

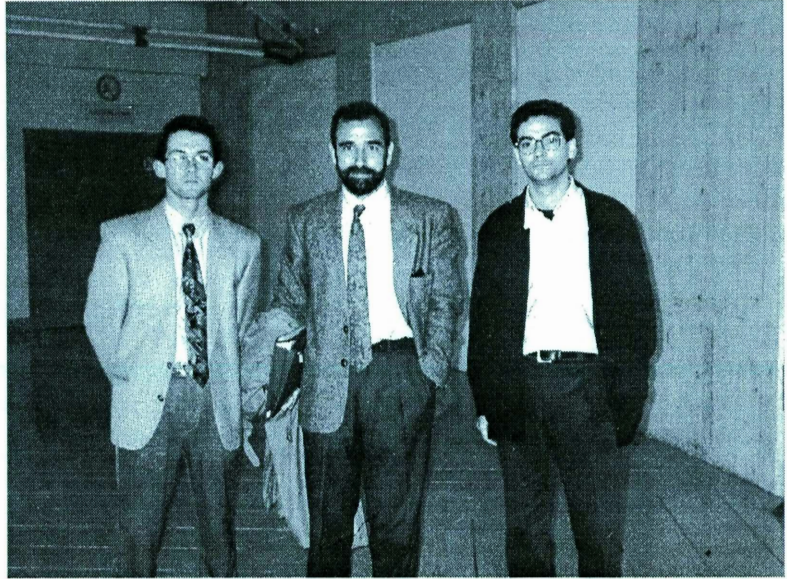
# Entrevista con: D. Francisco Javier Labrador.

Realizada por: Angel Pozo y Joaquín Pastor

Sección de Terapia de Conducta.

La siguiente entrevista fue realizada el 24 de febrero de 1997 con motivo de la visita de Francisco Javier Labrador a Valencia para impartir la conferencia titulada: «Presente y futuro de la Terapia de Conducta en el Club Diario Levante, organizada por el COP-PV a propuesta de la Sección de Terapia de Conducta.

Francisco Javier Labrador es un conocido académico y profesional en el campo de la psicología clínica. Catedrático de modificación de conducta de la Universidad Complutense de Madrid y Director del Master de Modificación de Conducta de la misma universidad. Es miembro del grupo de expertos que han elaborado el Perfil del Psicólogo Clínico y de la Salud, y es autor de numerosas contribuciones y publicaciones acerca de trastornos asociados al estrés, juego patológico, disfunciones sexuales, etc.



**SECCION DE TERAPIA DE CONDUCTA:** Nos gustaría que nos comentaras en qué estás trabajando ahora, cuáles son tus intereses actuales.

**FRANCISCO JAVIER LABRADOR:** Ahora estamos trabajando en un par de cosas: en el tratamiento del juego patológico, que es un trastorno que nos parece especialmente frecuente en España, y luego en una parte de investigación más básica sobre trastornos asociados al estrés, especialmente las respuestas que da el organismo cuando se enfrenta a situaciones de estrés y cómo puede eso facilitar el paso a otros trastornos o a que se produzca la cronificación de un funcionamiento inadecuado.

**STC:** Tus aportaciones en el tema del estrés han sido muy importantes ¿Continuas trabajando en este tema?

**FJL:** Sí, yo creo que no lo abandonaré nunca, porque es tan suficientemente amplio que siempre puedes desarrollar nuevas vías y eso es lo que permite una investigación más básica. La verdad es que como académico me gusta bastante la investigación básica, aunque la demanda social se orienta hacia resultados o investigaciones más aplicadas. Yo sigo con la idea esa de que «no hay nada más práctico que una buena teoría», y en consecuencia trato de desarrollar una teoría de cómo la respuesta humana al estrés puede producir problemas psicofisiológicos. No obstante considero que la respuesta de estrés es una cosa muy adaptada, en especial en otras épocas, cuando éramos animales reaccionando exclusivamente a un medio físico, no a un medio social, pero dado que tenemos esa respuesta

aprendida entonces y la emitimos ahora en un medio muy diferente, puede causarnos problemas, y los seguirá causando.

**STC:** Desde la publicación del famoso «Manual de Modificación de Conducta» de 1984 (1) hasta este último de 1993 (2) y en estos últimos tiempos, ¿cómo ves que ha evolucionado la psicología clínica en España?

**FJL:** Realmente ha cambiado desde una Psicología Clínica de corte eminentemente psicoanalítico, confesional en el sentido más descriptivo del término, a una Psicología Clínica más práctica, muy de la mano de las técnicas de modificación de conducta, y también más experta, más profesional.

De una Psicología Clínica que no era nada, porque no tenía introducción en la sociedad, se ha pasado a una Psicología Clínica que ahora tiene gran demanda. Realmente, todo el mundo sabe lo que es un psicólogo y para la mayor parte de los problemas que podrían atender un psicólogo u otros profesionales, buscan al psicólogo.

Yo creo que ha evolucionado un poco en esta dirección: una psicología clínica primero más profesional, segundo, más eficaz, y en tercer lugar y sobre todo, más demanda. Yo creo que ahí la terapia o modificación de conducta ha sido la cuestión clave.

**STC:** ¿Cómo ves actualmente la implantación del psicólogo clínico en la sociedad?, ¿existe realmente esa repercusión o sería más bien una «realidad virtual»?

**FJL:** No, no, de realidad virtual nada. Comentaba con Rosario Morales hace un momento que la clave fundamental es poner la TV y ver que en todos los programas de debate hay casi siempre un psicólogo, bueno o malo, alto o bajo,

blanco o negro o lo que sea, pero un psicólogo. Yo creo que eso es importante. Yo creo que hay una gran demanda de psicólogos clínicos en la sociedad, sobre todo para un montón de tareas que hace unos años ni se pensaba. Ella me comentaba que está trabajando en un hospital en tratamiento de dolor. Pero es que es verdad, los anestesistas, y en general, todos aquellos que trabajan en unidades de dolor, ya demandan de forma importante que haya psicólogos allí. Por ejemplo, tenemos a personas trabajando en distintos centros de cáncer en Madrid. No sólo en la Sociedad de Cáncer, que tiene psicólogos trabajando para facilitar un montón de soluciones a realidades relacionadas con este problema, desde una mejora en la calidad de vida hasta cómo informar del diagnóstico para que tenga repercusiones menos negativas, sino en hospitales también, por supuesto, hay muchos psicólogos en los medios o tareas más tradicionales o habituales: tratamientos de ansiedad, de depresión, adicciones, tratamientos en el ámbito escolar, etc.

Yo creo que el psicólogo clínico está siendo demandado en la sociedad porque se ve que es eficaz. Pero se está demandando un determinado tipo de psicólogo clínico: aquel que es eficaz y que además es poco costoso. Un psicólogo clínico que tenga que utilizar 400 horas para tratar a alguien no hay quien lo pague, salvo quizá una persona aislada, y desde mi punto de vista con escasa información al respecto.

**STC:** Al hilo de eso, la sanidad pública ya ha puesto ciertas normas respecto al psicoanálisis y la hipnosis.

**FJL:** Yo creo que el decreto es algo raro, porque se ha prohibido el psicoanálisis y no el tratamiento psicoanalítico,

y es curioso, hubiera sido correcto decir: trabamientos largos, etc. Pero yo creo que nuestros gobernantes a lo mejor no son los más listos del mundo, pero no son necesariamente tontos todos y hay una cosa que es evidente: y es que la sanidad española no puede pagar determinados costos. Y eso es un reto muy importante para nosotros como psicólogos: si ofrecemos unas técnicas maravillosas pero que cuestan mucho y no hay quien las pague, no vamos a ningún lado. Nos estamos metiendo realmente en la sociedad porque tenemos soluciones eficaces, breves y más económicas que otras soluciones alternativas. Si además de eso son científicamente buenas, pues mejor. Pero yo creo que son mucho más determinantes que la eficacia en la implantación del psicólogo clínico, aspectos de tipo económico, de tipo político y un tercer aspecto que creo que es fundamental: publicidad. Que alguien sepa qué hacemos, qué sabemos hacer y que lo sabemos hacer con mucha eficacia y con mucha rapidez.

**STC:** Es decir, que tendríamos que vendernos más a nivel profesional y clínico.

**FJL:** Eso es fundamental. Hay que cambiar la imagen de que cuando una persona tiene un problema tiene que ir al médico de cabecera o al psiquiatra. Y no van a otro porque no se les ocurre, hasta que de repente, han visto un programa de TV sobre sexo o lo que sea y ahora le parece más normal ir al psicólogo y acuden por ese problema. Después será por otros si saben que también puede tratar otros problemas. Yo creo que eso es importante.

