

LA PSICOTERAPIA HOY DESDE UN ENFOQUE COGNITIVO- CONDUCTUAL

María Paz García Vera
Universidad Complutense de Madrid

V Jornada Científica de la Asociación de Psicoterapeutas "Laureano Cuesta"

En primer lugar, quisiera agradecer a la Asociación de Psicoterapeutas "Laureano Cuesta" su amable invitación a participar en esta jornada científica, jornada que no podía ser más oportuna y de más actualidad. En los últimos días, en el Congreso de los Diputados y en determinadas comparecencias políticas públicas se ha hablado mucho de "diálogo", "tolerancia" y "consenso" entre distintas maneras de ver los asuntos políticos, tres palabras que deberían extenderse aún más, si todavía no lo han hecho, entre las distintas formas de entender la psicopatología y la psicoterapia. Estoy convencida que estas jornadas contribuirán a ello.

Anteayer oí un comentario de un colega universitario ajeno a la Psicología que decía: "la Psicología está muy mal, está aún en pañales, tiene que evolucionar mucho porque no se sabe nada". Es posible que la emoción que inicialmente sentí se pareciera un poco a la de una madre cuando critican a sus hijos, o quizás mejor a la de una hija cuando se meten con su madre. Pero si hay algo de cierto en que a la Psicología le queda mucho por hacer, también lo hay en que en los últimos años se han dado avances considerables, y la perspectiva cognitivo-conductual de entender la psicopatología y la psicoterapia no ha sido ajena a dichos avances.

De hecho, en los últimos cuarenta años se han producido tantos cambios y desarrollos en el área de las psicoterapias cognitivo-conductuales que hoy más que nunca se muestran como falsas las ideas que muchos profesionales tienen sobre la naturaleza de los enfoques psicoterapéuticos cognitivo-conductuales. Estas ideas son, en parte, herederas de las primeras décadas de estos enfoques, décadas que estuvieron marcadas por la oposición, e incluso la beligerancia, frente a las perspectivas tradicionales de intervención psicológicas y psiquiátricas, y que les llevaron a veces a radicalizar sus posturas y a ser duramente criticados y caricaturizados por los defensores de estas otras perspectivas. Me gustaría repasar con Uds. algunas de esas ideas y opiniones las cuales, a la luz de los desarrollos actuales en Psicología, pueden considerarse falsas, mitos ya antiguos.

1. Un primer mito afirma que **la psicoterapia cognitivo-conductual sólo cambia los síntomas de los problemas, pero no sus causas**. Es cierto que en este enfoque se comienza por describir los síntomas o conductas problemáticas, pero para pasar después al análisis de los determinantes del comportamiento de la persona, a las causas de sus trastornos, y sólo una vez establecidas éstas, y en función de ellas, se buscan procedimientos y técnicas para superarlos. En consecuencia, modifica causas y no solamente síntomas, si bien, para valorar la magnitud de los cambios de la forma más objetiva posible, evalúa si los síntomas continúan o no. En definitiva, la pregunta a la que

el psicólogo cognitivo-conductual debe saber contestar es: por qué.

