



¿Qué es la Terapia Cognitivo-Conductual?

César Sparrow
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Peru

Terapia Cognitivo-Conductual

- ¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual?
- Psicología Clínica con Apoyo Empírico
- Las 3 Fases de la TCC
- Los Pilares Teóricos Básicos de la TCC
- Antecedentes Históricos y Filosóficos
- Algunas objeciones y críticas a la TCC



Terapia Cognitivo-Conductual

- Es un modelo de intervención o tratamiento de muy diversos trastornos psicológicos
- Es la estrategia de intervención clínica más utilizada y con mejores resultados en todo el mundo
- Opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente
- Consta de 3 fases o etapas: la evaluación, la intervención propiamente dicha, y el seguimiento
- Se apoya en 4 pilares teóricos básicos: los aprendizajes clásico, operante, social y cognitivo



¿Para qué es útil la Terapia Cognitivo-Conductual?

- A la fecha, se han publicado centenares de estudios que indican la utilidad y efectividad de la *terapia cognitivo-conductual (TCC)* para numerosos trastornos psicológicos, e incluso físicos, en todo el mundo
- En 2001, Chambless & Ollendick revisan varias investigaciones que identifican *intervenciones psicológicas empíricamente validadas* o “Tratamientos con Apoyo Empírico” (TAE)

Psicología Clínica con Apoyo Empírico

Eks nr	Karakter
601	10
602	8
603	11
604	10
605	7
606	10

- El estudio mostró que en las investigaciones compiladas, los procedimientos y técnicas cognitivos y conductuales son las intervenciones de elección específicas más útiles y efectivas para la mayor parte de los problemas de salud mental, tanto en adultos como en niños
- Aquellas “de eficacia probable” también se basan en experimentos de caso único y Ensayos Clínicos Aleatorizados



En Trastornos de Ansiedad y Estrés (Adultos)

Agorafobia y trastorno de pánico con agorafobia	<i>TCC</i>
Trastorno de ansiedad generalizada	<i>Relajación aplicada, TCC</i>
Trastorno obsesivo-compulsivo	<i>Exposición con prevención de respuesta</i>
Trastorno de pánico	<i>Relajación aplicada</i>
Trastorno de estrés postraumático	<i>Exposición, inoculación del estrés, terapia cognitiva</i>
Fobia social	<i>Exposición</i>
Trastornos de estrés	<i>Inoculación del estrés</i>

En Dependencia y Abuso de Sustancias



Alcohol	<i>Refuerzo de la comunidad, entrevista motivacional, terapia marital conductual + disulfiram, entrenamiento en habilidades sociales (EHS) con internamiento</i>
----------------	--

De eficacia probable:

Síndrome de abstinencia por retiro de la benzodiacepina para ataques de pánico	<i>TCC</i>
Abuso de cocaína	<i>TCC y prevención de recaídas</i>
Dependencia de opiáceos (heroína)	<i>Terapia conductual (reforzamiento), terapia dinámica breve, terapia cognitiva</i>

Depresión



Depresión mayor	<i>Terapia conductual, terapia marital conductual, TCC, terapia interpersonal</i>
Depresión geriátrica	<i>Terapia conductual, terapia psicodinámica breve, TCC, psicoeducación, terapia de reminiscencia (leve-moderada)</i>

De eficacia probable:

Trastorno bipolar	<i>Psicoeducación, TCC para la adherencia a la medicación</i>
--------------------------	---

Trastornos Sexuales



Disfunción eréctil	<i>Terapia conductual, TCC</i>
Vaginismo	<i>Terapia conductual basada en la exposición</i>

De eficacia probable:

Disfunción orgásmica femenina	<i>Terapia marital conductual + terapia de Masters & Johnson</i>
--------------------------------------	--

Trastornos de la Personalidad

Evitativa	<i>Entrenamiento en habilidades sociales</i>
Borderline	<i>Terapia dialéctica conductual</i>



Esquizofrenia

- ☛ Terapia conductual y programas de economía de fichas y aprendizaje social
- ☛ Terapia familiar conductual
- ☛ Programas de aprendizaje social
- ☛ Entrenamiento en habilidades sociales (EHS)
- ☛ Terapia de apoyo familiar de larga duración
- ☛ Entrenamiento en programa de vida comunitaria



Psicosis: Resultados Positivos con Terapia Cognitivo-Conductual

Resultado Positivo con TCC	Estudio
Habilidades sociales / Asertividad	Dogan et al., 2004 / Chien et al., 2003 / Mueser et al., 2001 / Heinssen et al., 2000 / Albuquerque, 1998 / Donahoe & Driesenga, 1998
Sintomatología	Pilling et al., 2002 / Roder et al., 2002 / Kuipers et al., 1998 / Kopelowics et al., 1997
Síntomas positivos	Sensky et al., 2000 / Tarrier et al., 1999 / Tarrier et al., 1998
Síntomas negativos	Sensky et al., 2000
Depresión	Sensky et al., 2000
Delusiones y/o alucinaciones	Leclerc et al., 2000 / Tarrier, 1999 / Kuipers et al., 1998
Autoestima	Leclerc et al., 2000 / Wykes et al., 1999
Reinserción laboral	Tsang & Pearson, 2001
Prevención de recaídas	Bellack, 2003

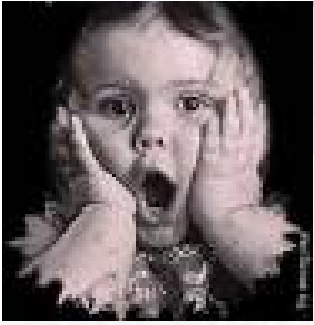


Otros problemas de salud

Anorexia	<i>Terapia conductual, terapia cognitiva</i>
Trastorno de atracones / Bulimia	<i>TCC, terapia interpersonal</i>
Cese del hábito de fumar	<i>TCC multicomponente con prevención de recaídas</i>
Discordia marital	<i>Terapia marital conductual</i>
Demencia	<i>Intervenciones conductuales aplicadas</i>
Dolores crónicos de cabeza, de espalda y por enfermedad reumática	<i>TCC, terapia conductual</i>

Eficacia probable en otros problemas de salud (Adultos)

Efectos colaterales de la quimioterapia para pacientes con cáncer	<i>Relajación muscular progresiva (RMP)</i>
Dolor crónico heterogéneo	<i>TCC con terapia física, biofeedback electromiográfico, terapia conductual operante</i>
Síndrome de intestinos irritables	<i>Terapia cognitiva, hipnoterapia, TCC</i>
Obesidad	<i>Hipnosis con TCC</i>
Migraña	<i>Biofeedback electromiográfico y térmico + entrenamiento en relajación</i>
Dolor por enfermedad reumática y por enfermedad de célula falsiforme	<i>Terapia cognitiva y TCC</i>
Trastornos de dolor somatoforme	<i>TCC</i>
Parafilias / Abusadores sexuales	<i>Terapia conductual</i>
Insomnio	<i>TCC para trastorno de sueño geriátricos</i>



En Niños y Adolescentes

Trastornos de conducta	<i>TCC, habilidades cognitivas de resolución de problemas, terapia familiar funcional, terapia multisistémica, entrenamiento parental basado en convivir con niños y adolescentes, y con modelado en video</i>
Fobias	<i>Modelado participante, exposición rápida, práctica reforzada</i>
Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad	<i>Entrenamiento parental conductual, modificación de la conducta en clase</i>
Malestar debido a procedimientos médicos (principalmente cáncer)	<i>TCC</i>
Enuresis / Encopresis	<i>Modificación conductual</i>
Dolor de cabeza recurrente	<i>Relajación / autohipnosis</i>

