

Desarrollos actuales de la terapia de conducta, o terapia cognitivo conductual: ¿evolución o revolución?

Las siglas TCC (terapia cognitivo conductual), o CBT (cognitive behavior therapy), en Inglés, son un referente de eficacia en ámbitos muy diversos de la salud. Así es reconocido no sólo por los psicólogos, sino por toda la comunidad científica: médicos de diversas especialidades y psiquiatras singularmente. Esto es debido al cúmulo de resultados que se sustentan en trabajos controlados con las convenientes garantías científicas. Así es habitual señalar que es el abordaje de elección en trastornos de gran relevancia e incidencia, como trastornos de ansiedad o depresión, así como en otros más indefinidos y complejos, como la fibromialgia. Además, la TCC no sólo se ha mostrado eficaz en el abordaje de los principales trastornos, sino que frecuentemente es más eficiente que los tratamientos alternativos farmacológicos, en razón de las limitaciones de éstos, así como de sus efectos secundarios agravados en ocasiones por la interacciones entre diversos fármacos.

¿Cómo mejorar la TCC?

Desde finales del siglo pasado a la actualidad se han producido notables aportaciones que pueden contribuir a mejorar la TCC. Aunque dichas aportaciones no han surgido de forma organizada, sí tienen elementos en común que ha hecho que a posteriori se las caracterice con la etiqueta de terapias de conducta de 3ª generación (Hayes y cols., 2006). Con independencia de lo acertado o no del término sí es cierto que se da una coincidencia entre ellas en su planteamiento, fundamentación, técnicas terapéuticas e, incluso, el tipo de trastornos o problemas para el que son aplicadas. Dichos acercamientos forman parte de la TCC, se sustentan en los fundamentos teóricos y empíricos de la TCC y, como es natural, tienen más afinidad con ciertos planteamientos teóricos y modos de hacer que con otros. Por ejemplo, se encuentran más cercanos al uso de técnicas conductuales, por ejemplo la exposición, que al de técnicas cognitivas, sin que esto suponga un rechazo a ellas.

Entre las diversas iniciativas que han retomado estas consideraciones y que pueden incluirse dentro de este grupo de las llamadas terapias de 3ª generación, están, entre las principales: la terapia de aceptación y compromiso (ACT, Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; y Wilson y Luciano, 2002), la activación conductual (Jacobson, 1994), la terapia cognitiva de la depresión basada en el mindfulness (Segal, Williams y Teasdale, 2001), la terapia de conducta dialéctica (Linehan, 1993), la psicoterapia analítico funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991), la terapia metacognitiva (Wells, 2000), el sistema de análisis cognitivo conductual de psicoterapia (McCulloch, 2000), la terapia conductual integrada de pareja (Chistensen y Jacobson, 2000), y la terapia breve relacional (Safran y Muran, 2000). Aún cuando el criterio para incluir unas u otras terapias dentro de este grupo es variable (ver Hayes y cols. 2006) compartirían en diversa medida muchos puntos. Cabe señalar que alguna de ellas, ACT, por ejemplo, se considera distinta de la terapia cognitivo conductual, reclamando un lugar propio fundamentado en la investigación básica: la teoría del marco relacional y el análisis funcional de la conducta gobernada por reglas (Hayes y cols. 1986). Sin embargo, este papel singular es cuestionado por quienes piensan que se trata de modificaciones sobre la terapia cognitivo conductual (Hofmann y Asmundson, 2008). Posiblemente se trate de un aspecto más terminológico y que pretende una cierta notoriedad y

diferenciación. Algo similar ya ocurrió con la terapia cognitiva en relación con la terapia de conducta. Algunos autores prefieren hablar de técnicas cognitivas, técnicas de reestructuración cognitiva, frente a terapia cognitiva. Naturalmente Beck, prefiere utilizar el término terapia cognitiva, si bien su planteamiento encaja correctamente en la terapia de conducta, tanto desde la perspectiva teórica, como desde la evaluación y el tratamiento.