2. También se afirma que **“el enfoque cognitivo-conductual no está interesado en el desarrollo histórico de los problemas y trastornos** y que, para tratar con éxito los problemas, es indispensable conocer las causas de origen” . Tal vez el origen de este malentendido está en el hecho constatado de que en múltiples ocasiones los factores causales que originaron un problema (p. ej., comenzar a fumar por probar nuevas sensaciones, por identificarse con los adultos, etc.) no coinciden necesariamente con los factores causales que lo mantiene (p. ej., seguir fumando sin poder evitarlo ante la presencia de síntomas negativos de abstinencia). Sin embargo, a nadie escapa hoy que se trabaja con personas que tienen una biografía que influye en todo el proceso, y que ayuda a comprender el mismo y sus posibles soluciones.
3. Otra afirmación falsa sugiere que este enfoque **únicamente trata de modificar los factores ambientales y las conductas observables**, pero que no se da suficiente importancia a lo que las personas sienten o piensan. Aunque algunas orientaciones teóricas dentro del enfoque cognitivo-conductual como, por ejemplo, el análisis de conducta aplicado, se han centrado en los factores susceptibles de observación directa en aras de una mayor objetividad, **en la actualidad** se trabaja con todos los factores relevantes para solucionar un problema concreto, ya sean situaciones sociales, estímulos ambientales no sociales, respuestas fisiológicas, comportamientos motores, rasgos de personalidad, actitudes, pensamientos o emociones.
4. También se afirma a veces que **los tratamientos cognitivo-conductuales son como recetarios de cocina, que se aplican sin tener en cuenta las particularidades de cada individuo**. El hecho de que haya programas estandarizados de tratamiento no implica que se apliquen de manera indiscriminada y uniforme con todo tipo de personas sin tener en cuenta las características específicas de su problema, de su personalidad y del medio. En el proceso habitual de evaluación-intervención se adapta e individualiza el tratamiento a cada persona. Por ejemplo, aplicar un programa de tratamiento cognitivo-conductual para la fobia social puede implicar, junto al elemento clave y estándar de exposición a las situaciones temidas, sesiones más o menos frecuentes e intensas de entrenamiento en habilidades sociales o de técnicas de reestructuración cognitiva según sean las habilidades sociales del individuo en cuestión o sus actitudes disfuncionales. Por supuesto, esta individualización del programa de intervención no está reñida con su especificación en términos objetivos. La perspectiva cognitivo-conductual exige que se especifiquen de forma objetiva, clara, precisa y estructurada los objetivos, técnicas y contextos de aplicación, así como los métodos para evaluar su eficacia. Sólo así puede ser objeto de contrastación empírica por parte de la comunidad científica. Una consecuencia lógica de este énfasis en la especificación objetiva ha sido la creación de manuales de terapias y tratamientos que han permitido no sólo la diseminación de los procedimientos a los profesionales, sino también la replicación exacta de los resultados de las investigaciones en la práctica profesional.
5. Otra creencia bastante generalizada consiste en afirmar que **los tratamientos cognitivo-conductuales sólo pueden ser útiles para algunos problemas muy concretos y sencillos**, como controlar los berrinches de los niños, pero que son demasiado simples

para problemas tan complejos como los trastornos mentales. Esta creencia posiblemente venga del hecho de que en numerosos estudios de investigación se hayan aplicado las técnicas de forma aislada para así comprobar su eficacia diferencial. Pero esto no implica que en la práctica profesional se actúe de igual forma. Los problemas suelen responder a múltiples causas y, por tanto, también suelen ser múltiples las soluciones. La psicoterapia cognitivo-conductual implica la aplicación personalizada de un conjunto de técnicas que conjugan los principios activos de su eficacia para cada uno de los aspectos de ese problema.

Por otro lado, la investigación en los últimos años ha permitido desarrollar y contrastar múltiples técnicas cognitivo-conductuales eficaces para todo tipo de trastornos mentales y problemas clínicos, desde los más frecuentes (trastornos de ansiedad, depresivos, de abuso y dependencia del alcohol y otras drogas, sexuales, de pareja o del sueño) hasta los considerados más graves (esquizofrenia, demencia, retraso mental o autismo) los cuales se aplican con toda clase de clientes y pacientes.

De hecho, aunque el hincapié en la valoración sistemática de la eficacia de sus tratamientos mediante la evaluación objetiva y la verificación empírica ha sido una constante a lo largo de la historia de la perspectiva cognitivo-conductual, en los últimos 10 años se ha convertido en un tema aún más importante que ha dado lugar a numerosas investigaciones y que han ampliado el ámbito de interés no sólo a la cuestión de la **eficacia** de las terapias cognitivo-conductuales, sino también a la de su **efectividad y eficiencia**.

