



# ¿ES LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA COGNITIVA MÁS EFICAZ QUE LA CLÁSICA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA?

E. BECOÑA IGLESIAS

Universidad de Santiago de Compostela

## Resumen

La modificación de conducta cognitiva tiene en el momento actual una gran relevancia e interés. En este trabajo se revisan distintos estudios que se han llevado a cabo, fundamentalmente con la técnica del meta-análisis, analizando si la modificación de conducta cognitiva es más eficaz que técnicas clásicas de las otras orientaciones de la modificación de conducta. Dichos estudios vienen a indicar que la modificación de conducta cognitiva es igual de eficaz que técnicas tradicionales de la modificación de conducta, y más eficaz que un grupo de no tratamiento. Se discuten las implicaciones que de estas y otras conclusiones se extraen, así como qué consideración debe darse a esta orientación dentro de la modificación de conducta.

## Abstract

Actually, the cognitive behavior modification has a great importance and interest. In this paper we reviewed several works carry out with meta-analysis technique. Its purpose was to analyse if the cognitive behavior modification is more efficacy than the others classic techniques of the behavior modification or behavior therapy. These works suggest that the cognitive behavior modification has the same efficacy than the other techniques of behavior modification, and more efficacy than a non treatment group. Finally, we comment the implications of this and others conclusions.

## Introducción

En los primeros años de la aparición de la modificación de conducta cognitiva se consideró (p. ej., Mahoney, 1974) que ésta podría ser una revolución en el campo del tratamiento. Actualmente esto parece confirmarse, ya que muchos autores y profesionales, así como gran número de libros, artículos, revistas, cursos, simposios y congresos indican que existe una euforia por las terapias cognitivo-conductuales, y nuestro país es claro ejemplo de ello. Sin embargo, últimamente han surgido voces muy críticas y diversos estudios de revisión de la literatura que nos llevan a reflexionar sobre cuál es el estatus real de la eficacia de la(s) terapia(s) cognitiva o terapia cognitiva-conductual y, más específicamente, si es o no más eficaz la terapia cognitiva, o cognitiva-conductual —con las matizaciones que ello implica—, que las clásicas terapias conductuales (p. ej., la desensibilización sistemática-DS). Trataremos de clarificar estos aspectos a continuación.

A lo largo del artículo utilizaremos indistintamente

los términos terapia cognitiva y terapia cognitiva-conductual, aunque aclararemos lo que entendemos por tales términos. Se acepta (Hollon y Kendall, 1979; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), que dentro de la modificación de conducta una terapia es cognitiva o cognitiva-conductual cuando tiene por objetivo cambiar aspectos cognitivos, conductuales o ambos. Sin embargo, y esto es lo importante desde la perspectiva conductual, el fin último del cambio estará siempre relacionado con un cambio conductual. Si el cambio cognitivo o cognitivo-conductual no tiene un correlato conductual, entonces no podemos considerarlo como una terapia cognitiva o cognitiva-conductual desde la perspectiva de la modificación de conducta (incluso en el tratamiento de los trastornos obsesivos). Mientras que los enfoques cognitivos han enfatizado los procedimientos de intervención semántica para llevar a cabo metas cognitivas, los enfoques conductuales han empleado generalmente procesos de instauración de conductas o manipulaciones directas ambientales para producir cambios en la conducta. La terapia cogniti-

va-conductual tendría en cuenta ambos aspectos (p. ej., Beck y cols., 1979; Kendall y Hollon, 1979).

Hemos de resaltar aquí que estamos hablando de conceptos que se pueden confundir o solapar. Así, para nosotros, como para la mayoría de los terapeutas de conducta, la modificación de conducta cognitiva es una de las cuatro orientaciones que se considera constituyen la modificación de conducta actual, como son el análisis conductual aplicado, la orientación conductista mediacional, la teoría del aprendizaje social y la modificación de conducta cognitiva. Sin embargo, la discusión que aquí vamos a analizar es la comparación de la eficacia de la orientación de la modificación de conducta cognitiva respecto a las otras tres orientaciones de la modificación de conducta; las más lejanas en el tiempo, al ser la modificación de conducta cognitiva la más reciente. Las tres primeras orientaciones, y específicamente sus técnicas de tratamiento, han mostrado su adecuada eficacia. En el caso de la modificación de conducta cognitiva, este tema ha sido y es más discutido, como vamos a analizar.

Autores como Hoffman (1984) han insistido recientemente en el insatisfactorio estatus actual de las terapias cognitivas, con la sola excepción del modelo cognitivo de Beck. Lo atribuye a una carencia de una base teórica que impide el desarrollo de las mismas, aunque se intenta dotarlas de un cuerpo teórico, como los recientes ejemplos de Meichenbaum (1985) y Turk y Salovey (1985a, 1985b), entre otros. De la misma idea son Kanfer y Hagerman (1985). También en la misma línea, Latimer y Sweet (1985) afirman más rotundamente que «la terapia cognitiva es un desarrollo evolucionario más que revolucionario en el campo de la terapia de conducta» (p. 201).

En cuanto a la eficacia de la terapia de conducta cognitiva en relación con las otras orientaciones de la modificación de conducta, en los últimos años han aparecido distintos estudios de revisión de la literatura sobre este aspecto, utilizando fundamentalmente la técnica del meta-análisis. A continuación indicaremos en qué consiste esta técnica y cómo se ha aplicado para comparar la modificación de conducta con la psicoterapia para, a partir de ahí, analizar si la modificación de conducta cognitiva es más eficaz de lo que clásicamente se ha conocido por modificación de conducta.

## La técnica del meta-análisis

El meta-análisis es una técnica que consiste en un grupo de procedimientos cuantitativos que pueden ser utilizados para evaluar un conjunto de literatura. La característica principal del mismo es proporcionar un «análisis de los análisis» (meta-análisis) (Smith, Glass y Miller, 1980). Este método ha sido propuesto como una alternativa a la evaluación narrativa tradicional y cualitativa (la clásica revisión de la literatura), donde el autor que hace la revisión sintetiza múltiples estudios y saca conclusiones sobre

técnicas alternativas y las variables que explican su efectividad. Pretende analizar la literatura de modo neutral basándose en criterios cuantitativos (Searles, 1985).