Eficacia Probable en Trastornos en Niños y Adolescentes

Trastornos de ansiedad de separación y evitativo	<i>TCC, TCC + entrenamiento en manejo de ansiedad familiar</i>
Depresión	<i>Curso de enfrentamiento de la depresión con entrenamiento en habilidades (adolescentes), TCC (niños)</i>
Obesidad	<i>Terapia conductual</i>
Dolor abdominal recurrente	<i>TCC</i>

TERAPIAS PSICOLÓGICAS EMPÍRICAMENTE VALIDADAS PARA TRASTORNOS COMUNES EN ADULTOS

“Qué funciona para quién”: Revisión sistemática de *Roth & Fonagy* de la Psicoterapia para el Departamento de Salud del Gobierno Británico (1996)

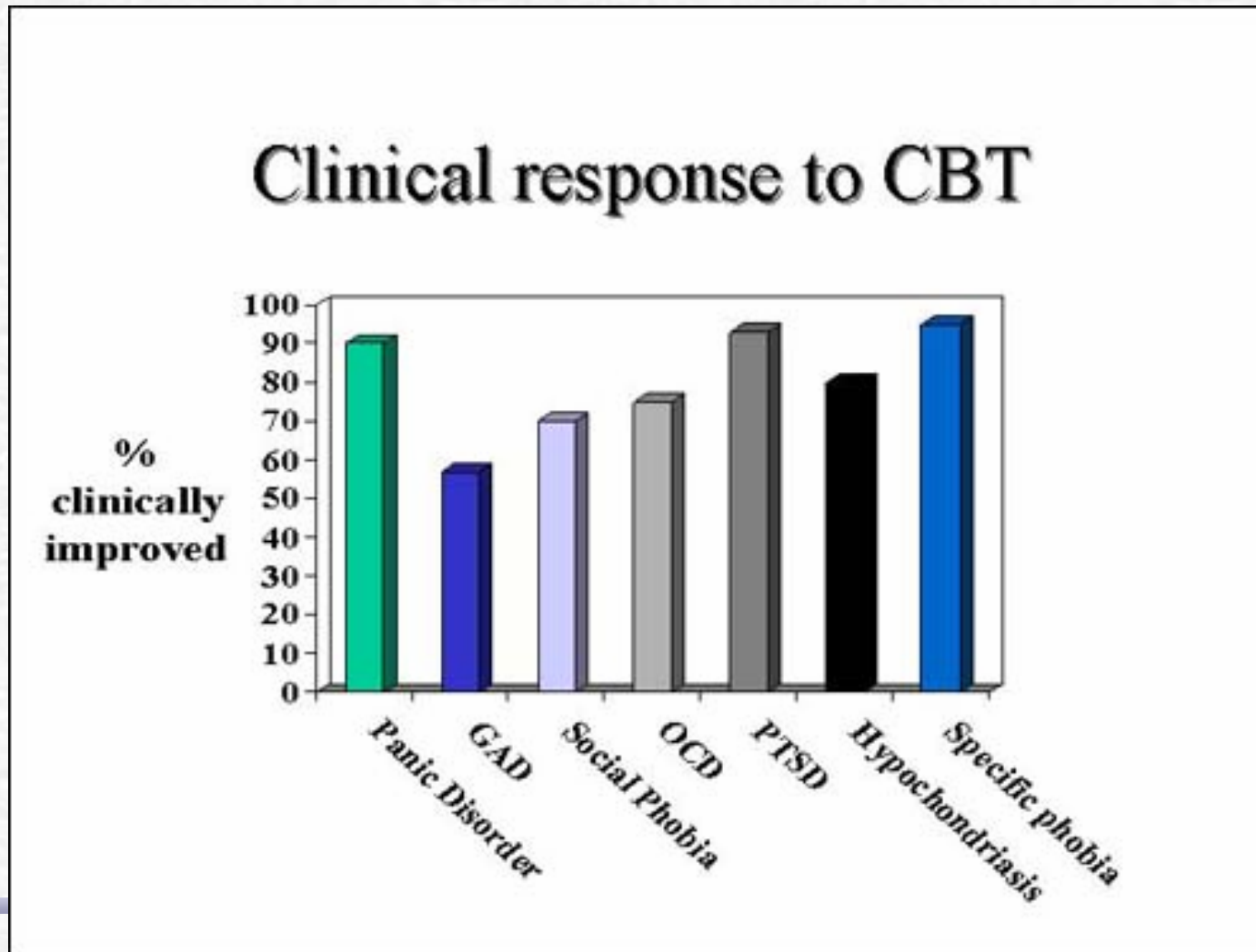
	Cognitive / behavioural therapies	Interpersonal therapy	Family interventions	Psychodynamic psychotherapy	Generic counselling
Depression	++	++	o	?	o
Panic / agoraphobia	++	o	o	o	o
Generalised anxiety disorder	++	o	o	o	o
Specific phobias	++	o	o	o	o
Social phobia	++	o	o	o	o
Obsessive-compulsive disorder	++	o	o	o	o
Post-traumatic stress disorder	++	o	o	?	o
Eating disorders	++	++	?	o	o
Some personality disorders	++	o	o	?	o
Schizophrenia	?	o	++	o	o
Bipolar disorder	o	o	o	o	o

EMPIRICALLY VALIDATED PSYCHOLOGICAL THERAPIES FOR COMMON ADULT DISORDERS

Key to Roth & Fonagy's summary judgements:

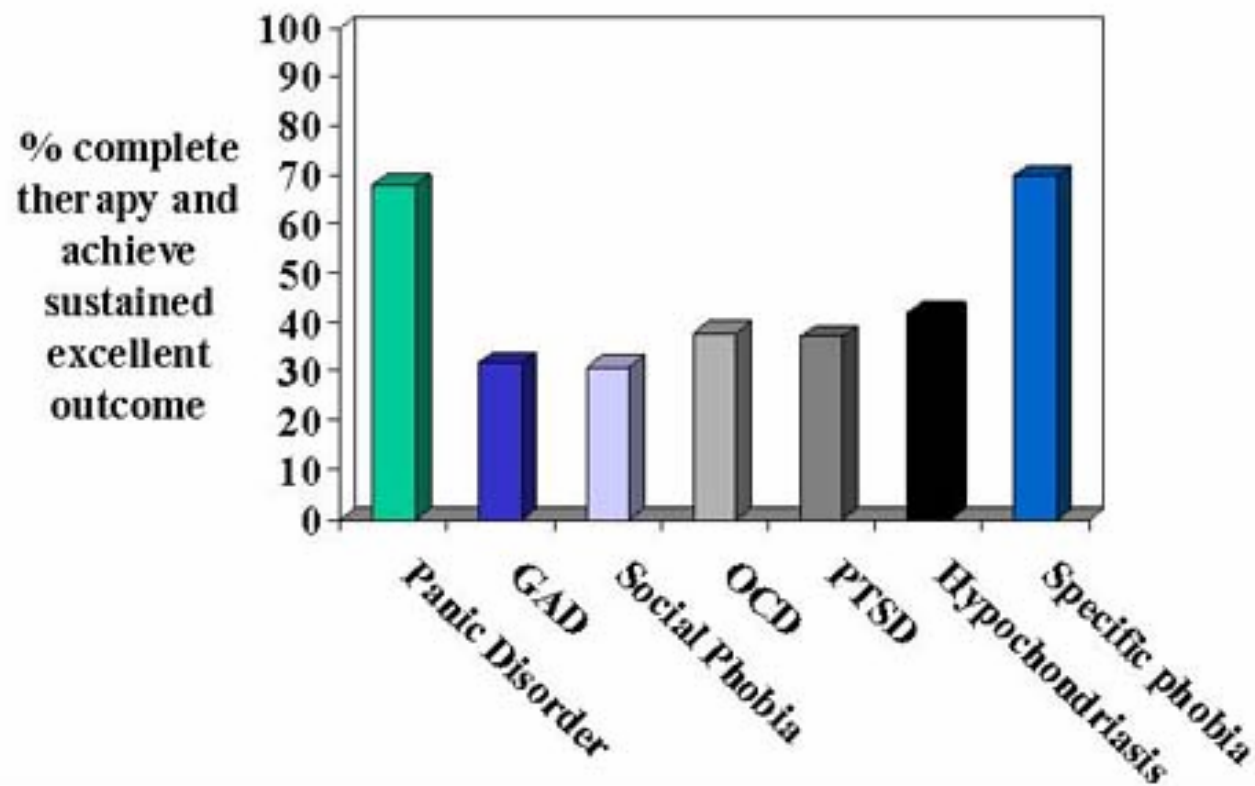
++	= Clearly effective
?	= Promising or limited support for efficacy
o	= Not currently well validated. <i>N.B.</i> This indicates a lack of sufficient evidence to judge efficacy. It does not necessarily imply that there is good evidence that a particular therapy is ineffective.

Respuesta Clínica de los Trastornos de Ansiedad a la TCC (*Barlow & Lehman, 1996*)



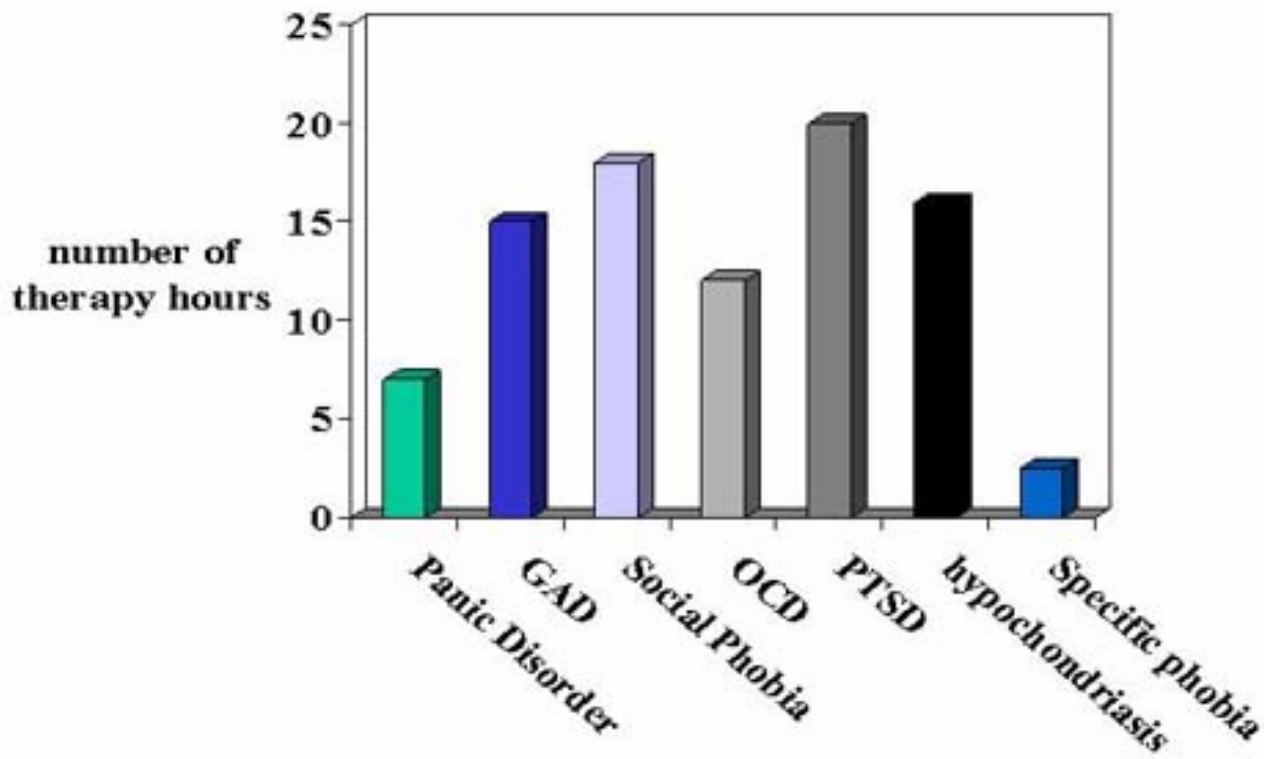
Resultado Global de Efectividad de la TCC a un año de seguimiento

Effectiveness of CBT as high endstate



Número de horas de tratamiento requerido

Number of treatment hours required



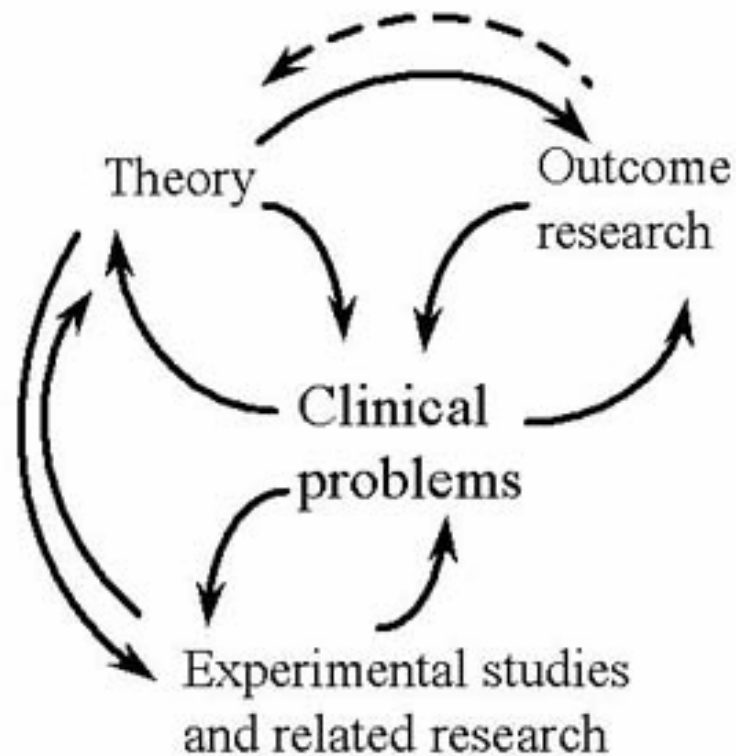
2006: Se han publicado decenas de investigaciones que respaldan la efectividad de las técnicas de la TCC

- ☞ Psicosis / Esquizofrenia
- ☞ Trastorno bipolar
- ☞ Depresión en adultos, niños y adolescentes
- ☞ Trastornos de ansiedad en adultos y niños: Fobias, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo
- ☞ Habilidades sociales
- ☞ Autoestima / Autoaceptación
- ☞ Solución de problemas
- ☞ Cleptomanía
- ☞ Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia / Bulimia
- ☞ Trastornos del sueño: Insomnio crónico
- ☞ Trastornos sexuales
- ☞ Adicciones: Ludopatía, alcoholismo
- ☞ Trastornos físicos: Cáncer, fibromialgia, dolor crónico, diabetes, enfermedades reumáticas, menopausia, asma

Etc.

