

### ¿Sabemos por qué funciona la terapia psicológica?

*En el campo de la psicología clínica y de la salud ha habido y hay un gran interés por ofertar una gran variedad de tratamientos psicológicos, que se han cifrado en alrededor de 550 solo para niños y adolescentes (Kazdin y Nock, 2003), aunque la mayoría de ellos no han sido investigados. También existe una buena cantidad de manuales sobre cómo llevar a cabo ciertos tratamientos y muchísima investigación, más frecuente en la orientación cognitivo-conductual que en otras, sobre la eficacia de algunos tipos de tratamientos (Barlow et al., 2013; Hofmann et al., 2012; Roth y Fonagy, 2005). Estos parecen funcionar igual de bien en la práctica clínica habitual (American Psychological Association, 2013; Shadish et al., 2000; Westbrook y Kirk, 2005), aunque puede necesitarse un mayor número de sesiones y haber un mayor porcentaje de pacientes que abandonan la terapia. En contraste con todo esto, ha habido mucha menos investigación bien realizada sobre los mecanismos<sup>1</sup> que pueden explicar el cambio terapéutico.*

*Que la terapia psicológica es eficaz, al menos respecto al no tratamiento, es algo en lo que los psicólogos clínicos y de la salud están completamente de acuerdo, independientemente de su orientación (American Psychological Association, 2013; Lambert, 2013). El desacuerdo comienza sobre si hay tipos de terapia más eficaces que otros. Algunos mantienen, con datos empíricos, que las terapias cognitivo conductuales (TCC) son más eficaces, al menos para cierto tipo de problemas (Barlow, 2014; Barlow et al., 2013; Hofmann et al. [2012], los cuales revisan 269 metaanálisis). Otros defienden, también con datos empíricos, que las TCC son más eficaces que las terapias bona fide (no diseñadas para ser terapéuticas; p. ej., placebo), pero no que las terapias bona fide de tipo no cognitivo-conductual (Baardseth et al., 2013; Spielmans, Pasek y McFall, 2007; véase Laska, Gurman y Wampold [2014] para otras referencias) y que las terapias bona fide son, en general, igualmente eficaces (Budge et al., 2013; Kivlighan et al., 2015). Esto último ha llevado a proponer una serie de factores comunes a las distintas terapias que explicarían la mejora de los pacientes. Entre estos factores se encuentran la alianza terapéutica, la empatía, la obtención de retroalimentación del paciente, la cohesión en la terapia de grupo, el acuerdo en las metas y tareas, la colaboración y la cordialidad (Laska, Gurman y Wampold, 2014; <http://www.divisionofpsychotherapy.org/continuing-education/task-force-on-evidence-based-therapy-relationships/conclusions-of-the-task-force/>)<sup>2</sup>.*

*Un problema con estos factores comunes es que son demasiado generales y, de hecho, no especifican qué es lo que pasa realmente para que el paciente cambie: ¿cómo una buena alianza terapéutica hace que un paciente reduzca ciertas conductas (sentimientos de ansiedad o depresión, evitación de situaciones temidas, discusiones de pareja, percepción y quejas*

---

<sup>1</sup>Por simplicidad, englobaré bajo este término tanto los mediadores como los mecanismos propiamente dichos. Un mediador no es necesariamente un mecanismo, pero es una guía hacia el mismo (véase Kazdin, 2007, pág. 3).

<sup>2</sup>Aunque algunos reconocen que la exposición a los estímulos temidos es necesaria en el caso de la fobias (Larska, Gurman y Wampold, 2014), otros la consideran como un factor común (Lambert y Oagles, 2014).

de dolor) y adopte comportamientos positivos? Asimismo, cuando se habla de acuerdo de tareas, ¿a cuáles se hace concretamente referencia y cómo producen el cambio? De hecho, estos factores comunes pueden estar indicando otras variables que son las verdaderas responsables del cambio (Giacomantonio, 2013; Kazdin, 2007).