El modo más común de evaluar la literatura utilizando la técnica del meta-análisis es calcular el denominado *tamaño del efecto* (effect size o ES), el cual proporciona una métrica común a través de la variedad de investigaciones que se incluyen en el análisis. Típicamente el tamaño del efecto es calculado como la diferencia entre las medias del grupo experimental y el control dividido por la desviación típica del grupo control o de la muestra formada por ambos grupos. Sin embargo, existen varios tipos diferentes de meta-análisis (cfr. Banger-Drowns, 1986). Las características de las investigaciones son las variables independientes. Estas características pueden abarcar virtualmente todas las variables que distinguen los estudios, incluyendo tipos de sujetos, las diferentes intervenciones a que ellos han sido expuestos, el tipo de medidas dependientes, las situaciones en donde las intervenciones se han llevado a cabo, etcétera.

Kendall (1984a, 1984b) considera que en el meta-análisis llevamos tres períodos hasta el momento presente. El primero sería el estudio de Smith y Glass (1977) sobre la evaluación de la psicoterapia. El segundo se refiere a los estudios que siguieron al de Smith y Glass (1977), refinando y/o replicando sus primeras conclusiones (p. ej., Landman y Dawes, 1982; Shapiro y Shapiro, 1982, 1983). La tercera se centraría sobre la aplicación de los métodos de meta-análisis a colecciones circunscritas de estudios (p. ej., Miller y Berman, 1983; Steinbruech, Maxwell y Howard, 1983), y donde se incluirían, por ejemplo, los que más adelante vamos a analizar sobre la eficacia de la modificación de conducta respecto a la modificación de conducta cognitiva.

También hoy se habla ya de las evaluaciones y críticas de los meta-análisis directos, una evaluación cualitativa, en este caso denominada *meta meta-análisis* (Kazdin, 1986); esto es, el análisis de los meta-análisis.

Los primeros meta-análisis en el campo clínico, ya que hoy existen meta-análisis en cualquier rama de la psicología e incluso programas construidos en nuestro país para su análisis (López, Sánchez y López, 1986), fueron los de Smith y Glass (1977) y posteriormente el de Smith y cols. (1980), donde analizaron los efectos de la psicoterapia en general. Este aspecto lo analizaremos brevemente a continuación.

En su primer estudio, Smith y Glass (1977) incluyeron 375 estudios controlados, y en el segundo 475 (Smith y cols., 1980). Las dos conclusiones generales que obtuvieron, y que han tenido un gran impacto en la literatura junto con una importante y vigente controversia, fueron que: 1) psicoterapias alternativas tienden a producir mayores tamaños del efecto que condiciones controles de no tratamiento, y 2) que diferentes tratamientos, basados sobre modelos o aproximaciones alternativas (p. ej., conductual, psicodinámica) tienden a producir similares gra-

dos de cambio terapéutico. Ante tales resultados, está claro que la discusión está servida y que a partir de aquí surgieron autores a favor y en contra, con diversas y múltiples razones.

Un aspecto a resaltar en la técnica del meta-análisis es que no es una técnica exacta y libre de valores (Kazdin, 1986). Esto es, para llevarla a cabo hay que tomar decisiones de qué estudios introducir en el mismo y cuáles rechazar, ya que no existen reglas a priori uniformemente aceptadas. Por ello, se sugiere que se hagan explícitas las decisiones, reglas o juicios, para que si existen discrepancias entre estudios pueda fácilmente saberse a qué se debe, en función del tipo de literatura que se ha utilizado (Kazdin, 1986).

Labrador (1986) resume en las siguientes las conclusiones a las que más frecuentemente han llegado los diversos autores en la comparación de la modificación de conducta y la psicoterapia:

a) Todas las formas de psicoterapia o tratamiento psicológico se han mostrado más eficaces que la ayuda informal o el no tratamiento.

b) Salvo por lo que respecta a la superioridad mostrada por la modificación de conducta en fobias, obsesiones, compulsiones y problemas sexuales, y de la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión, ninguna psicoterapia es claramente superior a las demás.

c) Independientemente de la forma de terapia, la mayoría de los pacientes que mejoran inicialmente mantienen su mejoría. Es más, cuando dos psicoterapias muestran diferencias al final del tratamiento, éstas suelen desaparecer con el tiempo. Esto se debe a que los pacientes que menos han mejorado aumentan su mejoría hasta alcanzar a los que obtuvieron inicialmente mejores resultados, y no porque los que más mejoran pierden sus ganancias. Algunos autores han interpretado esto como si el principal papel de las psicoterapias fuera el de acelerar la mejoría de los pacientes, aun cuando esta opinión no es compartida por todos.

d) Un porcentaje elevado de los pacientes que no reciben tratamiento presentan remisiones espontáneas (en torno al 40 por 100, según Avia y Ruiz, 1985). Estas remisiones ocurren con mayor frecuencia en problemas de ansiedad y depresión, y escasamente en los trastornos obsesivo-compulsivos y en los desórdenes hipocondríacos.

e) Los resultados de las investigaciones sugieren que los principales determinantes del éxito terapéutico descansan en las cualidades personales del paciente y del terapeuta, y en su interacción, más que en el método terapéutico.

Sin embargo, a pesar de lo dicho, son sumamente representativas las palabras de Labrador (1986), cuando dice: «respecto al análisis de los resultados las críticas son tan numerosas e importantes que su consideración rápidamente provoca la respuesta de si no se estará dando demasiada importancia a un tema poco relevante y lo mejor sería no perder el tiempo en sus análisis» (p. 292).

En esta línea diversos autores como Eysenck

(1978), Rachman y Wilson (1980), Searles (1985), Wilson y Rachman (1983) y Wilson (1985) han criticado el meta-análisis por diversos motivos (p. ej., por la agregación de datos heterogéneos de estudios seleccionados con calidad distinta). Wilson (1985), recientemente, apunta que los estudios del meta-análisis, sobre este tema, han variado en: a) el modo de seleccionar los estudios para incluirlos en el mismo; b) cómo se ha clasificado a las diversas terapias; c) cómo se han evaluado las múltiples medidas dentro de un estudio de caso; d) cómo enfrentarse a la calidad de los distintos estudios; y e) qué métodos son efectivos. De modo semejante, Searles (1985) ha incidido en gran número de problemas no resueltos de la propia técnica del meta-análisis.

Creemos que la afirmación de Wilson (1985) de que «el meta-análisis ha demostrado consistentemente la clara superioridad de la modificación de conducta sobre otras aproximaciones de tratamiento» (p. 37), es compartida por los distintos terapeutas de conducta. Sin embargo, esto no niega que la polémica se seguirá manteniendo todavía por bastantes años más.

