

Revisión teórica

Revisión de la situación actual de la Terapia Cognitivo Conductual

Review of the current status of cognitive behavioral therapy

Nicolás Alejandro Hernández Lira^{1*}

Resumen

La terapia Cognitivo Conductual (o el termino genérico que se utiliza para denominar a las intervenciones que comparten los principios del procesamiento de información como uno de los orígenes de la psicopatología y que utilizan intervenciones tanto cognitivas, como conductuales y emocionales para el control de lo síntomas), constantemente esta evolucionando y comprobando su efectividad en el tratamiento de distintos trastornos mentales; pero en donde vamos hasta el momento?, la evolución o la mejora va respetando los principios epistemológicos originales de cientificidad?, o solo se trata de posibles avances que plantean algunos sin el rigor científico con el que se ha caracterizado el enfoque?

El presente artículo pretende desarrollar el estado actual de la terapia Cognitivo Conductual iniciando con sus orígenes y terminando con lo que se ha empezado a llamar “Terapia de Tercera Generación”, terminando con un análisis de estas, para intentar concluir si en verdad que el primer enfoque se ha quedado atrás ante la propuesta de nuevos procedimientos de intervención.

Palabras claves: Cognitivo conductual, Terapia, Actualidad, Tercera generación, Ellis, Beck.

Abstract

Cognitive behavioral therapy (or the generic term used to refer to interventions that share the principles of information processing as one of the origins of psychopathology and interventions using both cognitive and behavioral and emotional control what symptoms), is constantly evolving and proving its effectiveness in the treatment of various mental disorders, but where we are going so far?, development or improvement will respect the principles of scientific epistemological original?, or just about any advances posed some without the scientific rigor that has characterized the approach?

This article aims to develop the current status of cognitive behavioral therapy starting with its origins and ending with what has begun to call "Third Generation Therapy", ending with a discussion of these, to try to conclude if indeed that the first approach has been left behind at the proposal of new interventional procedures.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Currently third generation, Ellis, Beck.

Recibido: 21/11/2012 – Aceptado: 03/01/2013 – Publicado: 21/02/2013

* Correspondencia: direccion@incosame.com.mx

¹ Ciudad Obregón Sonora México. Institución de procedencia: Instituto Tecnológico De Sonora.

A diferencia de otras corrientes psicoterapéuticas, la Terapia Cognitivo Conductual no tiene un solo representante aunque se reconoce a Beck (1962), y Ellis (1962), como los que lograron organizar el planteamiento que ya se venía gestando y que surgió de 2 principales planteamientos y por 2 circunstancias importantes.

Uno de los planteamientos fue el psicoanálisis y su gran aportación del concepto del inconsciente (entendido como aquél pensamiento o estructura que puede determinar o influir en la conducta o la emoción).

El segundo planteamiento teórico fue el conductismo, que se originó en oposición al primero para compensar la falta de cientificidad en cuanto a método científico se refiere (cuestiones medibles y observables, además de repetibles), pero cayendo en un radicalismo necesario pero poco duradero al no lograr remediar varios problemas mentales de la época, y al dejar de lado totalmente la cuestión de los frutos del pensamiento como el lenguaje o las emociones.

A partir de este momento y a finales de los cincuenta, la psicología en general recibió tres grandes influencias, las cuales permitieron el surgimiento de modelos que consideraban ya el pensamiento como eje principal del cambio: la computadora; este aparato y todo lo que represento en su momento como innovación, permitió a través de analogías con nuestro cerebro darnos cuenta de que somos procesadores de información, pero con la diferencia de que somos “activos”; esto es, agregamos, modificamos, perdemos, seleccionamos, etc; la información que nos rodea de manera que diseñamos a la medida de nuestras creencias o posibilidades el archivo de información que hemos de utilizar posteriormente para resolver los problemas de la vida cotidiana (Pérez – Alvarez, 2006).

La segunda influencia que recibió la psicología, fue una aportación de la lingüística, que postula la existencia de estructuras ocultas en los significados del lenguaje y de ahí que la comprensión difiere o puede tener más de un sentido la forma en que nos comunicamos (Hernández y Sánchez, 2007).