Puntos fuertes y débiles de las nuevas aportaciones

Entre los puntos fuertes que se pueden señalar de estos nuevos enfoques, considerándolos conjuntamente, están los siguientes:

1. Se dirigen, preferentemente, a problemas graves y crónicos. Esto supone un cierto reconocimiento de que la terapia cognitivo conductual no está bien pertrechada para el abordaje de problemas graves y que estos recursos terapéuticos pueden contribuir a resolver estos posibles déficit. El que la terapia de conducta dialéctica fuera desarrollada para el tratamiento del suicidio y sea el tratamiento de elección para el trastorno de personalidad límite es un buen ejemplo de ello, como lo es también que la activación conductual se muestre especialmente eficaz cuando la depresión es grave, como se ha comentado en el apartado correspondiente. Ello puede deberse a que cuando un problema es grave o prácticamente irresoluble (crónico), aceptar esa condición y potenciar una postura de flexibilidad psicológica basada en la realidad puede ser el modo más apropiado para abordarlo.

2. La insistencia en los aspectos emocionales (sensoriales) frente a los racionales es también característico de estos enfoques. Esto plantea de forma clara dónde se ubica la principal fuente de psicopatología y que corresponde con los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Supone un adecuado contrapunto del exceso de referencias al procesamiento controlado, el lenguaje, la predominancia de lo simbólico y del razonamiento.

3. La potenciación de la importancia en la comunicación con el paciente y el establecimiento de una buena relación terapéutica sostenida en unas competentes habilidades terapéuticas. Las claves de la comunicación humana son de corte emocional y contextual, sólo si se entiende así la terapia está puede tener ocasión para celebrarse.

4. Tomar una postura más colaborativa, educativa que correctiva. Estas terapias no buscan decirle al paciente lo que tiene que hacer, sino que sea él quien descubra y decida a dónde desear ir. La imagen del psicólogo señalando al cliente sus pensamientos irracionales y diciéndole cómo tiene que pensar, decir o actuar, aun cuando fuera cierta en sus contenidos no es aceptable y no es extraño que sea el paciente el primero en no aceptarla.

5. Hay un interés destacado en la fundamentación teórica de las terapias, así como en conocer los motivos por los que son eficaces. La formulación del trastorno experiencial por evitación es un ejemplo de ello, aportando una referencia psicopatológica específica que puede ser además base de un amplio número de trastornos. El papel central de las emociones en todo este proceso supone un punto de partida y tronco común, tanto desde el punto de vista teórico como aplicado. Este acercamiento es además complementario con el desarrollo de teorías que dan valor a la interacción entre las emociones, el lenguaje y la conducta, caso de la teoría de marcos relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001) que forma parte de ACT.

6. El interés por el análisis individual, ideográfico, es rescatado también por estos nuevos

desarrollos terapéuticos. Las funciones de las conductas son únicas pues dependen de contextos específicos. Es una vieja tradición de la terapia de conducta la referencia al análisis funcional y el estudio de casos. Ciertamente el predominio de los estudios de grupo, con grupo de control mediante asignación aleatoria, es el estándar para obtener la necesaria calificación como tratamiento empíricamente validado, sin embargo deben ser compatibles con un abordaje plenamente justificado por los fundamentos de la terapia.

Entre los puntos débiles de estos acercamientos cabe señalar los siguientes:

1. La poca evidencia empírica de algunos de ellos. En efecto, el hecho de que sean relativamente recientes no ha permitido completar estudios que confirme su eficacia. Este no es el caso de la activación conductual para el tratamiento de la depresión, ni el de la terapia de conducta dialéctica para el tratamiento del trastorno de personalidad límite, sin embargo sí faltan estudios para confirmar o refutar la utilidad de otras terapias.

2. El que están formados por tratamientos multicomponente en los que resulta difícil aislar y estudiar de forma diferenciada dichos componentes. Incluyen, además, diversas técnicas de terapia de conducta, con lo que se dificulta conocer qué elementos resultan más eficaces. Este aspecto es resuelto en parte mediante los estudios de proceso, que identifican variables mediadoras que orientan sobre los factores responsables del éxito terapéutico.

3. La difusión. Ciertamente y aún cuando de la puesta en marcha de alguna de ellas han pasado más de 40 años, tienen una difusión limitada. Ello puede ser fruto de la resistencia al cambio de los propios terapeutas, junto con ciertos comportamientos irracionales, fruto de posturas extremas. Así hay autores y profesionales que sostienen que no hay nada de nuevo en estas terapias (ver la discusión planteada por Öst, 2008 y sus réplicas: Gaudiano, 2009 y Öst, 2009) y por tanto que no tiene sentido considerarlas, hay otros, por el contrario, que piensan que sólo con estas terapias pueden abordarse los problemas y sólo también si se siguen las indicaciones y la formación que se da por determinadas personas y lugares. En suma, de la negación al geto o la secta. Estas posturas extremas no están fundamentadas aunque configuran actitudes que requieren un abordaje más emocional que racional.