Fundamentos de la TCC: Ciencia Clínica

Foundations of CBT: Clinical Science

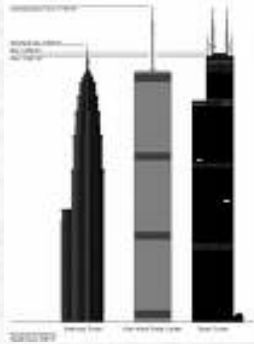




Las 3 Fases de la TCC

- 1) **EVALUACIÓN:** Se examina cuidadosamente el caso mediante la entrevista y observación clínicas, registros, autoregistros y diversos instrumentos estandarizados. Se formulan hipótesis acerca de los problemas que presenta la persona y se trazan los objetivos del tratamiento
- 2) **INTERVENCIÓN:** Se emplean técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados
- 3) **SEGUIMIENTO:** Se evalúa la efectividad del programa terapéutico en el mediano y largo plazo y se realizan los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios positivos

LOS PILARES TEÓRICOS BÁSICOS DE LA TCC



TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

**CONDICIONAMIENTO
CLÁSICO**
Iván Pavlov (1849-1936)
John B. Watson (1878-1958)

**CONDICIONAMIENTO
INSTRUMENTAL /
OPERANTE**
B.F. Skinner (1904-1990)

**TEORÍA DEL
APRENDIZAJE
SOCIAL**
Albert Bandura (n. 1925)

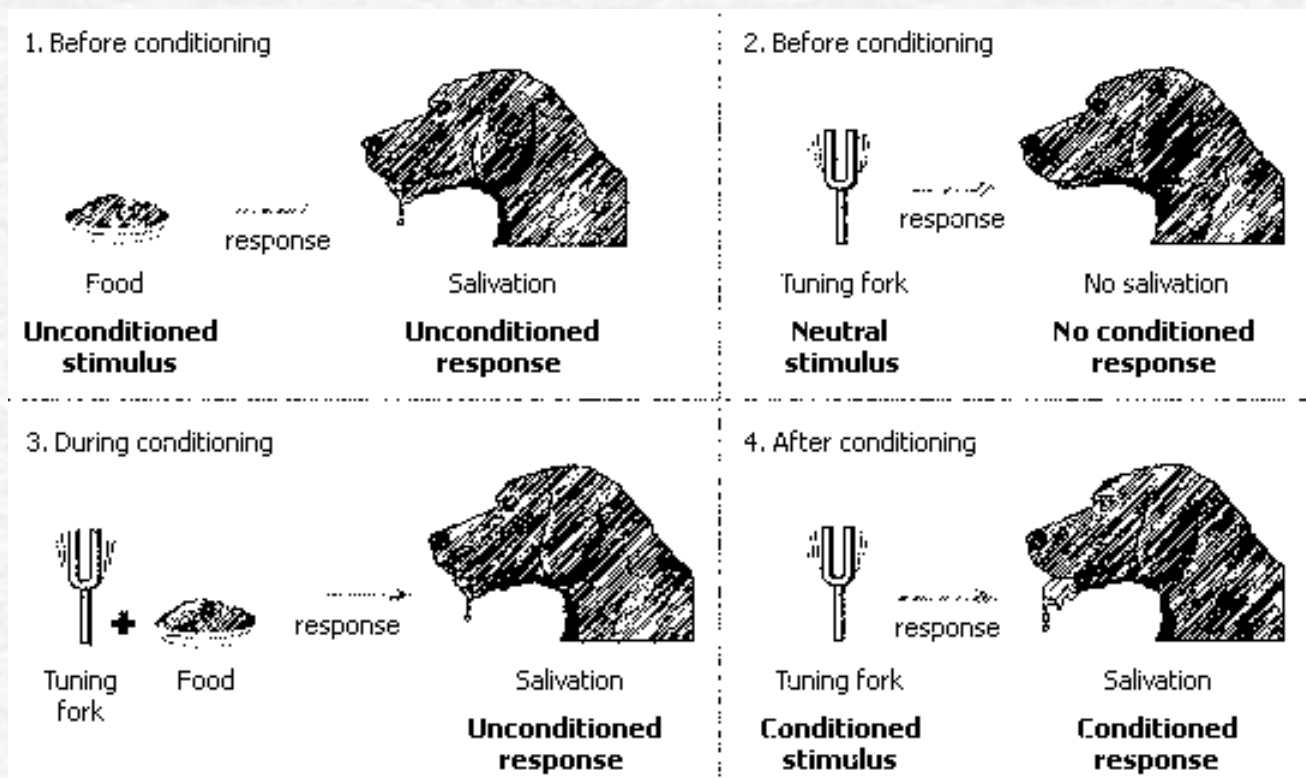
**MODELOS
COGNITIVOS**

TERAPIA COGNITIVA
Aaron Beck (n. 1921)

**TERAPIA
RACIONAL-EMOTIVA**
Albert Ellis (n. 1913)



Condicionamiento Clásico





Condicionamiento Clásico

Caso "Little Albert" de 11 meses (1920)

EN
Ruido fuerte



EI
Objeto de color blanco



RI
Llanto

EC
Objeto de color blanco

RC
Llanto



Condicionamiento Clásico

FOBIA a las cucarachas (niño de 5 años, 3 meses)

EI

Gritos de la tía

RI

Ansiedad

EN

Cucaracha voladora

EC

Cucaracha voladora

RC

Ansiedad



Condicionamiento Clásico

ANSIEDAD de hombres
(por temor al abuso sexual)

EN

Primo (hombre)

EI

Abuso sexual y físico por parte de primo
(hombre) ----->

RI

Ansiedad

EC

Hombres (padre, hermano, etc.) ----->

RC

Ansiedad



Condicionamiento Operante

RABIETAS
(niño de 6 años)

Estímulo Discriminativo

Dice a la madre: "Dame el chocolate", pero la madre no le da nada



Respuesta

Rabieta: Grita, llora, patalea, etc.