La tercera influencia es brindada por Jean Piaget (2008), que investigó sobre el desarrollo de las estructuras y los procesos de aprendizaje que permiten evolucionar y crecer al ser humano.

Retomando estas tres influencias surgió la llamada “Psicología cognitiva”, en donde se empieza a retomar la importancia de los procesos de pensamiento del individuo, pero con la diferencia de la utilización del método científico en cuanto a observable, medible y repetible, y contraponiéndose a una parte del conductismo y del mismo psicoanálisis al darle importancia al individuo como un ser activo, no dominado por un impulso o un estímulo, sino más bien como alguien capaz de influir en su propia realidad y transformarla de cierta manera a voluntad (Hernández y Sánchez, 2007).

Esto tal vez pueda parecer que desde hace tiempo se ha planteado e inclusive no solamente en nuestra cultura, pero la diferencia fue que se logró sistematizar metodológicamente estos principios filosóficos y teóricos hasta convertirlos en un tratamiento aplicable a la mayoría de los trastornos mentales con resultados repetible y verificables.

Aquí surgieron tres escuelas con planteamientos que no profundizaremos aquí pero que nombraremos: clase, neoclásica y cognitivo-conductual.

Zumaya (1993), aclara que las tres entienden cognición a todo lo referido al producto del pensamiento, o sea; a los acontecimientos verbales, el estudio sobre la generación del pensamiento, su desarrollo, contenido, interconexiones y su efecto en el exterior o medio ambiente del sujeto o personas que le rodean.

La escuela clásica retoma al constructivismo radical, retomando al mismo tiempo la propuesta cibernética del procesamiento de la información el cerebro, no ocupándose de la cuestión biológica y asumiendo una dependencia causal entre los procesos mentales y lo orgánico.

Esta escuela propone que la persona va construyendo su propia realidad a partir de una base social, educativa, etc; limitando todo esto sólo por la cuestión biológica.

La psicopatología desde esta perspectiva aparece cuando el resultante de mis constructos no me resuelve los problemas en la vida cotidiana e inclusive me provocan más.

La Escuela neoclásica, que también se apoya en la teoría cibernética, pero propone que toda información es transformada por el individuo constantemente, aun cuando ya ha sido asimilada, por lo que el proceso es más complejo desde el inicio hasta el resultante, pues intervienen procesos pequeños dentro de otro más general (Hernández y Sánchez, 2007).

El enfoque cognitivo conductual viene a retomar los dos anteriores, pues plantea que la realidad la crea la persona a partir de su individualidad percepción de los estímulos que alcanza o desea percibir y que la recepción, acomodo, procesamiento y utilización de toda la información, está siempre mediada por patrones que el individuo ha desarrollado a lo largo de la vida y que son independientes de las situaciones del exterior, las cuales pueden influir pero no determinar la respuesta final (Caro, 1997).

Su planteamiento psicopatológico menciona que la forma en cómo percibimos o interpretamos el medio, puede ser generadora de una mal adaptación o de estrés, lo que puede llevar a generar toda especie de malestares o empeorar ya síntomas preexistentes, utilizándose la cognición como principal herramienta para modificar conductas, otros pensamientos y emociones que no están permitiendo resolver problemas del medio (Beck y col. 2005, y Riso, 2006).

A partir de este último planteamiento se van desarrollando lo que hoy se conoce como “terapias cognitivo-conductuales”, las cuales como en toda teoría psicológica, la conforman distintos planteamientos que tiene lineamientos en común, principalmente en una posición epistemológica funcional estricta que es el interés de cómo las personas estructuran su forma de pensar y a su vez como esto determinará la emoción, la conducta y otros pensamientos.