A continuación, delimitado el punto anterior, vamos a analizar cuál es la situación de las comparaciones entre la genérica modificación de conducta o de técnicas eminentemente conductuales con técnicas cognitivo-conductuales o cognitivas, que en la mayoría de los casos se han hecho con meta-análisis.

### **Comparación de la eficacia de la modificación de conducta respecto a la modificación de conducta cognitiva**

Han sido varios los estudios de revisión de la literatura, utilizando la técnica del meta-análisis, que han cuestionado la mayor eficacia de la terapia cognitiva respecto a las clásicas técnicas conductuales, dejando también a la luz importantes problemas metodológicos de muchos estudios llevados a cabo con terapias cognitivas.

Entre estos estudios están los de Berman, Miller y Massman (1985), Dush, Hirt y Schroeder (1983), Lattimer y Sweet (1984, 1985), Miller y Berman (1983), y Nicholson y Berman (1983).

Miller y Berman (1983) han presentado una de las revisiones más completas sobre el tema en cuestión, incluyendo 48 estudios en su meta-análisis con el objetivo de comprobar la eficacia de la terapia cognitiva. Nos detendremos un poco en detalle en este estudio por la relevancia del mismo.

El estudio de Miller y Berman (1983) viene a ser una réplica al de Ledwidge (1978), quien sólo había utilizado trece estudios y poblaciones no clínicas. Miller y Berman (1983) seleccionaron los estudios para comprobar la eficacia de las terapias cognitivas en función de cuatro criterios: a) aquellos que comparaban la terapia cognitiva con algún tipo de grupo

control; b) terapias centradas en creencias desadaptativas; c) no incluyeron aquellas terapias que sólo se centran en la repetición de autoafirmaciones, y d) sólo utilizaron estudios de clientes con problemas clínicos.

En este estudio, Miller y Berman (1983) se centran en aquellas terapias cognitivas o cognitivo-conductuales que tienen como objetivo centrarse en las creencias desadaptativas (p. ej., terapia racional-emotiva, autoinstrucciones). En este estudio consideran en un sentido que consideramos bastante amplio la utilización de «terapia cognitiva» y «terapia cognitiva-conductual» (terapia con componentes cognitivos y conductuales), lo que no ha ocurrido en cambio en otros estudios sobre este mismo tema.

Las conclusiones más importantes a las que llegaron Miller y Berman (1983) fueron:

1. La terapia cognitivo-conductual es más eficaz cuando se compara con grupos de sujetos no tratados o en lista de espera o grupos de atención placebo.

2. La terapia cognitivo-conductual no se muestra superior a otras técnicas conductuales, como es el caso de la desensibilización sistemática, revisada en este estudio.

3. La terapia cognitivo-conductual parece más efectiva que técnicas a las que los autores denominan «técnicas de tipo oscuro de tratamiento»; por ello proponen que cuando se utilicen técnicas que se vayan a comparar con las técnicas cognitivas, aquellas estén bien asentadas y sean claramente conocidas, y no técnicas que no hayan demostrado claramente su eficacia o que no se conoce exactamente su funcionamiento.

4. Miller y Berman indican que la buena tasa de éxito que se consigue con la terapia cognitivo-conductual, a nivel de autoinforme de los sujetos, puede ser debida a factores tales como características de la demanda o sesgos del experimentador.

5. La terapia cognitivo-conductual ha mostrado una eficacia similar en su aplicación individual que en grupos.

6. Como características generales del tratamiento de la terapia cognitivo-conductual puede decirse que el tratamiento es corto, que la experiencia del terapeuta es corta (1,5 años de media, con un rango de 0 a 5 años), y que los seguimientos son también cortos. Así, la media de los seguimientos de los estudios revisados por Miller y Berman (1983) es de 9,5 semanas, con un rango de 1-26 semanas. Este es un problema que se le achaca a la terapia cognitivo-conductual, y que aquí aparece claro.

7. La terapia cognitivo-conductual se muestra eficaz al final del tratamiento. Aunque los seguimientos son cortos, como vimos en el punto anterior, cuando se han realizado se ha encontrado que los resultados del final del tratamiento se mantienen. Sin embargo, a pesar de esto, hay el inconveniente de que este estudio no permitía llegar a esta conclusión por carecer muchos de los revisados de seguimientos. Un estudio posterior (Nicholson y Berman, 1983) viene a indicar sin embargo que los resultados

obtenidos al final del tratamiento se mantienen luego en el seguimiento.

8. Un aspecto que nosotros consideramos que es clave para entender el problema que estamos tratando aquí, y que apuntan Miller y Berman, es que se han considerado a las terapias cognitivo-conductuales como un bloque homogéneo, existiendo variaciones entre ellas en lo que atañe al nivel de eficacia, estando algunas apenas contrastadas, mientras que otras han mostrado claramente su eficacia, como es el caso de la terapia cognitiva de Beck en el tratamiento de la depresión (cfr. Hollon y Beck, 1986).

9. Miller y Berman (1983) finalizan su revisión indicando que a la terapia cognitivo-conductual le está pasando lo que a la modificación de conducta a principios de los años sesenta con su gran euforia, que se ha ido matizando en los últimos años. Miller y Berman creen que a pesar de estar de «moda» en el momento presente la terapia cognitivo-conductual hay que ser cautos, y la misma tiene que demostrar que es más efectiva que otras psicoterapias, lo cual no se puede afirmar de modo genérico en el momento actual (cfr. Pérez, 1986), aunque sí de modo específico en temas como es el de la depresión. Le quedaría, por tanto, a la terapia cognitiva demostrar su mayor eficacia respecto a otras terapias, como son las tradicionales conductuales. Sin embargo, una cosa está clara y la revisión de Miller y Berman así lo viene a indicar, y es que las terapias cognitivo-conductuales, y sobre todo las bien establecidas, obtienen niveles de eficacia semejantes a otras terapias tradicionales conductuales, como es el caso de la desensibilización sistemática.

La anterior revisión entra claramente en los puntos problemáticos que tiene la terapia cognitiva cara a demostrar su mayor eficacia respecto a las tradicionales terapias conductuales. Lo anterior vendría a indicarnos que su eficacia es *igual* a las técnicas conductuales tradicionales (p. ej., DS). Sin embargo, la anterior revisión habla de terapias cognitivas en general, cuando sólo comparan realmente *algunas* de las terapias cognitivas existentes.

