*, 1967, 31, 104-118.
- PÉREZ GÓMEZ, A.: *Psicología clínica. Problemas fundamentales*. México: Trillas, 1982.
- 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.
- SCHWARTZ, G. E.: «Psychosomatic disorders and biofeedback: a psychobiological model of dysregulation», en J. D. Maser y M. E. P. Seligman (eds.), *Psychopathology: experimental design*. San Francisco: Freeman, 1977.
- STEVENS, P. A.; GREENE, J. G., y PRIMAVERA, L. H.: «Predicting successful smoking cessation». *Journal of Social Psychology*, 1982, 118, 235-241.
- STUNKARD, A. J.: «Adherence to medical treatment: overview and lessons from behavioral weight control». *Journal of Psychosomatic Research*, 1981, 25, 187-197.
- WILKINS, W.: «Psychotherapy: the powerful placebo». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1984, 52, 570-573.