En 1998, un comité creado al efecto de la División 12 de la Asociación Americana de Psicología, la sección de la APA dedicada a la Psicología Clínica, estableció unos criterios para evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos mentales. Estos criterios permiten hablar de una terapia eficaz para un trastorno específico en la medida que su eficacia venga avalada empíricamente por los resultados de al menos 2 estudios experimentales intergrupos o de 10 estudios experimentales de caso único que demuestren que dicha terapia es superior a un tratamiento farmacológico, a un placebo psicológico o a otro tratamiento psicológico alternativo, o bien, que es equivalente a un tratamiento bien establecido. Los experimentos se deben haber realizado con un diseño adecuado, utilizando manuales de tratamiento y sobre muestras de pacientes cuyas características hayan sido claramente especificadas. Además, al menos dos grupos de investigación han tenido que haber demostrado los efectos positivos del tratamiento de manera independiente (Riso, 2006).

Teniendo en cuenta estos criterios, el comité de la División 12 de la APA creó una lista de tratamientos psicológicos cuya eficacia estaba avalada empíricamente para ciertos trastornos específicos. Esta lista incluía 67 tratamientos para 33 trastornos distintos, y el 85% de dichos tratamientos pertenecían a la perspectiva cognitivo-conductual. Así, por ejemplo, para los trastornos de ansiedad, todos los tratamientos listados eran cognitivo-conductuales, incluyendo las clásicas terapias de exposición o de desensibilización sistemática y los programas

multicomponentes denominados genéricamente terapias cognitivo-conductuales y que suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento, y de exposición. Respecto a los trastornos de abuso y dependencia de sustancias y a la esquizofrenia, las psicoterapias cognitivo-conductuales son las que mayoritariamente parecen tener apoyo empírico basados en investigaciones (Beck, 2000).

Riso (2006), retomando a otros autores (Beck, 2000), realiza un análisis de los principios principales de las Terapias Cognitivo (y Conductuales), los cuales mencionaremos brevemente:

Principio 1: conceptualiza de manera cognitiva (pensamientos o estructuración de pensamientos), al paciente y sus problemas, o sea: se interesa sobre la forma en cómo el paciente retoma unos estímulos y otros los deja, cómo los procesa, por qué los procesa de esa manera y cómo llega a conclusiones, pero sobre todo cómo puede pensar diferente para obtener resultados distintos, por lo que la intervención irá dirigida en ese sentido.

Principio 2: Se enfatiza continuamente en todas las sesiones una participación activa del paciente en todo el proceso psicoterapéutico de manera que se logre diseñar el procedimiento más adecuado para cada paciente a partir de su involucramiento en el diseño del mismo, aclarándose desde un inicio que la solución no se encuentra solamente en manos del terapeuta, más aún, los dos tienen que encontrarla o construirla, y que el continuo análisis de la forma de pensar del propio paciente, así como la realización de los ejercicios (tareas), sea la forma de participación del paciente.

Principio 3: Se plantean objetivos muy concretos, específicos y medibles, lo cual ayuda al terapeuta y paciente a trazar un plan que permite tener señales continuas de avance a través del cumplimiento de las metas que se hayan planteado desde el inicio y que lógicamente se pueden ir modificando conforme avanza el tratamiento.

Principio 4: La terapia Cognitivo-Conductual educa al paciente en todo lo que implica el planteamiento: esto es, el paciente termina siendo su propio terapeuta experto en la aplicación del enfoque en su propia vida, por lo que no solamente se le enseña al paciente sobre su propio padecimiento sino también bases, técnicas y procedimientos de la terapia, inclusive se plantea que el paciente debe de tomar la conducción de su propio proceso en las sesiones finales sólo con la guía del terapeuta, lo que le permitirá aplicar estos conocimientos en problemas futuros.

Principio 5: Se pone principalmente atención al presente de la persona, su forma de pensar, sentir y actuar sobre cierto acontecimiento sin descuidar la importancia del pasado pero sin ser determinado por él, más bien cómo forma de entender cómo se ha desarrollado el pensamiento del paciente a través de los años y porque no ha cambiado o cuando ha logrado cumplir objetivos y cómo lo ha hecho.

