

El papel de los estudios de resultados de las terapias psicológicas

Juan Botella

Universidad Autónoma de Madrid

Los estudios de resultados (*outcome research*) son el instrumento para evaluar la capacidad de las diferentes técnicas y procedimientos terapéuticos para resolver los problemas psicológicos y comportamentales para los que han sido diseñados. Sin embargo, tradicionalmente en psicología clínica estos estudios no han tenido el protagonismo que cabría esperar. Se exponen varias razones ajenas a las funciones de los propios estudios de resultados para explicar este hecho, especialmente su empleo como arma para dirimir debates epistemológicos. Se defiende la necesidad de potenciar la realización de estos estudios y se proponen maneras de entenderlos con los que conseguir que su importancia para el psicólogo clínico sea cada vez mayor.

The role of outcome research in psychological therapies. Outcome studies are the proper tool for assessing the power of therapeutic techniques and procedures to remove or alleviate the psychological and behavioral problems for which they have been designed. However, those studies have not had in clinic psychology the importance they should. Several external factors to the goal of the own studies are proposed to explain this fact, and especially its use for solving epistemological issues. It is highlighted the need of empowering this kind of studies and ways to understand them are proposed which are thought to allow them reaching an increasing weight for the clinician.

Los estudios de resultados (*outcome research*) son investigaciones que, desarrolladas a caballo entre los contextos básicos y aplicados, tienen por objeto evaluar los méritos de una o varias técnicas, procedimientos o estrategias de intervención para la resolución de un tipo de problema o situación relativamente bien especificados. Son el equivalente a los ensayos clínicos en medicina. Una de las cosas que más sorprenden a los que por primera vez se asoman al campo de la psicología clínica es el poco protagonismo que en ella han tenido tradicionalmente los estudios de resultados, aunque se aprecia un cambio a este respecto en los últimos años (e.g., Bas, 1999; Dobson y Craig, 1998; Kendall, 1998; VandenBos, 1996). Inmediatamente surge la pregunta de por qué en psicología clínica no ha ocurrido lo mismo que en otros campos de la salud, en los que los estudios de resultados se han impuesto como el instrumento esencial para establecer la eficacia terapéutica de las diferentes técnicas, y consecuentemente como guía para la adopción de estrategias de intervención.

Los estudios de resultados como argumento en los debates epistemológicos

Una de las claves para entender la poca relevancia de los estudios de resultados en psicología clínica es, a mi juicio, el hecho de que estos estudios se hayan empleado como una especie de «prue-

bas judiciales» que se presentan en una supuesta vista a la que comparecen las diferentes escuelas psicológicas. Efectivamente, una función para la que se han empleado los resultados de estos estudios, yo creo que inadecuadamente, ha sido la de dirimir debates epistemológicos. Es fácil caer en la tentación de argumentar que si una técnica terapéutica no es eficaz, o es menos eficaz que otra, entonces la posición epistemológica y el marco teórico de los que se deriva son incorrectos o incompletos. Esto tiene algo de simpleza. No es que no tengan nada que ver. Las técnicas desarrolladas en el marco de buenas teorías sobre el cambio serán probablemente más eficaces. Pero no parece razonable que la eficacia de las técnicas terapéuticas derivadas a partir de una cierta posición epistemológica constituya un argumento definitivo para sustentar la corrección de ese marco epistemológico. Y ello por varias razones, aparte de la duda esencial de si se puede hablar de marcos epistemológicos correctos o incorrectos. La primera razón es que los constructos que se definen en las teorías pierden siempre algo de validez al operativizarlos, y más aún al aplicarlos. Quizás la teoría que incluye los elementos esenciales para el cambio no ha conseguido desarrollar procedimientos que recojan bien la movilización de esos mismos elementos. Por el contrario, otras definidas en otros términos pueden estar interviniendo en su aplicación sobre elementos clave no recogidos incluso en su propia teoría. La segunda razón es que esta función perversa de los estudios de resultados produce inmediatamente rechazo y desconfianza. No es lo mismo dejar de emplear una técnica y sustituirla por otra más eficaz que renunciar a un marco epistemológico con el que inevitablemente acabamos por identificarnos, incorporándolo a veces a nuestras propias señas de identidad. Esas señas de identidad se pueden mantener sin posturas integristas. Durante demasiado tiempo, y aun ahora, la formación que se da en las facultades de

psicología transmite a veces actitudes beligerantes, instigando a tomar postura y a enfrentarse con quienes hay que considerar como contrarios.