La evaluación de la **eficacia** de los tratamientos se centra en la identificación de cualquier cambio beneficioso en los pacientes que pueda ser atribuido con suficiente garantía a la administración del tratamiento y no a otros factores ajenos a él. Para poder detectar más fácilmente esos cambios y descartar cualquier explicación alternativa de su origen, los investigadores disponen las condiciones más óptimas posibles y de máximo control de todo tipo de variables extrañas (p. ej., con pacientes seleccionados mediante estrictos criterios de inclusión y exclusión que son tratados por terapeutas específicamente entrenados) y utilizan diseños experimentales controlados de grupo o de caso único que maximizan la validez de las conclusiones sobre los efectos beneficiosos del tratamiento.

La evaluación de la **efectividad** de los tratamientos se centra, por su parte, en la utilidad de las terapias, en saber si las terapias funcionan en la práctica habitual, si los beneficios que se obtienen en las condiciones ideales de los estudios de eficacia también se dan en las condiciones reales que se dan en la práctica profesional, cuando la intervención se pone en marcha con todo tipo de pacientes y por todo tipo de profesionales. En este caso, la aparición de efectos beneficiosos ya no depende sólo de la eficacia de la propia terapia, sino de otras variables como, por ejemplo, la aceptación de la terapia por pacientes y profesionales, de la preparación de estos para aplicarla, etc.

Por último, la **eficiencia** se pregunta si vale la pena dedicar recursos a una intervención en lugar de a otra. Estudia, por tanto, la relación coste-beneficios del tratamiento respecto a parámetros monetarios, de recursos humanos, de tiempo, etc.

Aunque la investigación actual desde el enfoque cognitivo-conductual discurre por los tres frentes, es la evaluación de la eficacia la que ha generado más estudios y la que ha dado mayores logros. Al fin y al cabo, la eficacia es un elemento básico, aunque no el único, de la efectividad y la eficiencia. Si un tratamiento no tiene ningún efecto positivo en sí mismo, sino que sus beneficios son debidos a otro factor ajeno al mismo, merece más la pena estudiar la utilidad y los costes-beneficios de ese otro factor que los del tratamiento; igualmente, si los potenciales efectos positivos de un tratamiento no son identificables en las condiciones ideales de un estudio de eficacia, difícilmente dicho tratamiento provocará efectos positivos en las condiciones menos óptimas de la práctica profesional habitual y, por tanto, es poco probable que su aplicación merezca la pena en términos de costes-beneficios.

En este sentido, 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.

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. Sin embargo, respecto a otros trastornos como los depresivos o los de la conducta alimentaria, junto a terapias cognitivo-conductuales, también se incluyen terapias procedentes de otras perspectivas psicológicas como la interpersonal o la psicodinámica. Igualmente, respecto a los trastornos de abuso y dependencia de sustancias y a la esquizofrenia, aunque las psicoterapias cognitivo-conductuales son las que mayoritariamente parecen tener, al menos a fecha de 1998, el suficiente aval empírico para garantizar su eficacia en todo tipo de trastornos, para el caso del abuso y la dependencia de la heroína también goza de ese aval empírico la terapia dinámica breve, mientras que la terapia familiar sistémica lo tiene para el tratamiento de la esquizofrenia.

Alguien podría pensar, con una preocupación comprensible, que este tipo de estrategia de análisis e investigación es o podría ser excluyente, relegando el desarrollo e investigación de cualquier otro tipo de terapias. A mi parecer, este tipo de propuesta, **no se caracteriza por la exclusión, sino por la exigencia**. Es exigente desde la perspectiva de los pacientes, que merecen recibir los tratamientos, que con nuestros mejores conocimientos en cada momento dado, ofrecen la mejor garantía de solución para sus problemas. Es exigente desde la perspectiva de la ciencia,

pues incentiva la investigación y permite discriminar a las psicoterapias de las prácticas ajenas al fundamento científico de la Psicología y la Psiquiatría. Es exigente desde la perspectiva de la sociedad, que tiene el derecho a dedicar sus recursos a aquellas psicoterapias que de forma contrastable pueden beneficiar a sus miembros. En definitiva, es exigente desde nuestra propia deontología profesional que nos exige, como psicólogos, aplicar tratamientos cuya eficacia esté suficientemente garantizada. Así, nuestro Código deontológico afirma que, “sin perjuicio de la legítima diversidad de teorías, escuelas y métodos, el/la Psicólogo/a no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente”.