Principio 6: Todas las sesiones son estructuradas pero flexibles, dependiendo de las necesidades del paciente, no se improvisa, el tiempo se aprovecha al máximo para la resolución de los problemas del paciente, no se deja solamente que el paciente hable sino se interviene sobre preguntas y cuestionamientos intentando provocar la reflexión y el análisis.

Principio 7: Se utilizan varias técnicas cognitivas y conductuales para cambiar (o hacerla más adaptativa), la forma de pensar, de actuar y sentir del paciente, inclusive se pueden utilizar técnicas de otros planteamientos teóricos si se rescatan los principios fundamentales epistemológicos del origen de la psicopatología en cada uno de ellas, o sea; si se retoma en las técnicas el procesamiento de información del individuo (Riso, 2006 y Beck, 2000).

Y me permito agregar un principio.

Principio 8: En la intervención clínica el terapeuta cognitivo tiene la mentalidad de investigador, plantea hipótesis y las comprueba constantemente con cuestiones medibles y observables no solamente por él mismo o no solamente por el marco teórico que utiliza sino que también por el paciente y más allá de la misma confirmación que le da su planteamiento teórico, y así a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico.

Estos principios se aplican a las llamadas terapias cognitivo-conductuales y serán flexibles (respetando los principios teóricos-epistemológicos), dependiendo de la capacidad cognitiva del paciente, el contexto de las dificultades, motivación para la terapia, preferencias, etc; lo cual se irá regulando conforme vaya avanzando el proceso de psicoterapia, buscando la modificación cognitiva en la forma en cómo el individuo procesa su información.

Proceso y causa de la psicopatología

Parte de los postulados de la Terapia Cognitivo-Conductual es el procesamiento de la información, entonces el planteamiento psicopatológico se concibe a partir de cómo la persona piensa, cómo llega a conclusiones, a qué le brinda mayor importancia, o sea, a cómo estructura su pensamiento.

Si este procesamiento lleva a emociones, conductas o pensamientos que no están resolviendo las exigencias del medio y más al contrario están dificultando la obtención de metas presentes y futuras, entonces se considera que esta forma de estructurar el pensamiento es desadaptativa, poco útil y poco práctica, planteándose que hay un procesamiento inadecuado de información, lo que lleva a interpretar situaciones de manera poco adaptativa o a obtener conclusiones sesgadas, lo que también lleva a la persona a actuar soluciones parciales o inadecuadas (Caballo, 2008).

En un inicio la Terapia Cognitivo- Conductual privilegiaba la parte cognoscitiva del individuo como principal motor de cambio y generador de emociones, conductas y más pensamientos, en la actualidad se reconoce la retroalimentación constante entre estas entidades, pero aún se utiliza la cuestión cognitiva como principal generador de cambio continuándose hasta la fecha, teniendo a la conducta como principal indicador de cambio en tanto que es medible, verificable y observable.

Se prioriza una práctica psicoeducativa, tanto del trastorno como del proceso que ha llevado al paciente a donde se encuentra, haciendo participar de su propia realidad y de su propio cambio para que un futuro aplique la filosofía de vida y las técnicas del enfoque (Caballo, 2008).

El problema que puede desarrollar una psicopatología inicia cuando las estructuras más profundas de la persona (llámense esquemas, creencias nucleares, etc), las que le ayuden a interpretar la realidad y formar soluciones no logran ser flexibles para cambiar ante el contexto de la situación, por lo que se plantea que estas estructuras deben de ser flexibles e irse adaptando a lo largo de los años, encontrando nuevas soluciones.

Albert Ellis y Aarón Beck

Con estos principios se han desarrollado varias escuelas con aportaciones Cognitivo Conductuales, pero generalmente se reconoce a Albert Ellis (1975) y a Aarón Beck (1972), como los que iniciaron al conjuntar los planteamientos que se venían desarrollando planteando un marco teórico-metodológico más o menos unificado.