**STC:** En estos tiempos de eclecticismo, integración y constructivismo, ¿qué fue de aquello del análisis funcional?

**FJL:** Esto del eclecticismo (me refiero exclusivamente en el ámbito clínico) es muy «sui generis». A unas personas les interesa ser eclécticos y a otras no les interesa. Por ejemplo: toda persona que trabaja en Psicología Clínica sea de la orientación que sea -siempre que tenga dos dedos de frente, claro- siempre tendrá un manual de técnicas de modificación de conducta. ¿Por qué?, porque existe eso, entonces a un psicólogo que no sea terapeuta de conducta le será muy importante ser ecléctico para poder disponer de un manual de estos y utilizarlo. Pero a mí que soy terapeuta de conducta, ¿para qué me sirve ser ecléctico?, ¿dónde encuentro yo un manual de técnicas de no-se-qué, que me sea útil, y técnicas que estén demostrado que funcionan?. Por eso yo creo que lo de ser ecléctico depende de para quién puede ser interesante o no. Para algunas personas es una razón de supervivencia: o es ecléctico o no va a ningún lado. Mientras que para otros, no pasa de ser un divertimento escasamente atractivo.

Yo tengo muy claro que el análisis conductual - como orientación teórica, no necesariamente como práctica clínica - ha supuesto un avance que es determinante, por una cosa: porque puede autocorregirse. Puede hacer cosas mejores o peores, pero se autocorriga, se somete a prueba científica y puede determinar hasta qué punto está haciéndolo bien o mal. Es verdad que muchas de las técnicas que utilizamos no se basan en absoluto en teorías contrastadas. Son totalmente empíricas. Pueden ser mejores o peores, incluso a veces producto de una noche de insomnio, pero si se comprueba que dan resultado se procede a su utilización. ¿Para qué quiero ser ecléctico?, ¿qué me pueden aportar otras

vertientes?, «finas intuiciones clínicas». Eso lo tenemos todos.

**STC:** *Serían las condiciones básicas de cualquier terapeuta.*

**FJL:** Se dice que «hay que manejar la transferencia». Lo veo una tontería. Lo llamemos como lo llamemos, pero una cosa tenemos claro: la Psicología Clínica, que yo sepa, no es sólo una ciencia, es una cosa a medio camino entre la ciencia y el arte. Está claro que tienes que manejar al paciente. El profesor Pelechano me decía hace un momento: «Lo peor que te puede pasar haciendo clínica es que te toque un paciente más listo que tú. Entonces ya la has fastidiado». No estoy completamente seguro de que esto sea cierto, pero sí es verdad que de alguna forma, con independencia de las técnicas y del problema que veas, tienes que hacerte con el paciente, llámalo transferencia o llámalo como quieras. Pero hay que analizar variables concretas. Decir que es importante analizar la transferencia es algo que sabemos todos, luego dígame usted qué es importante de la transferencia: que dé la mano, que no dé la mano, que diga buenos días o no, que mire a los ojos o no, etc. Eso son variables concretas. Investigue eso.

Por eso yo no tengo mucho interés en ser ecléctico. Lo mismo podemos decir de otras orientaciones de corte más cognitivo: «lo importante sería el análisis transferencial del sujeto», eso sería como «la gran esperanza blanca», falta mucho tiempo para que demuestren su valor, si es que lo tiene.

Hay un problema con muchos aspectos del cognitivismo, y no quiero meterme dentro de un núcleo reduccionista conductual, pero el cognitivismo dentro de la modificación de conducta ha creado un sistema que no tiene nada

que ver con la psicología cognitiva científica. Las terapias de Beck, Ellis, funcionan bien, es verdad, se ha comprobado. Son intuiciones muy interesantes, pero en realidad desarrollan un sistema que no tiene nada que ver con la psicología cognitiva. ¿Donde se memoriza, cómo se procesa la información, etc?. Se han creado su sistema cognitivo y han desarrollado unas técnicas, pero esto no tiene nada que ver con la psicología cognitiva científica ni con la modificación de conducta.

**STC:** *Hablemos del tema de la formación. Tú eres director del Master de Modificación de Conducta de la Universidad Complutense y participas en otros programas de postgrado como el de la UNED. Desde tu punto de vista, ¿cuáles serían los puntos débiles y fuertes de la formación del psicólogo clínico en España?, ¿qué opinas del sistema PIR?*

**FJL:** En la Universidad, entiendo que la formación es relativamente deficitaria y ello por múltiples razones. No sé cuántos alumnos hay en la Universidad de Valencia, pero nosotros en el Departamento de Psicología Clínica tenemos unos 600 o así por curso. Es imposible hacer con 600 personas una práctica que sea real. En el máster que habéis citado tenemos 35 alumnos de promedio por curso, esto es diferente. Estos alumnos, a lo largo del año han visto un montón de casos clínicos, han llevado casos, han estado en instituciones, etc. Eso es otra historia. Yo cada 15 días reviso los casos con un número reducido de alumnos, unos 6 ó 7 durante 4 horas. Eso me parece bien, puedo enseñarles y aprender con ellos día a día.