Estímulo Reforzante

La abuela dice a la madre: "Dale lo que pide",
y la madre le da chocolate (R+)





Teoría del Aprendizaje Social

- El aprendizaje no sólo se produce por medio de la experiencia directa y personal sino que, fundamentalmente en los seres humanos, constituyen variables críticas la observación de otras personas (imitación) así como la información recibida por medio de símbolos verbales o visuales



Aprendizaje Vicario

MODELO Padre	APRENDIZ Rosa
<ul style="list-style-type: none">• Características: Prestigio, real• ED: Rosa no come su comida• Conducta: Ira, el padre le grita y la golpea• Consecuencia: Rosa come su comida	<ul style="list-style-type: none">• Atiende: Ira, gritos y golpes del padre• Retiene: "Al gritar consigue lo que quiere"• Recupera: "Si grito a otros, harán lo que quiero"• Ejecución: Les grito, luego hacen lo que quiero

Terapia Cognitiva



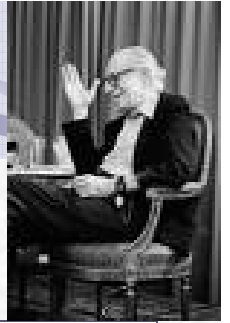
- Se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976)
- Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores
- El terapeuta ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas
- Objetivos: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados



Terapia Racional Emotiva Conductual

- La TREC propone una explicación biológica, psicológica y social de la conducta y emociones humanas, partiendo de la premisa de que casi todas las emociones y conductas humanas son resultado de lo que las personas piensan, asumen o creen
- “No son las situaciones lo que determina como nos sentimos y actuamos, sino como pensamos acerca de ellas”
- La TREC es propuesta por Albert Ellis, quien descontento con los escasos resultados obtenidos con el psicoanálisis da un giro a la terapia que practicaba, creando una terapia más breve directa y efectiva, con mayor implicación del terapeuta y el cliente, y con técnicas centradas en la influencia que ejercen los pensamientos y las **creencias irracionales** sobre las emociones y los comportamientos de las personas
- Propone el **ABC Emocional** (Antecedentes / Creencias / Consecuencias emocionales y conductuales)

El ABC Emocional (TREC)



- **A = Acontecimiento Activador**

"Mi enamorado me ha dejado por otra"

- **B (Beliefs) = Pensamientos y Creencias**

"No puedo vivir sin él; por qué siempre me pasa lo mismo. Es terrible, nunca encontraré otro amor"

- **C = Consecuencias Emocionales-Conductuales**

*"Me **siento** triste, me **siento** furiosa e indigna.*

No puedo comer ni dormir bien, ya no quiero ir a trabajar. Se me ha dado por ponerme a tomar"

- **D = Debate (de Creencias Irracionales)**

"Dispute, desafíe, debata el autodiálogo irracional.

¿Por qué, quién dice?, ¿dónde está la evidencia?,

¿dónde está escrito?" [con respecto a B]

- **E = Evaluar Efectividad (del Debate de Creencias)**

Técnicas Conductuales / Cognitivas

Áreas de Aplicación

TÉCNICAS	ÁREAS DE APLICACIÓN
Relajación progresiva, entrenamiento autógeno, técnicas de respiración	Ansiedad, estrés, insomnio, depresión, adicciones, agresividad, tics, tartamudez, anorexia, trastornos cardiovasculares y gastrointestinales, asma, dolor, diabetes, cáncer, obesidad
Desensibilización sistemática, imaginación	Ansiedad y fobias, anorexia, disfunciones sexuales, cefaleas, insomnio, alcoholismo, asma
Exposición: inundación, terapia implosiva	Ansiedad: fobias, ataques de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo
Técnicas operantes	Desarrollar y mantener conductas deseables, reducir y eliminar conductas indeseables, organización de contingencias
Modelado: aprendizaje observacional (vicario)	Aprendizaje de nuevas conductas: educación en salud y sexual, pacientes institucionalizados, niños con retraso mental y autismo; habilidades sociales en adicciones y delincuencia
Condicionamiento encubierto	Agorafobia, alcoholismo, tabaquismo, trastornos de la identidad sexual, cáncer, impotencia, alcoholismo, ludopatía
Técnicas aversivas	Alcoholismo, problemas de la orientación sexual, tabaquismo, comportamientos autolesivos
Técnicas de Biofeedback	Rehabilitación neuromuscular, trastornos cardiovasculares y disfunciones circulatorias, ansiedad, disfunciones sexuales
Entrenamiento en habilidades sociales	Problemas de interacción social, tartamudez, fobia social, depresión, esquizofrenia, disfunciones sexuales, tabaquismo, alcoholismo, obesidad, anorexia, cefaleas, asma, diabetes, etc.
Técnicas de autocontrol	Problemas de alimentación, ludopatía, tabaquismo, hipertensión, diabetes, otras adicciones
Reestructuración cognitiva: Terapia cognitiva de Beck / Terapia Racional Emotiva de Ellis	Depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, problemas de pareja y familiares, conducta suicida, disfunciones sexuales, impulsividad, agresividad, toxicomanías
Resolución de problemas	Hipertensión, delincuencia, problemas de pareja y familiares, esquizofrenia, obesidad

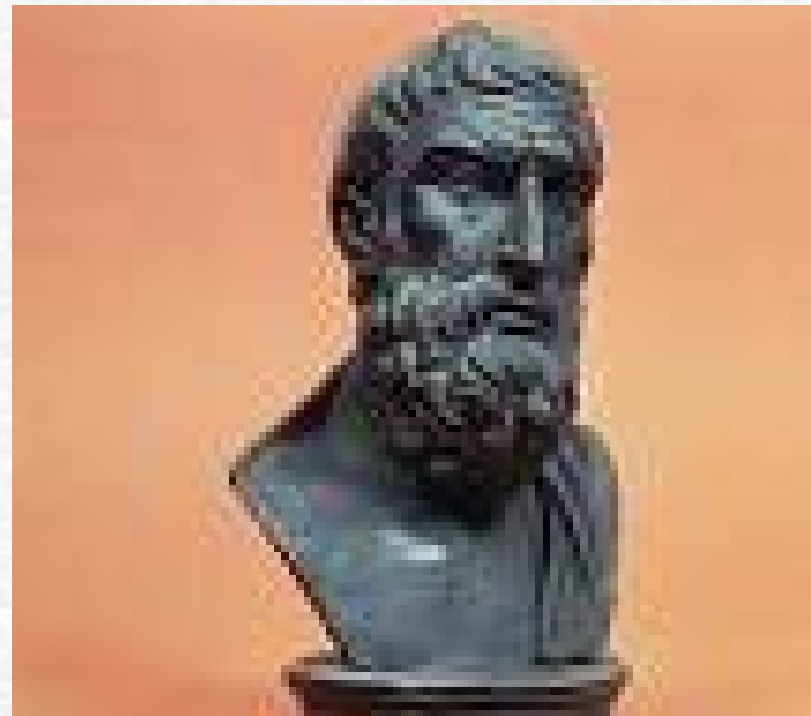


ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y FILOSÓFICOS

TERAPIA
COGNITIVO-CONDUCTUAL

Los Estoicos (s. IV a.C.)

- ☛ Sostenían que se puede alcanzar la libertad y la tranquilidad guiándose por los principios de la razón y la virtud (Zenón, Crisipo, Epícteto)
- ☛ “Los hombres no se perturban por las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen”
(Epícteto, 55-135 d.C.)