Ellis (1974), planteó que cuando un individuo experimenta conductas o emociones que no son adecuadas para el contexto o la situación (en el sentido de que nos evite problemas actuales y futuros acorde con mis metas o desarrollo), es debido a que su sistema de pensamientos tienen 4 características básicas:

1. Piensa que algo o alguien debería ser diferente o muy necesario de cómo es en realidad (con la condición de que la persona se aferra a ese pensamiento).
2. El objeto, o la persona o la situación, como no tiene las características que desea la persona, entonces se convierte en algo con características horribles.
3. Como objeto, la persona o la situación no es como la persona desea, entonces no es soportable.
4. Lo otro al ser todo lo anterior, merece reprobación, por lo que está justificado todo acto, pensamiento, emoción o actitud referente a la persona, objeto o situación.

Para Ellis un pensamiento irracional es todo aquél que conduce a consecuencias (emotivas, de pensamiento o conductas), disfuncionales, contraproducentes o destructivas y por ende interfieren en el desarrollo del individuo (Ellis, 1962).

Pero ¿cómo se conoce a una persona que tiene pensamientos irracionales?, por las siguientes características:

- a) Cree firmemente que su irracionalidad concuerda cabalmente con la realidad
- b) El grado de firmeza con la que se cree que se tiene razón toma grados de obsesión, lo que dificulta su análisis
- c) Esta irracionalidad interfiere en aspectos sociales e interpersonales a nivel íntimo
- d) No permite un trabajo o desarrollo productivo o que genere un avance para sí mismo o personas que le rodean.
- e) Interfiere el logro de metas en varias áreas de la vida del sujeto

Por esto la psicoterapia debe de ser dirigida a cambiar pautas de pensamiento irracional por pensamientos más adaptativos (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Ellis plantea un esquema A-B-C, donde:

A: Es el estímulo activador, este puede ser interno (pensamiento, sensación, etc), o externo (algún acontecimiento ajeno al individuo).

B: Es el sistema cognitivo del individuo (Creencias, filosofía de vida), que le permite interpretar A.

C: Consecuencias o reacción o resultante de B sobre A y puede ser emotivo, cognitivo o conductual.

Planteando entonces que C no es consecuencia de A sino que B determina, lo que permite al individuo trabajar sobre este sistema de creencias para obtener distintos resultados.

Ellis llama a su teoría “Terapia Racional Emotiva Conductual” (Lega, Caballo y Ellis, 1997), después de un largo proceso de modificación y mejoras.

Aarón Beck (1983), crea lo que llama “Terapia cognitiva” la cual originalmente fue creada para tratar depresión.

Él plantea que las personas con alguna psicopatología tienen pautas de pensamiento desadaptativas, centrándose también en el cambio de los pensamientos (y todo lo que conlleva esto), emociones y conductas disfuncionales.

Se centra como procedimiento a detectar “los pensamientos automáticos” poco adaptativos o poco lógicos y poco empíricos, que se presentan inmediatamente en una situación o acontecimiento interno o externo. Como estos pensamientos son inmediatos no se cuestionan, tratándolos el sujeto como verdad absoluta y al no comprobarlos generalmente llevan a un error.

Como parte del planteamiento teórico-metodológico del procesamiento de información, Beck menciona y clasifica errores comunes en este proceso llamándoles “distorsiones cognitivas” (Beck, 2000), las cuales le permiten al paciente darse cuenta de cómo acostumbra procesar los estímulos.

Para Beck los “Esquemas” son las estructuras cognitivas cimiento de toda la gama de pensamientos, lo cual nos hace interpretar el medio ambiente

El planteamiento de Beck en cuanto a estructura es: S-P.A.-R, donde:

S: Situación interna o externa

P. A: Pensamiento automático (que surge de las creencias y de los esquemas)

R: Resultante, que puede ser conductual, emocional, cognitivo o fisiológico

Terapia Cognitivo Conductual en la actualidad

Hayes (1999, 2004), nombró “de tercera generación” a una serie de terapias que iniciaron en la década de los noventa con una propuesta que a su criterio resultó “novedosa”, donde (de manera general), se propone que más allá de la conducta, el pensamiento o la emoción se debe de poner más atención al contexto del momento en que está viviendo la persona, intentando ser más sensible a las circunstancias de vida y a la función que está desarrollando el síntoma en la vida del sujeto.