Respecto al sistema PIR, mi información es muy sesgada porque tengo muy poco conocimiento y no debería

arriesgarme mucho a decir cosas. Lo que yo he oído son quejas por parte de algunas personas que están dentro del sistema PIR respecto a la disparidad de profesionales con los que tienen que trabajar y también que realmente no hay un núcleo concreto de qué es exactamente lo que debe saber un psicólogo, quién debe enseñárselo, cómo y dónde debe enseñarse, etc. De forma que algunas veces, nosotros nos cuestionamos (nosotros, los que estamos trabajando en el Master de la Complutense, que además, vamos a llamar a partir de ahora Master en Psicología clínica y de la Salud, porque es más real como descripción de lo que hacemos) hasta qué punto estamos haciendo, o los alumnos nos están llevando en esa dirección, lo que podría ser un PIR: una gran formación teórica, y luego una gran cantidad de casos prácticos en una gran variedad de ámbitos: casos individuales en la unidad clínica, trabajo en servicios sociales, centros de salud, hospitales, etc. Yo creo que eso debería ser realmente el PIR. Yo no sé las limitaciones, los recursos y las dificultades que tienen las personas que están organizando el PIR. Sólo digo que he oído ese tipo de quejas. Por otro lado, la realidad es muy compleja y si yo me tuviese que enfrentar con ese tipo de temas, probablemente temblaría o no lo haría directamente. Porque yo tengo muy claro lo que es un psicólogo clínico. Pero probablemente habrá unas 1000 ó 2000 personas en España que tengan muy claro lo que es un psicólogo clínico y sea una idea muy distinta a la mía, y que los alumnos que vienen a formarse también sean muy distintos. Entonces, no estamos quizá en condiciones de asimilar lo que es una definición profesional como la que tiene, por ejemplo, un cardiólogo. Aquí

probablemente haya bastante más acuerdo entre profesionales. Entre nosotros hay bastante menos acuerdo respecto a tendencias, directrices, posibilidades de acción, etc. Lo veo complejo y complicado, no obstante, lo hay, y hace unos años no lo habla. Yo creo que eso es un gran paso.

**STC:** *Actualmente coexisten gran cantidad de psicoterapias que parecen tener, en mayor o menor medida, cierta utilidad clínica. Muchos psicólogos opinan que la coexistencia de esos distintos enfoques es algo enriquecedor y muestra de una «sana diversidad». ¿Qué opinas al respecto? y ¿qué podrías decirnos acerca de la eficacia comparativa de las diversas orientaciones de terapia?*

**FJL:** Bueno, ahí ha habido de todo. Mi opinión es un poco como lo que decía aquel sobre las religiones: «no creo en las verdaderas, como para creer en las otras». Es decir, que mientras las psicoterapias sean «escuelas» similares a las religiones, donde lo importante sea la creencia en las doctrinas del líder o del creador, y pocas cosas más, eso no va a ningún lado. Yo creo que eso no es enriquecedor en absoluto. Si hay que trabajar profesionalmente, hay que funcionar también profesionalmente. Entonces, la única forma en que entiendo yo que hay que trabajar profesionalmente es con establecimiento de hipótesis, comprobación de hipótesis y reciclado de forma constante. Mientras haya supuestas orientaciones terapéuticas -yo creo que no son tales- que sus hipótesis no puedan establecerse, sus asertos tampoco pueden describirse y «todo valga», yo creo que eso no va a ningún lado. Creo que eso no enriquece a nadie. Probablemente sólo a los que lo practican, si no, no lo practicarían, pero creo que no es la mejor

solución. Lo mismo digo respecto a la idea de integración. Depende de con quién nos vamos a integrar. Yo me puedo integrar con alguien que de repente tiene un escalofrío y empieza a generar ideas, o me puedo integrar con una persona que tiene conocimientos, por ejemplo de biología, que yo no tengo y me pueden ser importantes. Eso sí. Nos vamos a integrar con una serie de profesionales que sigan los mismos requisitos que los psicólogos clínicos experimentales intentamos seguir, que son: comprobación experimental de los hechos, de las técnicas, de la actuación que estamos llevando a cabo.

**STC:** *Hay psicólogos que en lugar de integración hablan de eclecticismo técnico, es decir, de «usar lo que funciona». Opinan que si una técnica se ha mostrado efectiva, estaría justificado su uso independientemente del modelo teórico del que proceda. Esta es la postura que ha mantenido y mantiene un terapeuta de conducta como A.A. Lazarus.*

**FJL:** Dicho así, parece muy interesante, y yo creo que la historia de la modificación de conducta recoge un poco eso. Por ejemplo, en modificación de conducta se habla de la terapia de Beck, y esta sería una clara terapia de estas características. Se ha demostrado que funciona; no está claro por qué. De las 15 ó 20 técnicas que utiliza la terapia de Beck algunas deben ser eficaces y otras menos. Pero en conjunto parece que funciona, y funciona bien en determinados casos, y se ha demostrado que funciona mejor que otras cosas. Muy bien, úsese. Pero, ¿qué apoyo teórico tiene la terapia de Beck en los modelos de análisis conductual o de terapia de conducta inicial?, ninguno.