Cada vez es más demandada en nuestra sociedad una evaluación «imparcial» de las potencialidades de las terapias, desde las instituciones públicas de salud que deben desarrollar políticas sanitarias, hasta las compañías de seguros que aportan la cobertura económica de las pólizas sanitarias, y que no están ciertamente interesadas en debates epistemológicos, sino sencillamente en criterios de eficiencia, de coste-beneficio. Los problemas derivados de la variedad epistemológica no son problemas del paciente. Este solo busca aliviar o resolver sus problemas de la mejor manera posible. Son en realidad los pacientes los que necesitan estudios que constaten la eficacia terapéutica de las distintas técnicas. La necesidad de coherencia epistemológica y conceptual es un problema del terapeuta.

Por estas razones cabría exigir a la psicología una mayor capacidad para asumir procedimientos universalmente reconocidos como los apropiados para establecer la potencial eficacia de cualquier intervención, y creo que esto pasa por evitar su empleo como arma arrojadiza contra quienes han querido, honestamente, entender la psicología desde otra perspectiva.

Los estudios de resultados que se han venido realizando han mostrado, en primer lugar, que las terapias psicológicas funcionan, aunque solo en cierta medida. Esta afirmación puede sonar innecesaria, pero lo cierto es que hace sólo 40 años algunas voces autorizadas dudaban incluso de que la terapia psicológica tuviera algún efecto diferente al de la simple remisión espontánea (e.g., Eysenck, 1952). Los estudios que han comparado técnicas alternativas para abordar un mismo problema han llegado a conclusiones también diversas sobre los méritos relativos de cada una de esas técnicas. Pero independientemente de que nos parezcan más fiables unos estudios que otros, lo que ya parece bastante aceptado es que los pacientes que reciben terapia psicológica desarrollada en el marco de alguna de las principales escuelas cambian en alguna medida (Smith y Glass, 1977).

Ante la constatación de este hecho caben varias actitudes. Una, fomentada desde las actitudes a las que he hecho referencia más arriba, consiste en negarlo, atribuyendo incorrecciones metodológicas o epistemológicas a los propios estudios, es decir, matar al mensajero. Otra consiste en aceptar el reto, y tratar de explicar por qué se ha producido ese cambio, incluso aunque esto implique reinterpretarlo desde el propio marco teórico; pero para aceptar este reto es necesario estar primero dispuesto a admitir que en el marco de otras terapias también se produce cambio.

Pues bien, si se admite ese supuesto y se acepta ese reto se puede entender mejor un cierto giro que se ha producido en los últimos años en la investigación sobre terapias psicológicas. Me refiero al desplazamiento del foco de atención, centrado antes exclusivamente en los estudios de resultados, a la aparición de un número significativo de intentos por estudiar los procesos de cambio. Y quiero destacar la palabra «intentos», porque en demasiados casos no han conseguido lo pretendido, sino que se han quedado en estudios de los resultados parciales de las distintas fases en las que se ha dividido el proceso terapéutico (Poch y Avila, 1998). En cualquier caso, el estudio del proceso de cambio se antoja hoy imprescindible, aunque solo fuera para que el clínico pudiera reinterpretar desde su propia óptica el cambio observado por otros. Pero es que yo creo que este giro puede incluso hacerse desde la profunda convicción de que la variedad es en psicología, como en mu-

chos otros ámbitos, fuente de riqueza. En el fondo, quedarse solo con estudios de resultados supone asumir implícitamente que el cambio, en caso de producirse, sólo puede haberse producido por los mecanismos establecidos desde la teoría de la que se deriva la técnica. Por eso no hace falta estudiar el proceso. Esta postura puede parecer cuando menos petulante, y refleja puntos de vista muy lejanos a una actitud científica moderna, que además de rigor exigiría respeto y tolerancia hacia otras perspectivas.

Un paso importante hacia el entendimiento consistiría en acordar indicadores apropiados del cambio. Sería una ingenuidad por el momento invitar a los terapeutas de las diferentes escuelas a ponerse de acuerdo. Las propias concepciones del sujeto humano y de su dinámica llevan inevitablemente emparejadas las vías de observación idóneas, y no son las mismas. Sin embargo, mentalidades amplias pueden sacar provecho intelectual de otros indicadores, y nada nos impide incorporar en los estudios de resultados baterías de indicadores que recojan con amplitud y diversidad los aspectos que se consideran relevantes desde múltiples perspectivas.