Se considera que la primera generación nació con el conductismo (Pérez-Álvarez, 2012; Roda, 2012; y Vallejo, 2006), en un momento por mejorar las carencias del psicoanálisis, pero también con propias surge la segunda generación en la década de 1960 donde se considera al pensamiento como principal agente de cambio para la emoción y la conducta, aunque muy poco tiempo después se reconoce la interdependencia de estas tres entidades.

Sobresale la utilización del método científico para probar y demostrar la eficacia y eficiencia de este planteamiento.

Ya en 1990 surgen propuestas psicoterapéuticas que se autodenominaron de “tercera generación”, aunque para Vallejo (2007), este es un modo un tanto literario para llamarlas y aconseja hacerlo con prudencia, pues proponen algo que ya se venía realizando desde antes e inclusive plantean cuestiones de psicología clínica general, no resultando tan “nuevo” su planteamiento.

Inclusive algunos autores desconociendo lo mencionado por la División 12 de la Asociación Americana de Psicología, la sección de la APA dedicada a la Psicología Clínica, comentan que los mismos datos experimentales de las investigaciones en terapia Cognitivo Conductual consideran

que paradójicamente producen un efecto “rebote” de los síntomas (Moreno, 2012 y Barraca, 2009), lo cual lo desmienten los datos de los estudios de seguimiento y de meta análisis de investigaciones recientes (Kuipers, Garety, Fowler, Dunn, Bebbington, Freeman, Hadley, 1997).

Estas terapias de “tercera generación” proponen tomar en cuenta el contexto, ambiente y características del sujeto para conocer cómo se ha mantenido el síntoma y qué función tiene dentro de la vida de la persona que la padece y de quien le rodea, pues uno de los planteamientos metodológicos es no juzgar el síntoma, más bien “contemplantarlo”, aceptarlo sin prejuicio (Pérez-Álvarez, 2012; Roda, 2012), desarrollando en el paciente una aceptación del mismo como parte de su vida.

Se intenta cambiar la actitud analítica y crítica hacia el síntoma por un pensamiento más flexible y abierto sobre la enfermedad.

Entre las que se nombran terapias de tercera generación están: Terapia de Aceptación y Compromiso: ACT2 (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la Psicoterapia Analítico Funcional: FAP (Kohlenberg y Tsai, 1991), la Terapia de Activación Conductual: BA (Martell, Addis y Jacobson, 2001), la Terapia Integral de Pareja: IBCT (Jacobson y Christensen, 1996), la Terapia Conductual Dialéctica: DBT (Linehan, 1993), la Atención Plena o Mindfulness (Kabat- Zinn, 1990; Segal, Williams y Teasdale, 2002) y otras variantes de la terapia cognitivo-conductual (Moreno, 2012).

Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el cliente. La tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de las terapia cognitivas y conductuales y las conduce hacia cuestiones, asuntos y dominios previa y principalmente dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados».

Las terapias de tercera generación provienen de la tradición de la terapia cognitiva y del comportamiento pero estas nuevas terapias se diferencian con respecto a las anteriores generaciones de terapias de conducta en: a) abandonan el compromiso de utilizar exclusivamente cambios de primer-orden; b) adoptan asunciones de corte más contextualista; c) utilizan estrategias de cambio más experimentales por la persona en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio de primer-orden o directas y, d) amplían y modifican de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar (Hayes, 2004).

Este último punto resulta especialmente interesante. Estas nuevas terapias no se centran en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados (especialmente la cognición o el pensamiento) con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona. En lugar de esto, se focalizan en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (Hayes, 1999; Luciano, 2006). Otra de las diferencias con respecto a las terapias de la primera y segunda generación es la filosofía en las cuales estas nuevas terapias están basadas: son contextualistas en lugar de mecanicistas (Mañas, 2006). Esta filosofía contextualista está basada en una variedad de pragmatismo conocida como el contextualismo funcional (Biglan y Hayes, 1996). Las asunciones básicas de esta filosofía son: focalizarse en un evento de forma holística, es decir, como un todo; ser sensible al papel del contexto para la comprensión y análisis de la naturaleza y función de un evento; enfatizar el criterio de verdad pragmático y; especificar las metas u objetivos científicos los cuales son aplicados bajo dicho criterio de verdad pragmática (véase por ejemplo Hayes, 1993). En psicología, el contextualismo funcional ha sido

desarrollado explícitamente como una filosofía de la ciencia en este planteamiento (Gifford y Hayes, 1999; Hayes, 1993).