Una propuesta de integración

Entre los elementos característicos de la terapia de conducta en el momento actual es, como se ha señalado, la importancia de los aspectos emocionales. Gross y Thompson (2007) han propuesto un modelo de regulación emocional que señala el proceso a través del cual se produce una adecuada regulación emocional o, por el contrario, puede tener lugar disfunciones que den lugar a trastornos o problemas concretos que requieran de una intervención terapéutica. Este modelo encaja perfectamente con la propuesta de un programa de tratamiento unificado de Barlow (Barlow y cols., 2008) y es aplicable a los trastornos emocionales: trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y posiblemente a otros trastornos con un componente emocional destacado (Fairholme y cols., 2010). He aquí un esfuerzo de integración de los fundamentos psicológicos y psicopatológicos de los principales trastornos y cómo integrar los recursos terapéuticos: la TCC con las mejoras aportadas por los nuevos desarrollos terapéuticos objeto de esta reflexión.

Miguel A. Vallejo Pareja
Jefe de Redacción
Catedrático de Terapia Cognitivo Conductual de la UNED

Bibliografía

1. Barlow, D.H., Allen, L.B., Boisseau, C.L., Ehrenreich, J.T., Ellard, K.K., Farchione, T. (2008) Unified protocol of treatment of emotional disorders: modular version 2.0. Manuscrito no publicado, Universidad de Boston.
2. Christensen, A. y Jacobson, N.S. (2000) *Reconcilable differences*. Nueva York: Guilford Press.
3. Fairholme, C.P., Boisseau, C.L., Ellard, K.K., Ehrenreich, J.T. y Barlow, D.H. (2009) Emotions, emotion regulation, and psychological treatment. En A.M. Kring y D.M. Sloan (eds.): *Emotion regulation and psychopathology*. Nueva York: Guilford Press, págs. 283-309.
4. Gaudiano, B.A. (2009) Öst (2008) methodological comparison of clinical trials of acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy: matching apples with oranges? *Behavior Research and Therapy*, 47: 1066-1070.
5. Gross, J.J. y Thompson, R.A. (2007) Emotion regulation: conceptual foundations. En J.J. Gross (ed.): *Handbook of emotion regulation*. Nueva York: Guilford Press, págs. 3-24.
6. Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001) *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
7. Hayes, S.C., Brownstein, A.J., Haas, J.R. y Greenway, D.E. (1986) Instructions, multiple schedules, and extinction: Distinguishing rule-governed from schedule controlled behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 46: 137-147.
8. Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006) Acceptance and commitment therapy: Model, process and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44: 1-25.
9. Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999) *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
10. Hofmann, S.G. y Asmundson, G.J.G. (2008) Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat. *Clinical Psychology Review*, 28: 1-16.
11. Öst, L.-G. (2009) Inventing the wheel once more or learning from the history of psychotherapy research methodology: reply to Gaudiano's comments on Öst's (2008) review. *Behavior Research and Therapy*, 47: 1071-1073.
12. Jacobson, N.S. (1994) Contextualism is dead: Long live contextualism. *Family Process*, 33: 97-100.
13. Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991) *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum Press. Traducción española en el servicio de publicaciones de la Universidad de Málaga, 2007.
14. Linehan, M.M. (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
15. McCullough, J.P. (2000) *Treatment of chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
16. Öst, L.-G. (2008) Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 46: 296-321.
17. Öst, L.-G. (2009) Inventing the wheel once more or learning from the history of psychotherapy research methodology: reply to Gaudiano's comments on Öst's (2008) review. *Behavior Research and Therapy*, 47: 1071-1073.
18. Safran, J.D. y Muran, J.C. (2000) *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Nueva York: Guilford Press.
19. Segal, Z.V., Williams, D. y Teasdale, J.D. (2001) *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press. Traducción española en Descleé de Brouer, 2006.
20. Wells, A. (2000) *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
21. Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002) *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.