Por otro lado, es comúnmente aceptado que en el proceso terapéutico existen unos factores inespecíficos, a veces denominados factores comunes, y que en realidad son un cajón de sastre donde cabe aquello para lo que no tenemos explicación. Los elementos inespecíficos son todos aquellos elementos de la actividad terapéutica que no son reconocidos como los elementos activos en el proceso de cambio desde la técnica terapéutica aplicada, pero que actúan de manera sinérgica con ella. La pregunta de cómo explicar el cambio que se produce en terapias diferentes a las que nosotros practicamos implica un necesario análisis de estos elementos inespecíficos. En ellos se pueden estar removiendo elementos críticos para el cambio. Esta etiqueta no es más que una máscara que oculta lo que desconocemos, y lo desconocido es siempre un reto para nuestra curiosidad científica. La observación de cambios en pacientes que reciben terapias alternativas debe llevar al psicólogo clínico a preguntarse por qué es así. Es decir, a tratar de explicar el hecho empírico (el cambio real) sin que esto implique renunciar a sus propios marcos conceptuales y explicativos. Aunque solo fuera por esta razón, los estudios de resultados ya serían, sencillamente, inexcusables.

El futuro de los estudios de resultados

Pero, aparte de su posible utilidad heurística, en condiciones de «ciencia normal» (en el sentido kuhniano) los estudios de resultados deberían ser el banco de pruebas de las técnicas terapéuticas. ¿Llegaremos a que los estudios de resultados sean la forma reconocida y aceptada para evaluar los méritos de las diferentes técnicas terapéuticas? Evidentemente, esto solo ocurrirá cuando estos estudios sean percibidos por los propios clínicos como imparciales y útiles. Por tanto, la pregunta debemos trasladarla a los propios clínicos. ¿Qué le exigen los clínicos a un estudio de resultados para considerarlo imparcial y para decidirse a modificar sus prácticas de acuerdo con los resultados alcanzados en ellos?

Analizando la situación actual se me ocurre que hay al menos tres preguntas que debiéramos plantearnos. En primer lugar, ¿qué es lo que nos separa en este momento de esa situación de «ciencia normal»? En segundo lugar, ¿qué necesitamos hacer para recorrer la distancia que nos separa de esa situación?; y en tercer lugar, ¿por qué deberíamos recorrer esa distancia, si es que deberíamos hacerlo?

Empecemos por la primera pregunta, la de qué nos separa de esa situación de ciencia normal. En pocas palabras, podemos decir

que la práctica del clínico se parece poco a la de un técnico, y más a la de un artesano. El técnico aplica de manera relativamente mecánica y estandarizada las tecnologías que han sido probadas mediante la investigación básica y aplicada. En muchos casos la medicina actúa de esta forma. El médico recibe a un paciente y aplica una rutina de trabajo bastante normalizada y especificada en los protocolos correspondientes. Ciertamente, se encuentra con una pequeña proporción de casos que muestran constelaciones atípicas de síntomas que obligan a un estudio más personalizado, pero son los menos.

Por el contrario, antes de que una ciencia llegue a esta fase de madurez en el desarrollo tecnológico se pasa por otra que podemos describir por una actuación más cercana a lo artesanal, en la que el experto adquiere su sabiduría mediante el contacto largo y profundo con aquello sobre lo que se interviene. Ese contacto le proporciona modelos internos, implícitos, que en gran medida son incapaces de verbalizar. Enfrentados a situaciones complejas, muchas veces son capaces de apuntar hipótesis cuyo origen ni siquiera pueden reconocer, o lo hacen mediante explicaciones *a posteriori*.

La psicología clínica y la terapia psicológica se encuentran todavía en esta fase, especie de adolescencia científica. Como cualquier experiencia adolescente, pasa por momentos de esperanza en los que se mira más a lo que se va consiguiendo y por momentos de mayor desesperanza, en los que lo que queda por andar, lo que queda pendiente, y las dificultades que ello entraña se perciben como inalcanzables. Este artesano se encuentra con un problema práctico real, consistente en solucionar los problemas de su paciente. Para ello tiene que fiarse un poco de su intuición, de su ojo clínico, de su experiencia y de su creatividad. Comienza tratando de hacerse cargo de la situación para a continuación aplicar las intervenciones que le parecen más propicias. Sin embargo, tarde o temprano esas intervenciones acaban por adaptarse a las idiosincrasias del paciente, de la situación, de él mismo, y de las interacciones entre todos esos elementos. Entra en juego el «ojo clínico» del experto. Este aspecto no es nada trivial, dado que la experiencia del terapeuta suele reconocerse como uno de los factores de mayor peso para predecir el éxito terapéutico (e.g., Strupp, 1982).