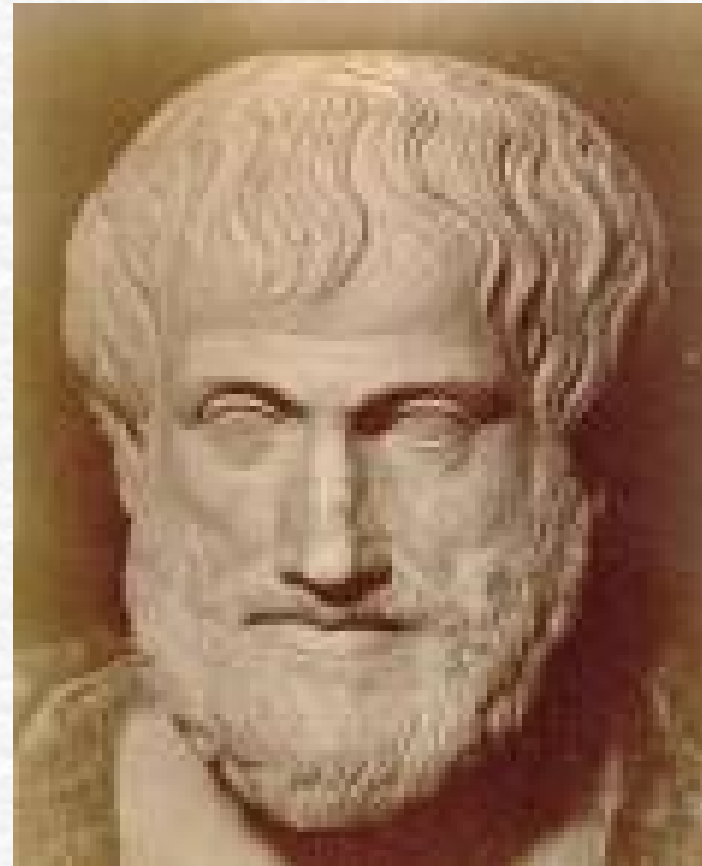
El Budismo (s. III a.C.)



- Propone una vía de liberación del sufrimiento humano a través del autoconocimiento y la práctica de acciones virtuosas. Postula relaciones de causa-efecto entre los fenómenos, recusando los dogmas y las creencias no basadas en la experiencia
- “Si podemos reorientar nuestros pensamientos y emociones, y reordenar nuestra conducta, no sólo podemos aprender a afrontar el sufrimiento más fácilmente, sino que podemos prevenir una gran parte del mismo desde el principio, en primer lugar” (XIV Dalai Lama)
- “Lo que somos es resultado de lo que hemos pensado; está fundado en nuestros pensamientos y está hecho de nuestros pensamientos” (Buda Sidharta Gautama, 563-486 a.D.)

Aristóteles (384-322 a.C.)

- El conocimiento procede de los sentidos que dotan a la mente de imágenes que se asocian entre sí según 3 leyes: la contigüidad, la similitud y el contraste
- “Asociacionista”, al igual que Hobbes, Locke, Hume, el Conductismo y la Psicología del aprendizaje



David Hume

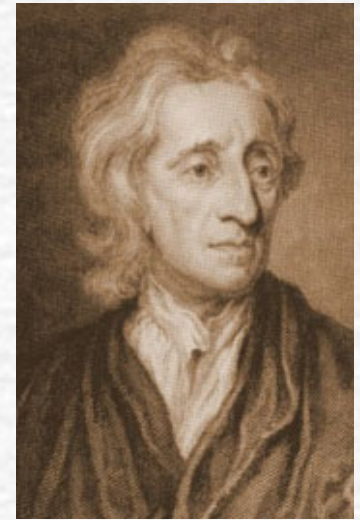
(1711-1776)



Francis Bacon

(1561-1626)

Los empiristas ingleses del Siglo XVII resaltan las nociones de que las emociones derivan de las asociaciones de ideas, y que para adquirir un nuevo conocimiento, hay que liberarse de prejuicios, es decir, de conceptos erróneos preestablecidos



John Locke

(1632-1704)



Immanuel Kant (1724-1804)



- Introduce el concepto de “esquema cognitivo”: Una construcción mental de la experiencia que refleja al mismo tiempo el mundo real de los objetos y hechos siempre cambiantes, y la lógica subyacente de las categorías que la mente impone a la experiencia

TRADICIONES FILOSÓFICAS: La **Terapia Cognitiva** se enmarca más en el Idealismo y el Racionalismo, mientras que el **Conductismo** lo hace en el Materialismo y el Empirismo

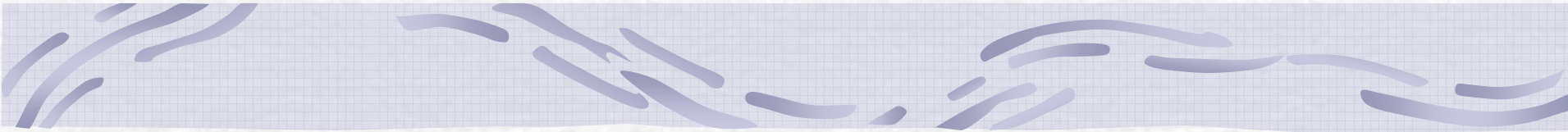
- ☛ Idealismo: La idea es principio del ser y del conocimiento (Platón, Kant, Hegel)
- ☛ Racionalismo: El criterio de verdad es intelectual y deductivo, no sensorial (Descartes, Leibniz, Spinoza)

- ☛ Materialismo: Niega la existencia de sustancias espirituales y considera la materia como único constitutivo básico de la realidad
- ☛ Empirismo: Mantiene la imposibilidad del conocimiento *a priori*, y que ninguna idea, por evidente y clara que sea, garantiza la realidad de su objeto. La experiencia es fuente única de conocimiento; los universales han de poder reducirse a contenidos empíricos o datos perceptivos


ALGUNAS OBJECIONES Y CRÍTICAS

Terapia Cognitivo-Conductual





“El tratamiento y la supresión de los síntomas son puramente superficiales; éstos retornarán más adelante o se sustituirán por otros”



Gran cantidad de estudios de seguimiento ha mostrado que la mayoría de las veces este fenómeno no se produce

- Las recaídas corresponden generalmente a trastornos en los cuales ninguna estrategia psicológica ha mostrado una eficacia significativa, p.e., *esquizofrenia* o *trastorno antisocial de la personalidad*
- Los índices de eficacia de la TCC para síndromes de altísima incidencia, como los *trastornos de ansiedad*, rondan el 90% de casos recuperados o muy mejorados en estudios de seguimiento a más de 2 años
- No obstante, en los trastornos de *adicciones a sustancias psicoactivas*, los índices de eficacia bajan abruptamente
- Sólo el 50% de los pacientes atendidos en comunidades terapéuticas que operan con los principios de la TCC se mantienen abstinentes por más de 2 años
- Aunque desalentadoras, estas cifras son las más elevadas que hasta la actualidad se han reportado en lo que a adicciones se refiere

“La TCC es una intervención superficial porque sólo se dirige a atacar los síntomas o las conductas, mas no se ocupa de las causas de los mismos, a las cuales se subordinan”