El planteamiento propone que se abandone la lucha contra los síntomas y en su lugar se dé una reorientación de la vida en el sujeto, solo observar los síntomas sin juzgarlos, buscando darles un nuevo sentido (Moreno, 2012). Se esperaran los resultados de estudios controlados y de seguimiento en padecimientos como la Esquizofrenia y en síntomas como la agresividad, pues plantea Hayes (2004), que al final los síntomas tienen que resultar obsoletos e irrelevantes en la vida de quien los padece y los sufre.

Menciona Vallejo (2007), que las terapias de tercera generación, usando este término con cierta prevención, no suponen un cambio revolucionario y radical sobre la terapia, sino una llamada de atención sobre aspectos ya existentes y, tal vez, poco o incorrectamente valorados. Que el comportamiento tiene una finalidad (función) que el individuo busca, es tan antiguo en la terapia de conducta, como lo son la importancia de los aspectos cognitivos, verbales y emocionales, desde el neoconductismo mediacional al análisis experimental de la conducta, pasando por las aportaciones ulteriores de las teorías del procesamiento de la información.

Lo que se enfatiza en la etiqueta "tercera generación" es, por resumir lo comentado, el comportamiento en sí mismo, en el contexto concreto en que se presenta. Sin deslumbrarse por él pues éste puede ser circunstancial, cosa que no sucederá probablemente con la finalidad de dicho comportamiento. Esto supone ampliar el objetivo de análisis y centrarse más en la variabilidad (valor de adaptación) que en la constancia de un determinado comportamiento. Adicionalmente, la importancia del comportamiento en sí pone en segundo lugar su interpretación. Interesa más el contexto presente y real, y el comportamiento concreto, que el imaginario o simbólico.

Moreno (2012) menciona que hace falta mucha investigación metodológicamente correcta, pues las investigaciones que sustentan estos planteamientos no pueden pasar con éxito un meta análisis metodológico e inclusive se desconoce si estas terapias autodenominadas de "tercera generación" serán efectivas.

Conclusiones

La terapia Cognitivo Conductual es un planteamiento teórico – metodológico con un aporte epistemológico, el cual se ha comprobado con los resultados de distintas investigaciones de estudios controlados que continuamente se realizan en distintos países.

En este contexto es natural su ajuste y evolución y a su vez el surgimiento de nuevos aportes, sin embrago; es necesario el control metodológico y la comprobación empírica de estas nuevas propuestas, lo que permitirá no perder el grado de científicidad y aplicación adecuada a los trastornos de salud, lo que conlleva a tener cuidado de probar si un planteamiento es útil o solamente se desea que lo sea, lo que lo convierte simplemente en una moda.

Me permito citar textualmente a Bonifacio Sandin (2005), por compartir su punto de vista que expresa adecuadamente:

“(hay enfoques) que consisten básicamente en desarrollos terapéuticos híbridos (por no decir revoltijos), más o menos oscurantistas y algunos apoyados en colegios o grupos más o menos invisibles, que siguen la denostada costumbre de que en modificación de conducta todo vale, especialmente si se asumen y asimilan técnicas basadas en valores filosóficos o humanistas,

consistiendo, a veces, más en un retorno a las filosofías humanistas y orientales que en técnicas de terapia basadas en los principios científicos de la terapia cognitivo conductual. El problema no es que estas técnicas sean o no eficaces o efectivas, sino que, para adquirir un rango científico, se resguarden en el paraguas que les brinda el concepto genérico de las técnicas cognitivo conductuales”

(Sandin, 2005; en Riso, 2006).