Una revisión más reciente que la anterior es la de Latimer y Sweet (1984, 1985), quienes para analizar la eficacia de la terapia cognitiva incluyeron como terapias cognitivas: la terapia racional-emotiva de Ellis, el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum y la terapia cognitiva de Beck. Su revisión es de las clásicas y, a diferencia de la anterior, no utiliza la técnica del meta-análisis; esto es, analiza un grupo homogéneo de artículos sobre el tema.

Con las tres terapias anteriores intentan evaluar la eficacia de los procedimientos específicos para la terapia cognitiva. No incluyen en su revisión aquellos estudios que combinan terapia cognitiva y terapia conductual, considerando sólo aquellos que utilizan única y exclusivamente terapia cognitiva. Toman, también, en consideración sólo a aquellos estudios que utilizan poblaciones clínicas con problemas clínicos significativos. Revisando las revistas más importantes de modificación de conducta des-

de 1970 hasta 1983, sólo encuentran 11 estudios que cumplan los criterios señalados anteriormente. En dichos estudios se analiza una gran diversidad de problemas clínicos (p. ej., fobias simples, agorafobia, depresión, etc.), se utilizan sesiones individuales y de grupo, utilizan una de las tres terapias anteriores, y comparan un tratamiento conductual de probada eficacia con el mismo tratamiento conductual más el procedimiento cognitivo, o comparan la terapia cognitiva con otro procedimiento.

De la revisión de dichos 11 estudios Latimer y Sweet (1984, 1985) concluyen que: «la eficacia de la terapia cognitiva (excluyendo los componentes conductuales) no ha sido demostrada en poblaciones clínicas y la evidencia que existe sugiere que los componentes del procedimiento "cognitivo" de las terapias cognitivas son menos potentes que los métodos conductuales establecidos como la exposición *en vivo*» (Latimer y Sweet, 1985, p. 198).

Hay que hacer notar que en la anterior revisión de Latimer y Sweet se han eliminado estudios donde se ha utilizado la terapia cognitiva de Beck, ya que combina técnicas cognitivas con técnicas conductuales (cfr. Beck y cols., 1979).

Otras críticas que le atribuyen Latimer y Sweet (1984) a las terapias cognitivas, que resumimos, son: la terapia cognitiva utiliza fundamentalmente poblaciones análogas; breves intervenciones terapéuticas en un corto espacio de tiempo; seguimientos cortos en muchos estudios; los terapeutas suelen ser estudiantes graduados y sin experiencia; a veces el experimentador también es el terapeuta; hay posibilidades de que se cometa el error de tipo II; esto es, concluir que no hay diferencias entre tratamientos cuando, de hecho, existen. Esto ocurriría a veces por las escasas muestras utilizadas.

No estamos del todo de acuerdo con las conclusiones a las que llegan Latimer y Sweet sobre todas las terapias cognitivas, aunque sí para las que han analizado. Por ejemplo, lo anterior no es aplicable a las terapias de solución de problemas (Becoña y Gutiérrez-Moyano, 1987).

Otra revisión, utilizando la técnica del meta-análisis, bastante completa es la de Dush, Hirt y Schroeder (1983) analizando la eficacia de la modificación de las autoafirmaciones, una de las terapias cognitivas que han seguido fundamentalmente a Meichenbaum (1977). En dicha revisión incluyen únicamente estudios clínicos controlados, un total de 69, con adultos y donde los sujetos tengan algún problema clínico relevante, y se compare la modificación de autoafirmaciones con un grupo placebo o de lista de espera. La consideración que tienen de grupo placebo la consideramos discutible. Entienden por tal a aquellos «que reciben un tratamiento activo comúnmente reconocido (tal como el entrenamiento en relajación). De modo similar, la presente discusión retendrá el término *placebo*, dando su uso prevalente en los estudios bajo revisión, a pesar de su cuestionable adecuación (O'Leary y Borkovec, 1978)» (Dush y cols., 1983, p. 410).

En el estudio de Dush y colaboradores (1983) el tamaño del efecto obtenido de la modificación de

autoafirmaciones respecto a los grupos de no tratamiento utilizando la técnica del meta-análisis es de 0,74. A nivel de percentiles, otro modo de interpretar el tamaño del efecto, la modificación de autoafirmaciones estaría en el percentil 70 y los tratamientos placebo en el percentil 50 (nótese lo que entienden por placebo); otras terapias alternativas estarían en el percentil 67. Estos datos les llevan a afirmar que los efectos de la psicoterapia pueden parcialmente ser explicados por la demanda, expectativa, y factores terapéuticos no especificados operativos en el tratamiento placebo, ya que ellos están utilizando realmente un tratamiento activo (p. ej., relajación) y no uno inerte. No estamos totalmente de acuerdo con esta afirmación, en función de lo que entienden por placebo. Afirman también que la modificación de autoafirmaciones mantiene una ventaja sobre los efectos placebo y sobre el no tratamiento. Esta ventaja se mantiene en el tiempo y es aparentemente independiente de los problemas metodológicos observados en los estudios. Otras características que indican (número de sesiones, experiencia del terapeuta, etc.) de los estudios revisados por ellos van en la línea de lo anteriormente afirmado. Destaca el que los estudios se centren fundamentalmente en miedos simples, tales como a animales, hablar, falta de asertividad, o ansiedad ante la prueba, con sujetos jóvenes, normalmente estudiantes universitarios voluntarios. También que la modificación de autoafirmaciones raramente es utilizada como tratamiento único. La eficacia mejora cuando se combina la modificación de autoafirmaciones con reestructuración cognitiva, ensayo conductual, y quizá, apuntan, modelado. De modo curioso, aplicaciones que explícitamente incorporan tareas para casa y *role playing* indican generalmente bajos efectos. Debe notarse que esto se aplicaría sólo para esta técnica y no para todas las terapias cognitivas. Tampoco su revisión parece indicar que la modificación de autoafirmaciones sea efectiva en el tratamiento de la depresión. De modo interesante los mayores efectos del tratamiento han sido obtenidos en estudios tempranos y en los llevados a cabo por Meichenbaum. Esto coincide con lo que ya hemos apuntado en otras ocasiones (Becoña, 1985, 1986b) acerca de que son los autores creadores de una técnica o sus inmediatos seguidores los que obtienen los mejores resultados con la misma, descendiendo en cambio tal eficacia en otros que la utilizan menos, esporádicamente, tienen menos experiencia, etc. Ellos apuntan que esto puede deberse a la disminución del entusiasmo inicial sobre esta técnica. Finalmente, también resaltan que son los terapeutas varones los que obtienen mejores resultados que las mujeres, y que los estudios que tienen mayor validez interna (asignación aleatoria, baja pérdida de sujetos) tienden a encontrar los mayores efectos del tratamiento.