Por otra parte, aunque distintos tipos de terapia fueran igual de eficaces, esto no quiere decir necesariamente que se deba exclusivamente a factores comunes. También podrían entrar en juego factores específicos, variables según el tipo de terapia, que podrían dar lugar a resultados similares (Kazdin, 2005; Lambert y Ogles, 2014). Por otra parte, estos factores específicos podrían explicar que las intervenciones que funcionan sean distintas en función del trastorno (p. ej.: fobia, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de personalidad). Entre los factores específicos pueden citarse la reducción de las cogniciones negativas sobre uno mismo, de las interpretaciones de amenaza o de la intolerancia a la incertidumbre, la aceptación de experiencias internas aversivas, el cambio del estilo de comunicación familiar y la adquisición de habilidades de afrontamiento. Como ejemplo más concreto, en el caso de la relajación aplicada para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada se hipotetizó inicialmente como mecanismo de acción la reducción de la tensión muscular, pero recientemente Hayes-Skelton et al. (2012) han propuesto la conciencia plena, el distanciamiento cognitivo y la aceptación de las experiencias internas.

Puede pensarse que la importancia de los factores específicos sería aún más patente caso de haber diferencias entre distintas terapias, pero hay que tener en cuenta que estas diferencias podrían ser también explicadas por variaciones en la dosis de los factores comunes (Kazdin, 2005). Sea como sea, lo importante sería identificar los mecanismos, sean comunes o específicos, responsables del cambio terapéutico. Esta identificación es primordial por varios motivos: a) permitirá diseñar tratamientos más eficaces, b) puede reducir el excesivo número de intervenciones psicológicas al descartar aquellas no dirigidas a las variables responsables del cambio y al unificar otras en una aproximación transdiagnóstica acorde a estas variables (p. ej., Barlow et al., 2011), y c) puede ayudar a identificar variables moderadoras que influyen en la fuerza de la relación entre el tratamiento y los resultados (Kazdin, 2007; Schmidt y Schimmelmann, 2015).

Sin embargo, las numerosas investigaciones sobre los mecanismos de cambio propuestos no han cumplido las rigurosas condiciones metodológicas necesarias para extraer conclusiones válidas (véanse Kazdin [2007] y Schmidt y Schimmelmann [2015]). El talón de Aquiles de la mayor parte de los estudios ha sido la falta de evaluación repetida en múltiples ocasiones (al menos cinco) de los mecanismos y de los resultados para poder demostrar que el cambio en los primeros precede al de los segundos. En efecto, puede suceder que el cambio en los resultados se produzca antes que el cambio en los supuestos mecanismos, que una tercera variable sea la responsable del cambio de ambos o que exista una relación causal bidireccional entre ellos, tal como se ha visto con la alianza terapéutica (Falkenström, Granström y Holmqvist, 2013), o la autoeficacia para afrontar los ataques de pánico (Fentz et al., 2013). En otros estudios, han fallado las condiciones de aleatorización y control, que permitan inferir los efectos causales del tratamiento sobre los mecanismos y los resultados, o no se han empleado medidas bien validadas. Finalmente, en otros casos los resultados han sido inconsistentes (p. ej., el cambio en las actitudes disfuncionales y errores cognitivos en el tratamiento de la depresión; Driessen y Hollon, 2010; Vittengl et al., 2014) o no han sido replicados.

---

*Así pues, por el momento podemos decir que la terapia psicológica funciona (con mayor o menor eficacia, en función de variables moderadoras tales como las características del paciente, del terapeuta, del problema y del contexto social e interpersonal), pero que aún no sabemos por qué, a pesar de las múltiples teorías existentes al respecto. Es cierto que la investigación de los mecanismos de acción no es fácil al haber varios implicados simultáneamente y que pueden variar en función del tipo de trastorno y de terapia, de variables moderadoras e incluso del paciente. Además, de cara a apoyar inferencias causales más sólidas, serían especialmente importantes los estudios en que se manipulase experimentalmente el supuesto mecanismo (p. ej., la reducción de la restricción alimentaria en la bulimia nerviosa) para ver si esto afecta a los resultados (Kazdin, 2007; Johansson y Høglend, 2007). A pesar de estas dificultades, es necesario dedicar más esfuerzo al estudio riguroso de los mecanismos terapéuticos si queremos mejorar los resultados de la terapia psicológica, con la cual hay al menos un 30% de pacientes que no mejoran y un 50% o más que no se recuperan de sus problemas.*