La segunda pregunta se refería a qué necesitamos hacer para recorrer la distancia que nos separa de esa situación. Desde un punto de vista metodológico, el principal problema es que para poder diseñar estudios con los que investigar en profundidad tanto los resultados como el proceso se necesita una especificación lo más detallada posible de las acciones terapéuticas. Hoy en día no contamos con ese grado de especificación, aunque se aprecia en los terapeutas un esfuerzo cada vez mayor por mejorar en ese aspecto (e.g., Carrascoso, 1999). Por otro lado, y en un loable intento por conseguirlo, han ido apareciendo manuales de tratamiento, un dato a todas luces positivo (e.g., Bas y Andrés, 1994). Pero muchos creemos que todavía hoy las técnicas, tal y como se describen en ellos, hay que considerarlas más como un 'prototipo' que como otra cosa. Cuando alguien nos dice que está aplicando una técnica concreta en realidad debemos entender que está empleando como guía terapéutica la descripción más o menos detallada, que ha aprendido de un trabajo escrito o de una formación académica o clínica. Pero cada aplicación supone variaciones, a veces muy importantes, sobre ese esquema. Es evidente que el grado de variación que se muestra en la práctica clínica sobre estas guías prototípicas es aun excesivo.

Para hacer buenos estudios de resultados se pueden seguir al menos dos vías: (a) reducir esa variabilidad con respecto a lo es-

pecificado, normalizando más los tratamientos, o (b) especificar mejor lo que se hace, reconociendo explícitamente más alternativas y detallándolas mejor. Una de las estrategias que se han empleado para ello ha sido llevar la terapia a un contexto controlado, con la esperanza de especificarla más y mejor. Otra estrategia ha consistido en desarrollar la terapia en su contexto natural y tratar de mejorar sustancialmente los procedimientos de observación, registro, categorización y análisis de lo que ocurre durante la terapia real. Cada una de estas estrategias pone el acento en uno de los aspectos del problema. Esencialmente, el problema es cómo conseguir simular en los estudios de resultados las condiciones reales en las que trabaja el clínico, pero manteniendo a la vez un cierto grado de control que garantice una mínima validez interna. Esos mínimos en validez interna se han especificado a veces en catálogos de criterios metodológicos (e.g., Chambless y Hollon, 1998; véase también, como perspectiva complementaria, Gurman y Kniskern, 1981). Pero parece que ganar validez interna conlleva inevitablemente perder validez externa, y viceversa. Hace falta un cierto compromiso entre ambas necesidades. Da la impresión de que en este momento la operativización y especificación alcanzadas, especialmente para las terapias realizadas desde ciertas orientaciones, conllevarían todavía una excesiva violentación del trabajo real del clínico. Hay una excesiva distancia entre lo que hace el clínico en su práctica diaria y lo que se consigue hacer en los estudios de resultados controlados (Pérez, 1996).

Ante la constatación de esta molesta realidad se pueden adoptar al menos dos posturas. Una consiste en desistir y proclamar la inabundancia del proceso terapéutico mediante prácticas científicas relativamente estándar. Otra consiste en renovar el empeño por conseguir cotas cada vez mayores de validez externa. Sabemos cómo conseguir validez interna (e.g., Hsu, 1989; Kazdin, 1986; Shapiro, 1996), pero los procedimientos para conseguirlo suelen implicar pérdida de validez externa. Empeñémonos en conseguir procedimientos que, manteniendo unos mínimos irrenunciables de validez interna, vayan ganando cada vez más validez externa. Encontrar un balance apropiado entre las dos formas de validez es uno de los retos más inmediatos a los que nos enfrentamos. Para avanzar en validez externa sin perder validez interna es imprescindible que los clínicos hagan mayores esfuerzos por especificar cada vez mejor qué es realmente lo que hacen en su práctica clínica.