La intención paradójica: eso no tiene nada que ver con la psicología conduc-

tual en absoluto, pero se ha mostrado eficaz en algunos casos. Muy bien, úsese. Yo creo que eso está bien. Pero para ello se requieren una serie de cosas: primero un conjunto de técnicas que se especifiquen con precisión en forma de un manual que explique cómo han de ponerse en práctica, y segundo: poner a prueba esto. Alguien puede decir: «es muy importante conectar con el paciente». Habría que hacer una investigación sobre esto. ¿Qué quiere decir «conectar», «paciente», «es importante»? Esto es una indefinición de términos, pero es verdad.

A mí me gustaría mucho, y a mucha gente, que la psicología clínica fuera una disciplina científica y exclusivamente científica. Pero, como comentaba antes, estamos a medio camino entre arte y ciencia. Muchas cosas no las hemos aislado.

**STC:** *Sería importante aislar los factores o componentes que hacen que una determinada técnica sea efectiva.*

**FJL:** Claro. Pero cuando te llega una persona con un problema nuevo, o con un problema viejo pero no resuelto, no le puedes decir: «espere usted a que aisle los componentes», tienes que solucionarle el problema. Lo importante es que una vez te haya dado resultado, lo hayas hecho con una sistemática tal que te permita hacer generalizaciones para la siguiente. De ahí la importancia de los diseños  $N=1$ , pero claro, según qué tipo de orientaciones, el diseño experimental les suena no ya a chino, sino a algo terrorífico. Entonces ahí hay más dificultad, porque al final no sabes si la has curado por lo que has hecho, por lo que has dejado de hacer, porque tenía un amigo no-se-donde o porque se le ha aparecido no-se-quién. Es importante que esto se sepa.

A mí me parece útil esta idea del eclecticismo técnico. Además, que esto es la propia historia de la modificación de conducta. En los años 70 y 80 se intentaba forzar que todas las técnicas entraran dentro del paradigma del aprendizaje, y además del aprendizaje animal. Hoy en día, no se le ocurre a nadie eso. Y si se le ocurre, evidentemente es que está ya un poco pasado de vueltas.

Muchas de las cosas que hacemos, las hacemos simplemente porque se ha constatado que son eficaces. Incluso otras cosas, como el condicionamiento encubierto de Cautela, la relación que tiene la práctica con la teoría creo que es ninguna. Realmente eso funciona en algunos casos, pero no por lo que dice Cautela necesariamente, sino más bien «a pesar de». Y lo de que el modelado imaginario siga el condicionamiento operante, bueno, habría que verlo.

Es verdad que determinadas teorías han sido muy capaces de generar procedimientos variados para luego someterlos a prueba, han sido muy fecundas en ese sentido. Pero lo importante es que la práctica utilizada, la técnica o la forma de proceder desarrollada, se demuestre que realmente funciona y que funciona por esto o por lo otro.

**STC:** *La prescripción de fármacos es actualmente competencia de los profesionales de la medicina. En tu opinión, ¿hasta qué punto un psicólogo clínico podría compartir esta facultad, dado que muchos médicos ejercen como psicoterapeutas y hacen terapia de conducta?*

**FJL:** No es mi opinión, en EE.UU. ya funciona así, el psicólogo es capaz de manejar una serie de fármacos determinados. Ahora bien, yo creo que las limitaciones que hay en parte a que

usemos fármacos proceden de nuestra propia formación, y la formación que tenemos en farmacología y farmacoterapia es relativamente escasa. Sería conveniente que la desarrollásemos un poco más. En la mayoría de planes de estudios, por ejemplo, el de la Complutense (no lo pongo como modelo, sino como plan de estudios que conozco) incluye asignaturas con estas características. Los masters que yo conozco de especialización en terapia y modificación de conducta incluyen también ese apartado. Nosotros, cuando estamos viendo a pacientes, es verdad que lo utilizamos. En algunos casos tú tienes que discriminar si el problema del sujeto es un problema per se, un problema mitigado por un fármaco o un problema producido por un fármaco. Incluso en algunos momentos, está claro que el fármaco puede ayudar a comenzar algún tipo de entrenamiento, y que luego debe irse reduciendo el fármaco, pues lo que interesa es que el paciente funcione en condiciones normales. Lo que no puedes hacer es arriesgarte a hacer discontinuaciones de fármacos que machaquen al sujeto completamente. Entonces, ¿cómo puedes llevar a cabo este tipo de discontinuación? Probablemente, la labor del psicólogo es casi siempre mucho más precisa y meticulosa que la del psiquiatra o del médico de cabecera, aunque sólo sea por la forma de funcionamiento y el tiempo que le dedica. Sería muy conveniente que el psicólogo, dado que está supervisando más directamente cómo está evolucionando el sujeto, tomará decisiones al respecto en algunos casos. No solamente para incorporar fármacos, sino también para desincorporar, que es lo que se está haciendo ahora en muchos casos.