La TCC no ignora las causas de los síntomas

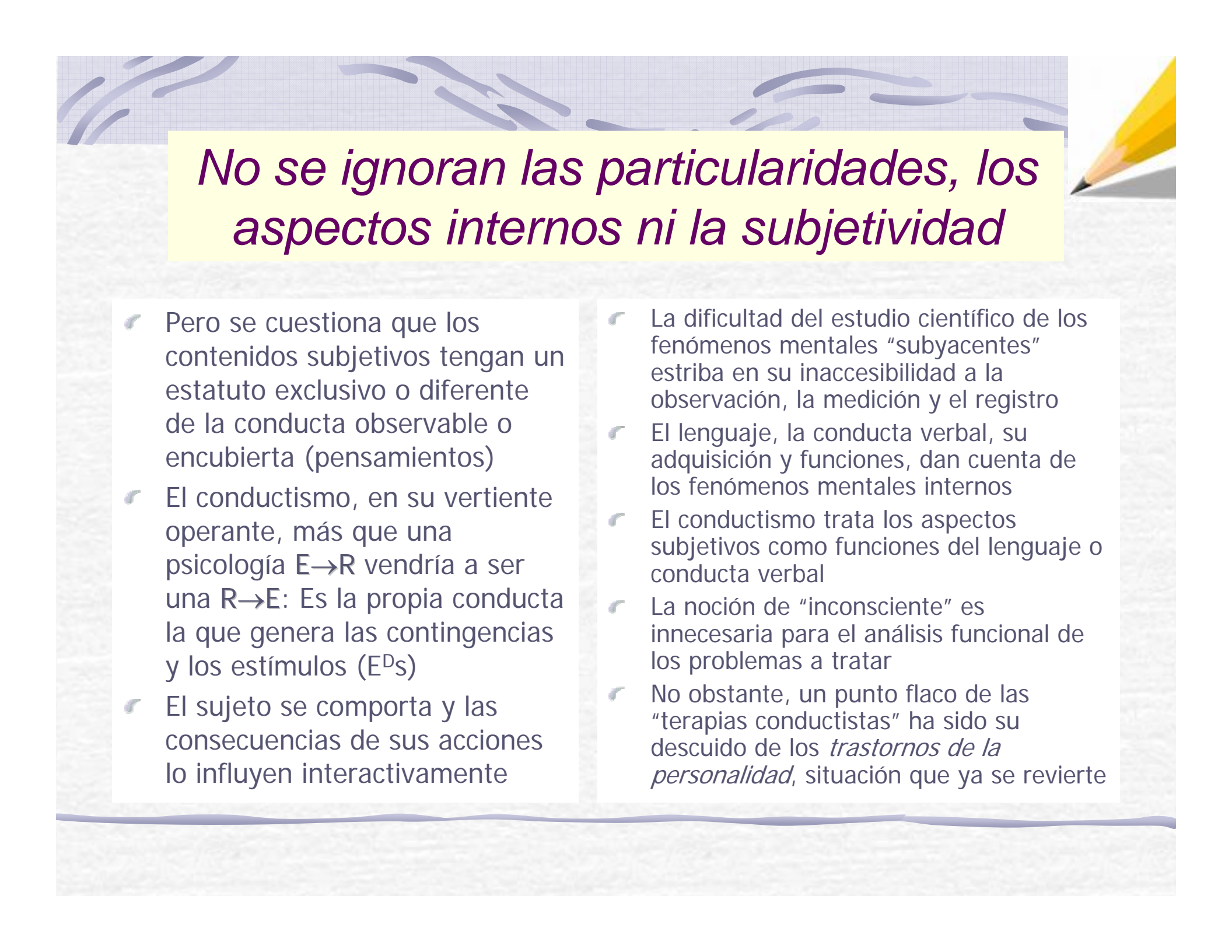
- Las causas a menudo determinan la elección de las estrategias terapéuticas a utilizar
- Sin embargo, es en el contexto de investigación, más que en el clínico, donde se procura identificar dichas causas
- La clínica constituye el ámbito de aplicación de los conocimientos que han nacido y se han validado a través de la investigación
- La investigación provee de hipótesis y teorías explicativas acerca del comportamiento humano, las cuales se articulan según cada caso individual a fin de escoger las estrategias terapéuticas más apropiadas
- Tanto la **evaluación**, primera fase de la terapia, como una **anamnesis** y/o **historia clínica** detalladas, nos ayudan a comprender mejor la historia de aprendizaje y las causas que originaron y mantienen los problemas particulares que presenta el cliente



E - R

“La TCC, al igual que el Conductismo, es mecanicista; ellos sólo se ocupan de «conductas» y de relaciones de Estímulo - Respuesta, mas no de la subjetividad o de los aspectos más profundos y complejos de cada individuo; por lo tanto proponen paquetes con soluciones homogéneas, cosificadoras y totalizadoras, desconociendo o ignorando las particularidades”





No se ignoran las particularidades, los aspectos internos ni la subjetividad

- Pero se cuestiona que los contenidos subjetivos tengan un estatuto exclusivo o diferente de la conducta observable o encubierta (pensamientos)
- El conductismo, en su vertiente operante, más que una psicología $E \rightarrow R$ vendría a ser una $R \rightarrow E$: Es la propia conducta la que genera las contingencias y los estímulos (E^D s)
- El sujeto se comporta y las consecuencias de sus acciones lo influyen interactivamente
- La dificultad del estudio científico de los fenómenos mentales “subyacentes” estriba en su inaccesibilidad a la observación, la medición y el registro
- El lenguaje, la conducta verbal, su adquisición y funciones, dan cuenta de los fenómenos mentales internos
- El conductismo trata los aspectos subjetivos como funciones del lenguaje o conducta verbal
- La noción de “inconsciente” es innecesaria para el análisis funcional de los problemas a tratar
- No obstante, un punto flaco de las “terapias conductistas” ha sido su descuido de los *trastornos de la personalidad*, situación que ya se revierte

“Las investigaciones que «demuestran» la supuesta eficacia de la TCC están sesgadas, ya que son efectuadas o son auspiciadas por grupos [de poder] interesados en favorecer la modalidad de terapia que más les conviene, o bien tienen direccionalidades políticas/económicas discriminatorias o explotadoras”





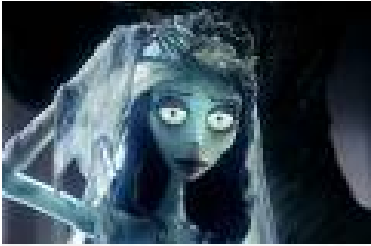
Las revisiones e investigaciones proceden de muchas partes del mundo

- Prácticamente no hay región del mundo donde no se hayan realizado estudios de eficacia de terapias; hay centenares, desde los EU, Canadá, el Reino Unido y el resto de Europa, hasta la China comunista, Hong Kong, Japón y varios otros países del Asia
- Los estudios de efectividad de las terapias psicológicas son aún escasos en África y varios países de América Latina; condición que se espera cambie en un futuro próximo



Las Terapias con Apoyo Empírico (TAE) están basadas en *Ensayos Clínicos Aleatorizados* que comparan un grupo terapéutico con un grupo de control en condiciones de máximo rigor experimental

1. Los pacientes son asignados aleatoriamente a las condiciones de tratamiento y control
2. Se utilizan diseños de *ciego* donde se desconoce el grupo al que pertenece el paciente
3. Los controles son rigurosos: no sólo hay pacientes que no reciben el tratamiento, sino que tanto pacientes como terapeutas reciben los ingredientes terapéuticos y *placebos* de forma creíble (doble ciego)
4. Los objetivos son adecuadamente operacionalizados con indicadores
5. Los tratamientos son manualizados con detalladas descripciones de la terapia; la fidelidad a la guía se mide utilizando sesiones de video
6. Los pacientes reciben un número fijo de sesiones
7. Los pacientes cumplen el criterio de sólo un trastorno diagnosticado, y los que tienen múltiples trastornos son típicamente descartados
8. Los pacientes son seguidos durante un período fijo después del tratamiento



“Los manuales en los cuales se basan muchos de los diagnósticos especificados por la TCC (DSM-IV, CIE-10) son herramientas que psiquiatrizan o psicopatologizan cualquier supuesto problema que se considere socialmente desadaptado o “anormal” desde una óptica estadística, volviéndolo luego un “trastorno” a ser objetivado, cuantificado y tratado. Se deshumaniza así cada caso particular al pretender parametrarlo y generalizarlo, etiquetándolo como “inadecuado”, lo cual involucra intereses de dominación socio-política y mercantil ”

Los diagnósticos cognitivo-conductuales pueden estar basados en algún sistema de clasificación vigente, como los manuales psiquiátricos; no obstante ...