La tercera pregunta que planteaba podría ser en realidad la primera que deberíamos hacernos, dado que una respuesta negativa nos llevaría a ni siquiera plantearnos las otras dos. ¿Por qué deberíamos recorrer esa distancia que nos separa de los estudios de resultados en un período de ciencia normal? Podemos responder con una pregunta: ¿podemos no hacerlo?

Argumentos de ética profesional deberían ser suficientes para justificar los estudios de resultados. Estos no son la respuesta a un mero afán científico, sino más bien a la exigencia ética de poner en constante tela de juicio lo que se está haciendo, para así garantizar que se hace lo mejor posible para resolver los problemas de los pacientes. La aplicación rutinaria de técnicas aprendidas durante nuestra formación es uno de los principales peligros a evitar, y los estudios de resultados implican una actitud de constante re-evaluación y autocrítica.

Por otro lado, tenemos algunas necesidades prácticas que ya he mencionado. Los programas de intervención psicosocial que se administran desde los servicios públicos de salud (e.g., Fernández-Hermida y Secades, 1999), la perspectiva económica de los seguros médicos o, sencillamente, los pacientes, aportan esa dimensión

de realismo que tanto necesitamos. Desde esas perspectivas no bastará con un análisis de la eficacia, de la cantidad de cambio, sino que se irán imponiendo los análisis en términos de eficiencia, es decir, de la relación entre los recursos invertidos y la cantidad de cambio.

Conclusiones

A muchos nos gustaría ver a la psicología clínica entrar en un período en el que los estudios de resultados adquieran en el ámbito profesional la relevancia práctica que merecen y necesitan. Pero probablemente esto solo ocurrirá si se producen algunos cambios en su diseño, realización e interpretación, entre los que destacamos los siguientes: (a) el abandono de posturas beligerantes de fundamentalismo epistemológico (aunque no del de-

bate científico desde teorías alternativas); (b) el fomento de investigaciones que además de estudiar los resultados aborden los procesos de cambio; (c) la incorporación de sistemas de indicadores variados y mejor aceptados desde perspectivas alternativas; y, sobre todo, (d) que los terapeutas consigan especificar cada vez mejor lo que hacen realmente durante sus prácticas clínicas efectivas.

Agradecimientos

El presente artículo tiene como base los debates mantenidos en la mesa redonda sobre Estudios de Resultados que, coordinada por Francisco Bas, tuvo lugar en las III Jornadas Científico-Profesionales de ASETECCS, en Madrid, 12-14 marzo de 1999.

Referencias

- Bas, F. (1999, marzo). *Los estudios de resultados de las terapias cognitivo-conductuales*. Comunicación presentada a las III Jornadas Científico-Profesionales de ASETECCS, Madrid.
- Bas, F. y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Carrascoso, F. J. (1999). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema*, 11(1), 1-12.
- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Dobson, K. S. y Craig, K. D. (1998). *Empirically Supported Therapies*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Eysenck, H. J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fernández-Hermida, J. R. y Secades, R. (1999). La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España. *Psicothema*, 11(2), 279-291.
- Gurman, A. S. y Kniskern, D. P. (1981). Family Therapy Outcome Research: Knowns and Unknowns. En A. S. Gurman y D. P. Kniskern (eds). *Handbook of Family Therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel inc.
- Hsu, L. M. (1989). Random sampling, Randomization, and Equivalence of Contrasted Groups in Psychotherapy Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 131-137.
- Kazdin, A. E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 95-105.
- Kendall, P. C. (1998). Empirically Supported Psychological Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3-6.
- Pérez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: editorial Universitat.
- Poch, J. y Avila, A. (1998). *Investigación en psicoterapia; la contribución psicoanalítica*. Barcelona: editorial Paidós.
- Shapiro, D. A. (1996). Outcome Research. En G. Parry y F. N. Watts (eds.). *Behavioral and Mental Health Research* (pp. 201-228). Hove, East Sussex: Erlbaum (UK) Taylor & Francis.
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Strupp, H. H. (1982). The outcome problem in psychotherapy: contemporary perspectives. En J. H. Harvey y M. M. Parks (eds.). *Psychotherapy Research and Behavior Change* (pp. 39-71). Washington: American Psychological Association.
- VandenBos, G. R. (1996). Outcome Assessment of Psychotherapy. *American Psychologist*, 51, 1005-1006.

Aceptado el 19 de julio de 1999