A veces es un poco triste que, por la escasa preparación de algunos psicólogos en este campo, haya auténticas barbaridades. Por ejemplo, la oposición constante al uso de fármacos. Ahora mismo estamos viendo a una paciente en el Máster con unos problemas realmente brutales. Nuestro objetivo primero y fundamental es que tome el tratamiento farmacológico que tiene recomendado, que a mí me parece que es tal vez excesivamente potente, pero desde luego, es imposible trabajar con ella en condiciones normales si no lo hace. Una vez esté eso, podemos trabajar con ella habilidades sociales, manejo de situaciones, etc. Pero de momento, no puede ser si no se controlan esas subidas y bajadas de tono emocional y activación.

**STC:** *Haciendo un pequeño avance en el futuro, ¿te atreverías a hacer algún pronóstico de cómo va a funcionar la psicología en España?*

**FJL:** Yo me atrevo a casi todo, y esta puede ser una de esas cosas. Yo creo que tiene un gran futuro, pero no es que lo tenga, sino que tiene un gran presente ya. Realmente hay mucha demanda institucional y particular. Y la tiene porque los psicólogos estamos demostrando que valemos para hacer cosas. Algunos más y otros menos, eso quizá es la lacra de nuestra profesión, que no es unitaria, pero cualquier profesión que empieza puede estar un poco así. Afortunadamente, esto es una labor del C.O.P., que creo que lo está llevando a cabo bien. Primeramente ya recortó el intrusismo, y ahora está delimitando mucho los campos. La creación, hace poco, del documento del perfil del psicólogo, es modélica. En Europa no hay nada de esto. Ha sido España el primer país donde ha aparecido un documento sobre qué es el

psicólogo clínico, coordinado por una serie de profesionales de todos los campos: de la universidad, de la práctica cotidiana, de instituciones, etc. Yo creo que es realmente un futuro muy positivo, porque la preparación de los profesionales es cada vez bastante mejor, cada vez disponemos de mejores procedimientos de intervención, cada vez sabemos más sobre lo que estamos trabajando y cada vez disponemos de más recursos, no sólo personales sino sociales. Y no me reduciría sólo a la psicología clínica, que ahora casi nadie la utiliza como una cosa aislada. Se ha puesto de moda lo de "psicología clínica y de la salud", que yo creo que está bien, en el sentido de que nuestra intervención no es exclusivamente recuperar a alguien perdido, sino también mantener a alguien que está bien o mejorarlo. Es decir, es importante hacer mucho hincapié en aspectos de tipo preventivo, que el psicólogo clínico por definición no podría hacer.

---

**...los psicólogos  
estamos  
demostrando  
que valemos  
para hacer  
cosas...**

---

**STC:** *Una pregunta respecto a cuestiones de filosofía de la ciencia: en tu manual de 1993 aparece la frase de Skinner: "Un vago sentido de orden se aprecia a partir de la observación del comportamiento humano". Al hilo de ella y hablan-*

*do de la psicología en general, las explicaciones que ofrece acerca del comportamiento, ¿tienen un poder explicativo similar, o serían equiparables a las que ofrecen otras disciplinas científicas sobre sus respectivos objetos de estudio?*

**FJL:** Siempre nos miramos con las disciplinas consideradas como "ciencias duras" como la física, la química, la matemática, etc. Yo creo que el ámbito de estudio es diferente, los medios de estudio son diferentes y los resultados quizá también son diferentes. La evolución histórica ha sido muy distinta, porque durante muchas épocas, la humanidad, o por lo menos los "directores" de la humanidad —naciones, pueblos, etc.— han trabajado mucho en dominar el medio físico. Ha sido muy importante la química, la mecánica para conseguir mejores armas o mejor rendimiento de determinados tipos de cultivos, etc. Sin embargo, se ha dedicado muy poco a manejar o a entender las conductas humanas. Resulta curiosa una afirmación IV o V a. de JC, cuando vivía Aristóteles, él comentaba que una piedra, cuando la lanzas al cielo, volvía al suelo con una velocidad cada vez más acelerada porque la "alegría de volver a la tierra" la hacía volver más rápido. Eso nos parece una auténtica ridiculez, sin embargo, esa misma explicación la daba también para el comportamiento humano. Una persona se aproximaría a otra más rápidamente porque estaba feliz de verla, etc. Y eso ahora lo seguimos manteniendo como una explicación válida. El desequilibrio de veintitantos siglos en la explicación de un caso y del otro, en el caso de la física es brutal, porque la evolución ha sido extraordinaria, pero en el caso del comportamiento humano ha sido mínima. Porque, en primer lugar, no se ha distinguido bien si había que