- Pueden implicar también otro sistema de nomenclatura fiable y válido para definir los problemas (*“alteraciones clínicamente significativas”*); por ejemplo, criterios de evaluación para categorizar “habilidades sociales” o “autoestima”
- Es necesario algún método que agrupe los problemas presentados en categorías, para permitir que los clínicos evalúen la probabilidad de extrapolación de las muestras estudiadas, en el contexto de investigación, a su propia práctica
- Sin alguna categorización, la síntesis de la evidencia es sumamente difícil, si no imposible
- Cualesquiera sean las deficiencias y limitaciones de los sistemas diagnósticos vigentes, los críticos aún tienen que sugerir alguna alternativa factible que sea mejor





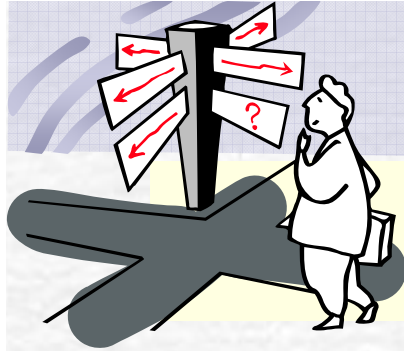
“Los enfoques científicos experimentalistas, reduccionistas o fisicalistas, cosificantes, no son los mejores métodos para el estudio de los problemas y avatares humanos; al respecto tienen más que aportar la filosofía, la antropología, la lingüística y otras construcciones y disciplinas culturales”

La idoneidad de los métodos científicos para el estudio de los problemas humanos puede ser un tema opinable y de criterio particular, discrecional, sin embargo ...

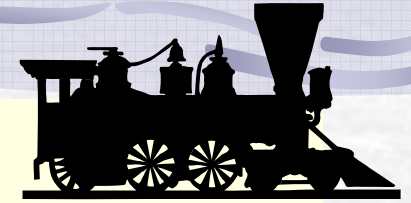
- ☞ ¿Es ético que, conociéndose la eficacia de determinadas técnicas disponibles, un psicólogo las ignore o se niegue a su implementación por el hecho de adherir a un marco teórico diferente?
- ☞ ¿Es justificable el sufrimiento de las personas y el mantenimiento de sus problemas cuando las investigaciones señalan la utilidad de procedimientos específicos para contrarrestarlos? ¿Por qué negarse a utilizarlos? ¿No sería razonable al menos preguntarle al paciente si desea que tales procedimientos le sean aplicados?
- ☞ Normalmente, la persona que acuden a un profesional de la salud mental en busca de ayuda psicológica no se halla al tanto de la diversidad de enfoques existentes en el campo de la clínica; **desea únicamente que el terapeuta la ayude a resolver los problemas que le ocasionan sufrimiento, de la manera más simple y rápida posible: una terapia eficaz**
- ☞ Lamentablemente, muchos psicólogos parecieran no darse cuenta de este hecho tan obvio y de puro sentido común: **El pedido de efectividad no es escuchado**

La idoneidad de los métodos científicos para el estudio de los problemas humanos puede ser un tema opinable y de criterio particular, sin embargo ...

- ☛ Si el psicólogo elige determinada técnica simplemente por preferencia o porque “cree” en una teoría particular, no tan sólo desestima la importancia de la investigación científica para aliviar el sufrimiento humano, sino que también atropella el derecho de la persona de conocer y elegir la manera en que desea ser tratada
- ☛ Cuando un psicólogo se niega a conocer la eficacia clínica de determinados tratamientos, le impide a los pacientes acceder a los mismos: El tratamiento que recibe el paciente queda librado al gusto o mejor parecer del terapeuta
- ☛ Se le está ocultando, a veces por desconocimiento, otras por decisión dogmática, la existencia de procedimientos potencialmente eficaces para el tratamiento de su malestar, basados en la Psicología científica
- ☛ Este punto es **CRÍTICO** desde el punto de vista **ético**: La suerte del paciente depende no de los contrastes científicos, sino de las creencias subjetivas y la escuela u orientación a la cual el psicólogo adhiere



Entonces ...

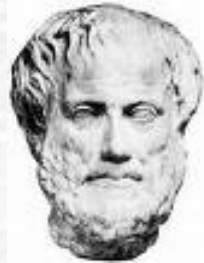


- A diferencia de los medicamentos, la mayoría de las terapias psicológicas carecen de pruebas científicas sobre sus efectos
- El paciente debe seleccionar aquellas intervenciones psicológicas que están respaldadas por la comunidad científica: por pruebas científicas con apoyo empírico y un estricto **CONTROL DE CALIDAD** y, ante igualdad de condiciones, escoger la más breve y menos onerosa
- El psicólogo clínico debe considerar que la situación de la psicología es precaria en muchos aspectos; la psicoterapia no se encuentra comprendida en muchos planes de salud nacionales
- Por lo tanto es preciso especificar la naturaleza y el alcance de los tratamientos psicológicos como un medio que garantice el avance y reconocimiento social e institucional de la disciplina

“Si una manera es mejor que otra, ello prueba que es el camino de la naturaleza”

Aristóteles

(384-322 a.C.)



“Muchos pensarán que tienen motivo para reprocharme, diciendo que mis pruebas contradicen la autoridad de ciertos hombres tenidos en gran estima por sus inexperimentadas teorías, sin considerar que mis obras son el resultado de la experiencia simple y llana, que es la verdadera maestra.”

Leonardo Da Vinci

(1452-1519)

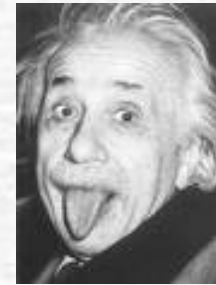


“Triste época la nuestra. Es más fácil desintegrar un átomo que superar un prejuicio.”

“Algo he aprendido en mi larga vida: que toda nuestra ciencia, contrastada con la realidad, es primitiva y pueril; y, sin embargo, es lo más valioso que tenemos.”

Albert Einstein

(1879-1955)



“La educación es lo que sobrevive cuando todo lo que se ha aprendido se ha olvidado.”

B. F. Skinner

(1904-1990)

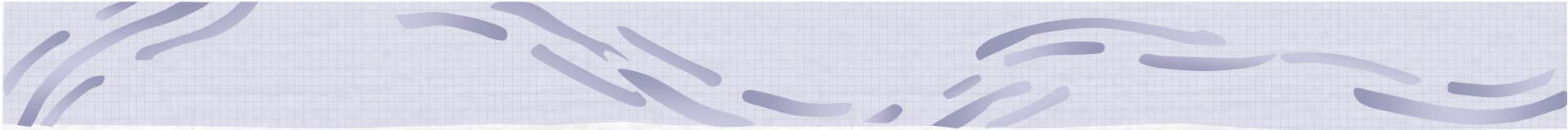


<http://www.cop.es/vernumero.asp?id=1062>



GRACIAS





En caso de citar este documento por favor utiliza la siguiente referencia:

Sparrow, C. (2007) Terapia cognitivo conductual. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. En http://www.conductitlan.net/terapia_cognitivo_conductual.ppt