Ahora vamos a entrar más en materia, analizando una reciente revisión de Berman, Miller y Massman (1985), utilizando la técnica del meta-análisis, acerca de si es superior la terapia cognitiva o la desensibilización sistemática (DS). El motivo de tal revisión es

un estudio anterior de Shapiro y Shapiro (1982) en donde encuentran que la terapia cognitiva es más eficaz que la DS. En el estudio citado anteriormente de Miller y Berman (1983) no habían encontrado que una fuese superior a otra. Ante esta discrepancia Berman, Miller y Massman (1985) realizaron un meta-análisis examinando la terapia cognitiva, la DS, y tratamientos combinados de terapia cognitiva y DS. Sólo consideran como terapia cognitiva aquellos estudios que utilizan alguna técnica de reestructuración cognitiva. Por tanto, como en anteriores estudios, se habla de terapia cognitiva, pero luego lo que realmente se hace es revisar parte de las terapias cognitivas existentes. Por DS entienden cualquier tratamiento basado en la exposición imaginaria o en vivo a una jerarquía de estímulos que provocan ansiedad.

Con los anteriores criterios identificaron un total de 25 estudios publicados. Los resultados que obtuvieron los indicamos en la tabla 1. Allí aparece que la terapia cognitiva es ligeramente superior a la DS,

TABLA 1

*Tamaño del efecto medio para las comparaciones incluyendo terapia cognitiva y desensibilización sistemática*

Comparación	Número de estudios	Tamaño del efecto	
		$\bar{X}$	DT
Terapia cognitiva vs. no tratamiento	16	0,73 *	0,38
Desensibilización vs. no tratamiento	10	0,62 *	0,47
Terapia cognitiva vs. desensibilización <sup>1</sup>	20	0,06	0,36

<sup>1</sup> El tamaño del efecto positivo indica que la terapia cognitiva es mejor; el tamaño del efecto negativo indica que la desensibilización es mejor.

\*.  $p < 0,05$

Berman, Miller y Massman (1985, p. 454).

aunque tal diferencia no es significativa (tamaño del efecto, 0,73 y 0,62, respectivamente, para la terapia cognitiva y la DS, respecto al grupo de no tratamiento).

El tamaño del efecto puede interpretarse también sobreponiendo los resultados de los pacientes tratados y no tratados. Mediante una distribución normal se puede indicar el tamaño del efecto en porcentajes. Haciendo esta transformación, el cliente promedio que recibe la terapia cognitiva tendrá un mejor resultado promedio que el 77 por 100 de los clientes no tratados; el promedio de los clientes de DS tendrá un resultado mejor que el 74 por 100 de los clientes no tratados, y el cliente promedio al que se le aplica un tratamiento combinado de ambos tendrá un resultado mejor que el 78 por 100 de los pacientes no tratados.

De modo interesante analizan también los anteriores datos en función de si en la introducción los autores de los distintos estudios indican la preferencia por uno u otro tratamiento o por ambos. Utilizando tales criterios encuentran que de los 9 estudios que anteriormente han sido revisados por Shapiro y Shapiro (1982), 8 de ellos han sido llevados a cabo por investigadores que favorecen la terapia cognitiva y sólo el otro restante ha sido llevado a cabo por investigadores sin clara preferencia. El análisis de los datos, en función de las preferencias por cada técnica, viene a indicar que ello puede afectar al resultado de un estudio. Ello lo comprobaron además revisando si los autores habían o no publicado otros artículos sobre la técnica que favorecían, volviendo a aparecer el mismo patrón consistente anterior.

También indican cómo en los estudios revisados, en muchos casos, los pacientes son estudiantes voluntarios, los terapeutas tienen poca experiencia y el tratamiento es breve.

Por ello, concluyen que la superioridad de la terapia cognitiva indicada por Shapiro y Shapiro (1982) respecto a la DS puede reflejar simplemente el hecho de que virtualmente todos los estudios fueron llevados a cabo por investigadores con una fidelidad a su forma de tratamiento. También indican que la pequeña superioridad obtenida para la terapia cognitiva (que no es estadísticamente significativa) debe ser interpretada con precaución a causa de que incluso en su revisión una mayoría de los estudios fueron llevados a cabo por investigadores que parecen favorecer una intervención cognitiva. Aquí nos encontraríamos con la conocida expectativa del experimentador apuntada por Rosenthal (1969). Hay que hacer notar también que para la terapia combinada no hay una mayor tasa de eficacia que con un solo procedimiento, de modo semejante a lo obtenido también por Dush y cols. (1983).

Berman y cols. (1985) concluyen su artículo en la línea de Frank (1973, 1982, 1985) indicando que «la evidencia de esta y de otras revisiones sugiere que nuestro conocimiento de por qué la psicoterapia trabaja puede ser aumentada más identificando los factores comunes a todas las formas de tratamiento que de examinar las características específicas de las terapias particulares» (Berman y cols., 1985, p. 460).

Al contrario de lo visto hasta aquí, la terapia cognitiva de Beck (Beck y cols., 1979) para el tratamiento de la depresión ha mostrado claramente su eficacia en diversos estudios, como por ejemplo revisan Hollon y Beck (1986), respecto a grupos de no tratamiento, igual a la farmacoterapia y en algunos casos incluso ha sido mejor la combinación de terapia cognitiva y farmacoterapia. Sin embargo una crítica que se le ha achacado a la terapia cognitiva de Beck en el tratamiento de la depresión, es que en la misma se aplican tanto técnicas cognitivas (p. ej., reestructuración cognitiva) como técnicas conductuales (p. ej., tareas para casa). Sí se toman en cuenta únicamente los casos donde sólo se aplican los componentes cognitivos de la terapia cognitiva de Beck, como hicieron en su revisión Latimer y Sweet

(1984), entonces los componentes cognitivos por sí solos no mejoran los resultados obtenidos por los componentes conductuales. Sin embargo aquí entramos en la discusión de si debemos considerar sólo «terapias cognitivas» o «terapias cognitivo-conductuales» y que, si de hacerlo, estaríamos hablando de ambas como parte de la modificación de conducta cognitiva o de dos cosas totalmente distintas. Este es uno de los problemas que creemos está más vigente y seguirá estando en el inmediato futuro en el tema de la eficacia.