trabajar sobre comportamiento o sobre mente. Cuando se empezaba a distinguir llega la explicación de Descartes, manteniendo la dicotomía para salvar el cuello, algo que ha hecho bastante daño a la ciencia europea, occidental. Por otro lado, el estamento religioso no ponía mucha pega a que la piedra se moviera con una fuerza interior, exterior o mediana, daba igual. Pero, con respecto a lo que se consideraba como su ámbito de acción: la persona y su perspectiva futura, era determinante. Eso no podía tocarlo nadie, y la iglesia, especialmente la iglesia católica ha sido fuerte y dura para controlar que eso no fuera así, si lo consideraba necesario incluso quemando a la gente que defendía ideas distintas a las suyas. Es lógico que el avance en este ámbito haya tenido un montón de problemas. ¿Y cómo nos encontramos ahora? Tampoco la física lo lleva muy bien, está el principio de indeterminación, etc. Pero probablemente, su realidad es más pequeña y tiene bastante mejores afirmaciones. A lo mejor el problema no es sólo que la realidad sea más sencilla, es decir, no entiendo yo que sea más sencillo poner un hombre en la luna que controlar el comportamiento de una persona. Es un problema de recursos, y los recursos que se han dedicado a cómo conseguir que un niño aprenda a leer no son los mismos que se han dedicado a conseguir poner un hombre en la luna, o a cómo desarrollar armas mortíferas. Aunque, salvando las distancias, gran parte de lo que ahora tenemos en educación e investigación procede del desarrollo bélico, la industria militar. No obstante, hemos avanzado bastante, no podemos decir que la psicología no sea una ciencia, y no tenga leyes del comportamiento establecidas, como las del

condicionamiento operante, la percepción, etc. Yo creo que tenemos mucho. Yo no sé si la física ha avanzado tanto como la psicología en este siglo. Creo que no, en absoluto.

---

**La creación,  
hace poco, del  
documento del  
perfil del  
psicólogo, es  
modélica.**

**En Europa no  
hay nada de  
esto.**

---

**STC:** *La mayoría de los terapeutas de conducta pensamos u opinamos que la respuesta cognitiva no escapa a las leyes del comportamiento en general. ¿Qué piensas al respecto? y ¿qué repercusiones crees que tiene a nivel teórico y clínico esta consideración especial que a veces se le otorga a la respuesta cognitiva?*

**FJL:** Iba a comentar algo de eso hoy, en la conferencia posterior; que es un poco lo siguiente: creo que ha pasado una cosa en la terapia de conducta, y es que primeramente se basó en la psicología del aprendizaje animal. Si a un animal lo instruyes para hacer tonterías, sólo hace tonterías, es decir, torcer a la derecha o a la izquierda. A par-

tir de ahí se han generado leyes, y esto se aplica a personas. Se intentó inicialmente mimetizar las investigaciones con personas a las de los animales, y es cuando se pone también a las personas a andar en un laberinto y a torcer a la derecha y a la izquierda. Pero cuando se les permite a las personas, y también a los animales, hacer cosas diferentes, es cuando empiezan a ser inteligentes.

Entonces, ¿qué es lo que ha pasado con la historia de la respuesta cognitiva?. Yo creo que el problema ha sido que, evidentemente, las explicaciones que daba la psicología del aprendizaje, especialmente del aprendizaje animal, para la variada gama de conductas humanas, era claro que eran insuficientes, se quedaban muy cortas (lo mismo se podía haber dicho para la propia conducta animal, pero nos queda menos próxima). Entonces, a partir de ahí había dos posibilidades: una era desarrollar la parte de lenguaje verbal o la parte de condicionamiento del segundo sistema de señales de Pavlov, en fin, cosas de este estilo. Y otra posibilidad era: «No vale nada de lo hecho hasta ahora, rompamos con todo y creemos cosas nuevas». Yo creo que hubiera sido más prudente o que es más prudente la primera actitud que la segunda:

Lo que hayamos conseguido está conseguido, avancemos algo más. Pero la segunda actitud: vamos a crear... y además tal como se ha creado; se ha creado de la nada, con intuiciones geniales. «De repente yo pienso que la gente piensa así». Bueno, y ¿usted cómo lo sabe?. «No, yo es que lo he pensado en una noche de insomnio». No me parece lo más interesante.