*Resulta llamativo que después de tantos años de investigación aún no podamos responder con datos relativamente sólidos a la pregunta de por qué funciona la terapia psicológica. Como afirman (en un reciente libro sobre el tema) Maric, Prins y Ollendick (2015) “la necesidad de estudiar los mecanismos de acción terapéutica fue enfatizada desde los primeros años de investigación en psicoterapia, pero permaneció básicamente sin explorar hasta los años 90, cuando los mediadores empezaron a ser sometidos a prueba. Aun así, poco progreso se ha hecho”.*

Arturo Bados  
Consejo Asesor  
Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics  
Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona

## REFERENCIAS

- American Psychological Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50, 102–109
- Baardseth, T.P., Goldberg, S.B., Pace, B.T., Wislocki, A.P., Frost, N.D., Siddiqui, J.R., Wampold, B. E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, 33, 395-405.
- Barlow, D.H. (Ed.). (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (5<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Guilford
- Barlow, D.H., Bullis, J.R., Comer, J.S. y Ametaj, A.A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1–27.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B. y Ehrenreich May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Budge, S.L., Moore, J.T., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Baardseth, T.P. y Nienhuis, J.B. (2013). The effectiveness of evidence-based treatments for personality disorders when comparing treatment-as-usual and bona fide treatments. *Clinical Psychology Review*, 33, 1057-1066.
- Driessen, E. y Hollon, S. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for mood disorders: Efficacy, moderators and mediators. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 537-555.

- Falkenström, F., Granström, F. y Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 317–328.
- Fentz, H.N., Hoffart, A., Jensen, M.B., Arendt, M., O'Toole, M.S., Rosenberg, N.K. y Hougaard, E. (2013). Mechanisms of change in cognitive behaviour therapy for panic disorder: The role of panic self-efficacy and catastrophic misinterpretations. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 579-587.
- Giacomantonio, G. (2013). On the role of theory and models of change in psychotherapy research. *Psychotherapy in Australia*, 19, 18-24.
- Hayes-Skelton, S.A., Calloway, A., Roemer, L. y Orsillo, S.M. (2015). Decentering as a potential common mechanism across two therapies for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 395-404.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J., Sawyer, A.T. y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427–440.
- Johansson, P. y Høglend, P. (2007). Identifying mechanisms of change in psychotherapy: Mediators of treatment outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 1-9.
- Kazdin, A. E. (2005). Treatment outcomes, common factors, and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 184-188.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kazdin, A.E. y Nock, M.K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1116-1129.
- Kivlighan, D.M., Goldberg, S.B., Abbas, M., Pace, B.T., Yulish, N.E., Thomas, J.G., Wampold, B. E. (2015). The enduring effects of psychodynamic treatments vis-à-vis alternative treatments: A multilevel longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 1-14.
- Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>a</sup> ed., pp. 169-218). Nueva York: Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. y Ogles, B. M. (2014). Common factors: Post hoc explanation or empirically based therapy approach? *Psychotherapy*, 51, 500-504.
- Laska, K.M., Gurman, A.S. y Wampold, B.E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51, 467-481.
- Maric, M., Prins, P.J.M. y Ollendick, T.H. (2015). *Moderators and mediators of youth treatment outcomes*. Oxford: Oxford University Press.
- Roth, A.D. y Fonagy, O. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Guilford.
- Schmidt, S.J. y Schimmelmann, B.G. (2015). Mechanisms of change in psychotherapy for children and adolescents: Current state, clinical implications, and methodological and conceptual recommendations for mediation analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 249-253.
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M. y Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Spielmann, G.I., Pasek, L.F. y McFall, J.P. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 642–654.
- Vittengl, J.R., Clark, L. A., Thase, M.E. y Jarrett, R.B. (2014). Are improvements in cognitive content and depressive symptoms correlates or mediators during acute-phase cognitive therapy for recurrent major depressive disorder? *International Journal of Cognitive Therapy*, 7, 251-271.
- Westbrook, D. y Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243-1261.