Distintos autores españoles también han incidido en el cuestionamiento de la mayor eficacia de la terapia cognitiva. Así, por ejemplo, Pérez (1986) afirma que la modificación de conducta cognitiva es efectiva por lo que tiene de conductual. También, que no es más específica que la modificación de conducta porque lo que tiene de específico cognitivo no es otra cosa que contingencias ambientales supuestas en la mente. Es decir, los constructos cognitivos se construirían en repujados o almacenamientos mentales de las condiciones que son realmente influyentes, algunas de las cuales están incorporadas en las técnicas conductuales de manera que duplican (inútilmente) lo que ya está dado. Por eso, «su especificidad está limitada por el "rasero" de la eficacia de las técnicas verdaderamente conductistas» (p. 67). A conclusiones semejantes llegan Bragado y Carrasco (1987).

Mayor y Labrador (1984) han insistido en que a veces las terapias cognitivas se han convertido en un cajón de sastre donde se ha introducido de todo, junto con importantes deficiencias metodológicas de muchos de los estudios realizados con ellas, y que ha quedado claro en las anteriores revisiones donde suelen aducirse problemas de tipo metodológico.

Hay también que destacar aquí que recientemente Hollon y Beck (1986), importantes autores cognitivos, reconocen que, a nivel general, la terapia cognitivo-conductual no ha demostrado una mayor eficacia que las técnicas conductuales y que aunque las mismas tienen un gran valor quedan todavía muchas cuestiones por resolver.

En esta misma línea, en una revisión realizada por nosotros sobre las terapias de solución de problemas (Becoña y Gutiérrez-Moyano, 1987) —uno de los bloques de las terapias cognitivas, que a su vez incluye varias—, hemos insistido en que es preciso indicar a qué terapia cognitiva concreta nos estamos refiriendo en cada momento y no considerar a todas en conjunto. Por ejemplo, las críticas que han aparecido hasta aquí sobre sujetos jóvenes no se aplican a las terapias de solución de problemas: en unos casos, las muestras son de niños con problemas clínicos; en otros, son sujetos obesos adultos, con muestras diversas, etc.; los terapeutas que las han llevado a cabo tienen varios años de experiencia y son expertos en la aplicación de las mismas; los seguimientos no sólo existen sino que en algún caso llega hasta los dos años, etc.

Recapitulando todo lo visto hasta aquí en este apartado, nosotros concluimos y sugerimos que:

1. Deben diferenciarse las terapias cognitivas y no hablar genéricamente de terapia cognitiva o terapia cognitivo-conductual, sino de: terapia de reestructuración cognitiva de Beck, autoinstrucciones de Meichenbaum, terapia de solución de problemas sociales de D'Zurilla, etc. Estas diferenciaciones deben mantenerse también cuando se llevan a cabo revisiones. Un buen ejemplo de ello es la revisión de Dush y cols. (1983) que más atrás hemos visto sobre la modificación de las autoafirmaciones.

2. Hablar de terapia cognitiva sin componentes conductuales no lo creemos adecuado. Por tanto, es mejor denominarlas terapias cognitivo-conductuales cuando hablamos a nivel general, incidiendo en lo de conductual.

3. Las terapias cognitivo-conductuales son más eficaces, como ha quedado demostrado, que un grupo de control o de lista de espera, pero normalmente de igual eficacia que una terapia conductual tradicional (p. ej., DS). Hay, sin embargo, excepciones, como ocurre en la terapia cognitiva de Beck para el tratamiento de la depresión, en distintas terapias de solución de problemas, etcétera.

4. Lo anterior nos lleva a concluir que las terapias cognitivo-conductuales, cuando sólo se utilizan con sus componentes cognitivos, son de igual o inferior eficacia que las técnicas conductuales y que, cuando lo son, se debe ello a los componentes conductuales que tales terapias poseen. Hacemos notar que esto puede ser un contrasentido, ya que si una terapia cognitiva utiliza sólo sus componentes cognitivos sin tener en cuenta los conductuales, no se considera como una técnica de modificación de conducta. A pesar de ello, entendemos que la modificación de conducta cognitiva es una orientación más, una de las cuatro, de las que consta la actual modificación de conducta.

5. Estudios mejor diseñados a nivel metodológico podrían solventar muchos de los problemas que en los distintos estudios con las terapias cognitivo-conductuales han aparecido. También, como han criticado Hollon y Beck (1986), es preciso que se lleven a cabo más aplicaciones de las terapias cognitivo-conductuales a poblaciones clínicas y no quedarse únicamente en estudios análogos.

## Discusión

Por lo que hemos revisado hasta aquí, la modificación de conducta ha mostrado claramente su eficacia en diversas alteraciones comportamentales respecto a la psicoterapia tradicional, a pesar de que diversos estudios con la técnica del meta-análisis pueden confundir en algún caso. En cambio, no se puede afirmar en el momento actual que la modificación de conducta cognitiva, en términos generales, sea más eficaz que las otras orientaciones que forman la modificación de conducta.

Sin embargo, a esto hay que hacer varias matizaciones. La primera radica en que la modificación de conducta cognitiva es una de las corrientes de la modificación de conducta y, por tanto, no necesaria-

mente tiene que demostrar que es superior a lo que es. Ésta sería una visión amplia de la modificación de conducta. Desde una visión más restrictiva, una corriente debería demostrar ser más eficaz que otra para que así sea aceptada. Subyacente a esto está la introducción de los procesos cognitivos, durante largos años olvidados y relegados por la mayoría de los teóricos conductuales, como básicos para el cambio conductual. Esta es quizá la razón básica por la que este tema ha cobrado tal relevancia y ha sido tan discutido. La valoración de este tema depende, por lo tanto, de si se realiza desde la perspectiva conductista radical o desde una perspectiva conductual amplia. Desde la primera, la modificación de conducta cognitiva no ha demostrado mayor eficacia que las técnicas conductuales tradicionales y por ese motivo debe ser relegada, por no aportar en la práctica nada al tratamiento. Desde la segunda perspectiva, a pesar de que no es más eficaz que las técnicas de modificación de conducta tradicional, es eficaz (lo que en líneas generales es aceptado) y añade una perspectiva más para el tratamiento de las personas. La terapia cognitiva de Beck aparece como botón de lanza de la eficacia respecto a las más tradicionales técnicas conductuales, al combinarse dentro de esta terapia tanto técnicas conductuales como técnicas cognitivas, permitiendo tal combinación mejorar la eficacia del tratamiento en sujetos depresivos. También está claro que la modificación de conducta cognitiva es eficaz por lo que tiene de conductual, aunque ello no desmerece su eficacia ni su utilización.

Creemos necesario resaltar el resultado de Ber- man y cols. (1985) de que cuando los terapeutas favorecen la orientación cognitiva son los que obtienen los mejores resultados con dichas técnicas. Este hecho es evidente e incluso en la investigación un terapeuta entrenado en un momento determinado en una técnica concreta le resulta difícil sustraerse a lo que conoce de otras que ha aplicado en el pasado, o ve como más efectivas unas que otras no siempre con base empírica. La existencia de factores comunes a todas las terapias (Frank, 1982; Labrador, 1986; Stiles, Shapiro y Elliott, 1986) puede explicar un porcentaje importante de la eficacia de las distintas orientaciones terapéuticas. También, la aparición de una nueva orientación terapéutica, como es la cognitiva, crea importantes expectativas en los terapeutas, funcionando aquí el denominado efecto placebo (Kirch, 1978, 1985), ayudando a que la misma sea más eficaz. Sin embargo, con el paso del tiempo —como históricamente le ha ocurrido a diversas terapias farmacológicas, quirúrgicas y psicológicas— pierden parte de su eficacia inicial y quedan con su eficacia real, si es que la tienen, naturalmente. A nuestro parecer la terapia cognitiva ha mostrado que es eficaz, aunque quizá no tan eficaz como inicialmente se había creído, como, por ejemplo, Hollon y Beck (1986) reconocen. Esta eficacia estaría a la altura de las técnicas conductuales tradicionales, aunque teniendo en cuenta que desde una perspectiva conductual cuando se aplica una terapia cognitivo-conductual se aplican los compo-

nentes cognitivos y conductuales de la misma y no únicamente los componentes cognitivos. Además es necesario un correlato conductual para la evaluación de la eficacia conductual del cambio o cambios cognitivos.

Un efecto que consideramos negativo de todo lo anterior, y que ha sido uno de los *booms* de los últimos años es el denominado *eclecticismo*. Distintas encuestas llevadas a cabo tanto en Estados Unidos (ej. Piotrowski y Keller, 1984b; Watkins, López, Campbell y Himmell, 1986) como en España (Ferre-zuelo, 1985) vienen a indicar que el eclecticismo ha prendido fuerte. Sin embargo, este aspecto es criticable, estando muchas veces presente la contradicción de mezclar tratamientos, técnicas, sistemas de evaluación, etc., que pretenden objetivos opuestos. Esto está ocurriendo en grado importante, y seguirá ocurriendo en los próximos años, ya que se relaciona con importantes discrepancias que existen entre la investigación en modificación de conducta, y que se refleja en los libros de texto de modificación de conducta que manejamos, y la práctica clínica cotidiana de los terapeutas de conducta (Becoña, 1986a), aunque por suerte comienza a haber excepciones (Buceta, 1987; Hersen y Last, 1985; Maciá y Méndez, 1988). Sin embargo, creemos que sólo la modificación de conducta, con la evaluación objetiva de las técnicas que utiliza, permite mejorar la eficacia de las existentes. Además, a nuestro parecer, ha mostrado y muestra claramente su eficacia en gran número de conductas. El peligro de la orientación cognitiva puede ser que se abra a la utilización de procedimientos terapéuticos no validados o, aún peor, combinar procedimientos escasamente validados con otros sin ningún tipo de apoyo empírico.

Indudablemente, discusiones como ésta abren importantes debates sobre la posibilidad o no de integración de ambas corrientes, escuelas o paradigmas, el cognitivo y el clásicamente denominado conductual, dentro de la modificación de conducta. Así, Kanfer y Hagerman (1985) propugnan integrar ambos, mientras que otros autores partiendo de la perspectiva del análisis conductual aplicado no están de acuerdo. Sin embargo, la importancia de la introducción de los procesos cognitivos ha sido uno de los hitos más importantes que ha vivido la psicología en los últimos años, y la modificación de conducta no se iba a ver sustraída de tal corriente general. Por ello, en el futuro se continuará incidiendo en estos aspectos, y se irán dando a conocer más y más técnicas cognitivas, como podemos indicar a título de ejemplo libros recientes como los de Dobson (1987) y McMullin (1986). Igualmente, se irá clarificando el papel que cada una de las distintas terapias cognitivas tiene en los distintos trastornos en que se aplican.

---

## Referencias

- Avia, M. D. y Ruiz, M. A. (1985). Psicoterapia y curación. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 40, 793-809.

- Bangert-Drowns, R. L. (1985). Review of developments in meta-analysis method. *Psychological Bulletin*, 99, 388-399.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press (trad. cast.: Bilbao: Desclee de Brouwer, 1983).
- Becoña, E. (1985). La técnica de fumar rápido: una revisión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 209-243.
- Becoña, E. (1986a). Discrepancias entre la investigación y la práctica clínica de la terapia de conducta. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 4, 221-258.
- Becoña, E. (1986b). *La relación actitud-conducta*. Santiago de Compostela: Grial.
- Becoña, E. y Gutiérrez-Moyano, M. M. (1987). Las terapias de solución de problemas: una revisión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 89-118.
- Berman, J. S., Miller, R. C. y Massman, P. J. (1985). Cognitive therapy versus systematic desensitization: is one treatment superior? *Psychological Bulletin*, 97, 451-461.
- Bragado, M. C. y Carrasco, I. (1987). Límites y efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales en su aplicación clínica. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 249-266.
- Buceta, J. M. (Ed.) (1987). *Psicología clínica y salud. Aplicación de estrategias de intervención*. Madrid: UNED.
- Dobson, K. S. (Ed.) (1987). *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies*. New York: Guilford Press.
- Dush, D. M., Hirt, M. L. y Schroeder, H. (1983). Self-statement modification with adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 94, 408-422.
- Eysenck, H. J. (1978). An exercise in mega-silliness. *American Psychologist*, 33, 517.
- Ferrezuelo, P. (1985). Definición del psicólogo clínico y funciones que desempeña. *Papeles del Colegio Psicólogos*, 20, 3-6.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and Healing*, 2nd ed. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En J. H. Harvey y M. M. Parks (Eds.), *Psychotherapy Research and Behavior Change* (pp. 5-37). Washington, DC: American Psychological Association.
- Frank, J. D. (1985). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En M. J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognition and Psychotherapy* (pp. 49-79). New York: Plenum Press.
- Hersen, M. y Last, C. G. (Eds.) (1985). *Behavior Therapy Casebook*. New York: Springer.
- Hoffman, N. (1984). Cognitive therapy: introduction to the subject. En N. Hoffman (Ed.), *Foundations of Cognitive Therapy. Theoretical Methods and Practical Applications* (pp. 1-10). New York: Plenum Press.
- Hollon, A. y Beck, A. T. (1986). Research on cognitive therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 443-482). New York: Wiley.
- Hollon, S. D. y Kendall, P. C. (1979). Cognitive-behavioral interventions: Theory and procedures. En P. C. Kendall, y S. D. Hollon (Eds.), *Cognitive-Behavioral Interventions. Theory, Research and Procedures* (pp. 1-9). New York: Academic Press.
- Kanfer, F. H. y Hagerman, S. M. (1985). Behavior therapy and the information-processing paradigm. En S. Reiss y R. B. Bootzin (Eds.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy* (pp. 3-33). New York: Academic Press.
- Kazdin, A. E. (1986). The evaluation of psychotherapy: Research design and methodology. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 23-68). New York: Wiley.
- Kendall, P. C. (1984a). Cognitive processes and procedures in behavior therapy. En G. T. Wilson, C. M. Franks, K. D. Brownell y P. C. Kendall (Eds.), *Annual Review of Behavior Therapy. Theory and Practice*. Vol. 9 (pp. 132-179). New York: Guilford Press.
- Kendall, P. C. (1984b). Cognitive processes and procedures in behavior therapy. En C. M. Franks, G. T. Wilson, P. C. Kendall y K. D. Brownell (Eds.), *Annual Review of Behavior Therapy. Theory and Practice*. Vol. 10 (pp. 123-163). New York: Guilford Press.
- Kendall, P. C. y Hollon, S. D. (1979). Cognitive-behavioral interventions: Overview and current status. En P. C. Kendall y S. D. Hollon (Eds.), *Cognitive-Behavioral Interventions: Theory, Research and Procedures* (pp. 445-454). New York: Academic Press.
- Kirsch, I. (1978). The placebo effect and the cognitive-behavioral revolution. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 255-264.
- Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40, 1189-1202.
- Labrador, F. J. (1986). Controversia sobre una posible convergencia entre los distintos acercamientos terapéuticos o de intervención. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 4, 259-302.
- Landman, J. T. y Dawes, R. M. (1982). Psychotherapy outcome: Smith and Glass conclusions stand up under scrutiny. *American Psychologist*, 37, 504-516.
- Latimer, P. R. y Sweet, A. A. (1984). Cognitive versus behavioral procedures in cognitive-behavior therapy: A original review of the evidence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 9-22.
- Latimer, P. R. y Sweet, A. A. (1985). Cognitive therapy. En R. M. Turner y L. M. Ascher (Eds.), *Evaluating Behavior Therapy Outcome* (pp. 180-203). New York: Springer.
- Ledwidge, B. (1978). Cognitive behavior modification: A step in the wrong direction? *Psychological Bulletin*, 85, 353-375.
- López, J. A., Sánchez, J. y López, J. J. (1986). METAAN-1: Un programa BASIC de meta-análisis para ajuste de modelos categóricos a los tamaños del efecto. *Psicología*, 7, 295-303.
- Maciá, D. y Méndez, F. X. (Eds.) (1988). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and Behavior Modification*. Cambridge, MA: Ballinger (trad. cast.: México: Trillas, 1983).
- Mayor, F. y Labrador, F. J. (1984a). Fundamentos teóricos y metodológicos de la modificación de conducta. En F. Mayor y F. J. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de conducta* (pp. 9-92). Madrid: Alhambra.
- McMullin, R. E. (1986). *Handbook of Cognitive Therapy Techniques*. New York: W. W. Norton.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification*. New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress Inoculation Training*. New York: Pergamon Press.
- Miller, R. C. y Berman, J. S. (1983). The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, 94, 39-53.
- Nicholson, R. A. y Berman, J. S. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin*, 93, 261-278.
- O'Leary, K. D. y Borkovec, T. D. (1978). Conceptual, methodological and ethical problems of placebo groups in psychotherapy research. *American Psychologist*, 33, 821-830.
- Pérez, M. (1986). Ingenuidades sobre el impacto cognitivo en modificación de conducta. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 4, 57-79.

- Piotrowski, C. y Keller, J. W. (1984). Attitudes toward clinical assessment by members of the AABT. *Psychological Reports*, 55, 831-838.
- Rachman, S. J. y Wilson, G. T. (1980). *The Effects of Psychological Therapy*, 2nd ed. New York: Pergamon Press.
- Rosenthal, R. (1969). Interpersonal expectations: Effects of the experimenter's hypothesis. En R. Rosenthal y R. Rosnow (Eds.), *Artifacts in Behavioral Research* (pp. 181-277), New York: Academic Press.
- Searles, J. S. (1985). A methodological and empirical critique of psychotherapy outcome meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 453-463.
- Shapiro, D. A. y Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Shapiro, D. A. y Shapiro, D. (1983). Comparative therapy outcome research: Methodological implications of meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 4-13.
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V. y Miller, T. L. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Steinbrueck, S. M., Maxwell, S. R. y Howard, G. S. (1983). A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 856-863.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. y Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Turk, D. C. y Salovey, P. (1985a). Cognitive structures, cognitive processes, and cognitive-behavior modification. I. Client issues. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 1-17.
- Turk, D. C. y Salovey, P. (1985b). Cognitive structures, cognitive processes, and cognitive-behavior modification. II. Judgments and inferences of the clinician. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 19-33.
- Watkins, C. E., López, F. G., Campbell, V. L. y Himmell, C. D. (1986). Counseling psychology and clinical psychology: Some preliminary comparative data. *American Psychologist*, 41, 581-584.
- Wilson, G. T. (1985). Limitations of meta-analysis in the evaluation of the effects of psychological therapy. *Clinical Psychology Review*, 5, 35-47.
- Wilson, G. T. y Rachman, S. J. (1983). Meta-analysis and the evaluation of psychotherapy outcome: Limitations and liabilities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 54-64.