Referencias

1. Barraca, M. (2009). Clinical Skills in the third – wave of behavioral therapy. *Clínica y Salud*. Vol. 20. No. 2. 109 - 117. Pp.
2. Beck A. T. (1962). "Reliability of psychiatric diagnosis: A critique of systematic studies". *American Journal of Psychiatry*. 119, 210 – 216.
3. Beck A.T.; Rush A. J; Shaw B; F. Emery G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Descleé de Brouwer, Bilbao.
4. Beck A. T., Freeman A.; Davis D.; Pretzer J.; Fleming B.; Arntz A.; Butler A.; Fusco G.; Simon K.; Beck J.; Morrison A.; Padesky C. y Renton J. (2005). *Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad*. 2ª. Edición. Paidós. España.
5. Beck, S. J. (2000). *Terapia Cognitiva*. Gedisa. Barcelona, España.
6. Biglan, A. y Hayes, S.C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive psychology: Current. Scientific Perspectives*. Vol.5, 47-57.
7. Caballo, V. (Comp). (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo XX. España.
8. Caro G. I. (comp.). (1997). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Paidós. España.
9. Ellis A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.
10. Ellis A. (1975). *How to live with a neurotic*. North Hollywood, Ca: Wilshire.
11. Guifford, E.V. y Hayes, S.C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. En W. O'Donohue y R. Kitchener (Eds.), *Handbook of Behaviorism* (pp. 285-327).
12. Hayes, S.C. (1993). Goals and varieties of scientific contextualism. In S.C. Hayes, L.J. Hayes, H.W. Reese y T.R. Sarbin (Eds.), *The varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, NV: Context Press.
13. Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L.F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
14. Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. Guilford Press: Nueva York.
15. Hernández, L. N. y Sánchez, S. J. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo – Conductual para trastornos de la salud*. Libros en Red. Argentina.
16. Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. Nueva York: Norton.
17. Lega I. L.; Caballo E.V.; Ellis A. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo – Conductual*. Siglo XXI; España.
18. Luciano, M.C. y Valdivia, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
19. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Nueva York: Delacorte.
20. Kuipers E.; Garety P.; Fowler D.; Dunn G.; Bebbington P.; Freeman D.; Hadley C.; (1997). London – east anglia randomized controlled trial of cognitive – behavioural therapy for psychosis I: effects of the treatment phase. *British Journal of Psychiatry*. 171, 319 – 327.
21. Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. Nueva York: Plenum Press.
22. Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press: Nueva York.
23. Martell, C. R., Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in Context: Strategies for Guided Action*. Norton: Nueva York.
24. Mañas, I. y Sánchez, L.C. (2006). Prácticas orientales y terapias contextuales. *Comunicación presentada en el 8th Internacional Congress on Behavior Studies*. Santiago de Compostela, España.
25. Moreno, C. (2012). Terapias Cognitivo – Conductuales de tercera generación: la atención plena. *Revista Internacional de Psicología*. Vol. 12 No.1 1- 17. Pp.
26. Pérez - Álvarez, M. (2012). Third – Generation Therapies: Achievements and challenges. *International. Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 12 No.2 291 – 310 pp.
27. Piaget, J. (2008). *La psicología de la inteligencia*. Editorial Crítica. España.
28. Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva*. Editorial Norma. Colombia.
29. Roda, R. (2012). Nuevas Terapias Psicológicas: la tercera Generación. http://www.psicologia-online.com/psicologia_clinica/nuevas_terapias_psicologicas/
30. Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Press: Nueva York.
31. Vallejo, M.A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*. 27, 92-99.
32. Zumaya López M. A. (1993). Bases teóricas de las psicoterapias cognoscitivas – conductuales. *Salud Mental*. V.16 #1 39-43.



Cite este artículo de la siguiente forma (estilo de Vancouver):

Hernández Lira NA. Revisión de la situación actual de la Terapia Cognitivo Conductual. Psicología.com [Internet]. 2013 [citado 21 Feb 2012];17:5. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/6169>