En un sentido, el desarrollo cognitivo me recuerda a veces el propio desa-

rollo psicoanalítico. De repente alguien tiene un problema fundamental: cómo tratar la histeria. Una vez que consigue un tratamiento que él considera eficaz (hay una cierta diferencia, porque él no lo somete a prueba), dice: «si el tratamiento de la histeria es así, la estructura de la persona histérica debe ser de esta forma». Esto es un salto categorial que no tiene sentido. Ha funcionado eficazmente no sé por qué, y la estructura puede ser otra, pero no contento con eso, y dado que «la estructura del ser humano histérico es así, el normal debe ser de esta otra forma», y «dado que el ser normal es así, la estructura de la sociedad debe ser...», es decir, toda una serie de saltos en el vacío.

Yo creo que a veces la terapia cognitiva ha funcionado un poco en esta dirección. De repente encuentro un procedimiento (que, es verdad, en muchos casos si ha estado sometido a investigación y se ha demostrado que era mejor que otras cosas), y a partir de ahí se genera cuál debe ser la mentalidad que ha producido ese tipo de comportamiento, la estructura cognitiva, etc. Eso no tiene porqué ser así, y no se ha demostrado. Por otro lado si ya había toda una serie de desarrollos cognitivos, se podían haber aprovechado. Es verdad que a lo mejor el procesamiento de la información, inicialmente, estudiaba cosas que eran poco atractivas, por ejemplo la capacidad de identificación de sílabas o palabras, etc. Pero hoy en día, el procesamiento de la información está desarrollando otro tipo de preguntas y de respuestas más interesantes. Por ejemplo, diferencias en el procesamiento de la información entre un sujeto con trastorno de pánico y un sujeto depresivo o entre un sujeto con trastornos fóbicos y un sujeto

depresivo o con otros trastornos emocionales. El sujeto depresivo muestra un sesgo en el tipo de recuerdo que tiene, mientras que el sujeto con trastorno de pánico o fobia no lo tiene. El sujeto depresivo puede recordar selectivamente eventos luctuosos, mientras que el sujeto con trastornos fóbicos o, en especial, con ataques de pánico, tiene una especial sensibilidad a determinados tipos de estímulos relacionados con su propia respuesta fisiológica, su propio organismo, mientras que el sujeto depresivo no tiene este tipo de consideración. Hoy en día, que muchas veces hay problemas con este tipo de diagnósticos, estas diferencias en el procesamiento de la información pueden ayudar a distinguir entre distintos problemas. Así mismo, por ejemplo, a la hora del tratamiento, se constata que cuando el tratamiento es eficaz cambia el sesgo perceptivo. Esto puede ser una buena información para establecer hasta qué punto un tratamiento está siendo eficaz o cambia la percepción exagerada de estas reacciones fisiológicas. Yo creo que esto tendría que recogerlo no ya la psicología cognitiva o la terapia cognitiva, sino la modificación o terapia de conducta como movimiento, que por otro lado, no entiendo que deba ser estrecha en el sentido que comentabais antes de que unas técnicas si y otras no porque tengan mejor origen o más pedigree, sino aquello que se ha mostrado eficaz.

Las técnicas cognitivas son interesantes, pero muchas veces el problema es de nombre. ¿Quién no utiliza procesos o procedimientos cognitivos cuando está trabajando con un paciente?. Todo el mundo está utilizando eso. Yo creo que el libro de Mahoney del 74 «Cognition and behavior modification» (3), que tanto revuelo armó, me pare-

ce algo obvio, una perogrullada. «No, no, pero a pesar de todo las personas piensan y tienen procesos cognitivos». Pues claro. Eso todo el mundo lo tenemos claro. Lo que hay que especificar es cómo funciona esto, y en consecuencia, cómo debemos actuar para modificarlo. Es decir, ponerle el cascabel al gato, que no se le habla puesto. Wolpe decía en una entrevista: Cuando le digo a un sujeto que se imagine algo en una desensibilización sistemática, ¿es que pienso que no puede imaginárselo?. Está claro que si. ¿Se vale de algo decir que imaginar es algo distinto?. No, entonces, ¿para qué?. Yo iría un poco en esta dirección.

**STC:** Muchas gracias, profesor Labrador, por este magnífico rato de conversación.

(1) MAYOR, J., LABRADOR, F.J.: *Manual de modificación de conducta*. Alhambra, (1984).

(2) LABRADOR, F.J., CRUZADO, J., MIÑOZ, M.: *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Pirámide (1993).

(3) MAHONEY, M.J.: *Cognición y modificación de conducta*. Trillas (1983)