Por supuesto, estos límites han variado muchos en los últimos años y es nuestro deber ponernos al día en ellos y ampliarlos. Es importante recalcar, en este sentido, que el hecho de que un tipo particular de psicoterapia no aparezca en este tipo de listados no quiere decir que no sea eficaz, sino que los trabajos de investigación sobre la misma aún no permiten llegar a esa conclusión en función de los criterios establecidos. Se podría decir que “son todas las que están, pero no están todas las que son”. De hecho, con los resultados de las investigaciones realizadas en los últimos 6 años desde que se realizó esa lista, esta se podría ampliar considerablemente tanto en cuanto al número de trastornos incluidos como en cuanto al número de psicoterapias.

Es verdad que el enfoque cognitivo-conductual ha realizado en todos estos años un gran esfuerzo por validar la eficacia de sus tratamientos, pero este esfuerzo no debería ser exclusivo de este enfoque y debería extenderse a otras perspectivas. Por supuesto, ya hay algunos grupos de investigación que, desde esas otras perspectivas, han realizado y están realizando programas de evaluación de la eficacia de muy variadas psicoterapias, programas que no son, por otro lado, recientes. Por ejemplo, Carl Rogers, el creador de la terapia centrada en el cliente, fue un decidido impulsor de la evaluación de los resultados de los tratamientos psicológicos, eso sí, con los estándares de los años 60.

Obviamente, los estándares y las reglas del juego en este tipo de investigaciones sobre eficacia NO SON PERFECTAS y con total seguridad, SON MEJORABLES. Para empezar, por ejemplo, sería necesario incluir la evaluación de los procesos y no únicamente la evaluación de los resultados. No obstante, tales criterios pueden ser una forma común de trabajo, un punto de partida muy realista que, por otro lado, ya está siendo utilizado por nuestros colegas en otras ciencias de la salud y por los administradores de recursos. Uno puede pensar que esto “no va conmigo”, pero, al final, este tipo de perspectivas razonables, aunque mejorables, se imponen y muchos de los tratamientos eficaces o potencialmente eficaces podrían quedar relegados e incluso abandonados al no formar parte de los tratamientos cuya eficacia está avalada no sólo por buenas suposiciones, sino también por datos que permiten una toma de decisiones más informada y menos subjetiva.

Creo, por tanto, que sería una buena idea, un punto de partida sensato, animar a todos los investigadores de otras perspectivas y orientaciones psicológicas a que cada día se involucren más en los proyectos de evaluación de la eficacia de sus tratamientos. Destruir ese punto de partida común, o ignorarlo, simplemente porque puede ser mejorable no es una actitud muy constructiva a no ser que se ofrezcan alternativas. A veces, lo mejor es enemigo de lo bueno. Y sin embargo, la sociedad, las administraciones sanitarias públicas y privadas, y nuestros pacientes nos van a demandar respuestas a cuáles son, para cada trastorno y dentro de los límites del conocimiento científico vigente en cada momento, las terapias psicológicas que tienen las

mejores garantías de ser las más beneficiosas. Afortunadamente, los avances científicos de los últimos años nos permiten ya dar muchas respuestas a estas preguntas; es más, para muchos trastornos podemos escoger ya entre varias respuestas terapéuticas avaladas. La mayoría de ellas proceden del enfoque cognitivo-conductual, pero me parece que analizar y mejorar la eficacia de nuestros tratamientos psicológicos son cuestiones tan serias, que no las deberíamos dejar únicamente en manos de los psicólogos cognitivos-conductuales (aunque yo me encuentre entre ellos). MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN.