



Capítulo 16/94

Tratado de psiquiatría clínica  
Massachusetts General Hospital  
2017 - 2018

# TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUAL, CONDUCTUAL Y COGNITIVA

*Trabajamos para su tranquilidad...*

# Terapias cognitivo-conductual, conductual y cognitiva

*Susan E. Sprich, PhD*

*Bunmi O. Olatunji, PhD*

*Hannah E. Reese, PhD*

*Michael W. Otto, PhD*

*Elizabeth Rosenfield, BA*

*Sabine Wilhelm, PhD*

## Puntos clave

### Contexto

- La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una de las formas de psicoterapia más exhaustivamente investigadas, y su reconocimiento como tratamiento de elección para numerosos trastornos es cada vez mayor.

### Historia

- La TCC representa la integración de dos potentes tradiciones dentro de la psicología: la terapia conductual (TCn) y la terapia cognitiva (TCg).
- La TCn emplea los principios del aprendizaje para modificar la conducta humana. Sus técnicas abarcan la exposición, la relajación, el entrenamiento en asertividad, en habilidades sociales, en resolución de problemas, el modelado, las técnicas de afrontamiento y la activación conductual (AC).
- La TCg, concebida en un primer momento como un tratamiento para la depresión, está basada en la idea de que los pensamientos influyen sobre la conducta, y que los estilos de pensar inadaptados dan lugar a conductas inadaptadas y a un sufrimiento afectivo. En la actualidad, la TCg se utiliza mucho para toda una serie de trastornos.

### Retos para la investigación y la clínica

- Una preocupación habitual consiste en saber si los resultados obtenidos en los ensayos controlados aleatorizados (ECA) sobre la TCC se trasladan sin problemas a la práctica corriente entre la población.
- Existe un creciente interés por difundir tratamientos con una confirmación empírica, de modo que se prepare a la comunidad clínica para su uso.
- La cuestión de si combinar o no la farmacoterapia con la TCC puede resultar complicada.
- La decisión de suministrar un tratamiento combinado debe contar con el análisis minucioso del trastorno, su gravedad y cronicidad, los antecedentes terapéuticos del paciente y la fase de tratamiento.
- Hay una insistencia cada vez mayor en una investigación centrada en las dimensiones de la conducta observable y en mediciones neurobiológicas, con el objetivo de llegar a comprender mejor la psicopatología.

## Apuntes prácticos

- La TCC es un tratamiento conjunto.
- La TCC es un tratamiento activo.
- La TCC es un tratamiento estructurado.
- La TCC está basada en la evidencia.
- La TCC es un tratamiento breve.

## Perspectiva general

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una de las formas de psicoterapia más exhaustivamente investigadas y su reconocimiento como tratamiento de elección para numerosos trastornos es cada vez mayor.<sup>1</sup> Los resultados de los ensayos controlados aleatorizados (ECA) señalan expresamente que, para determinadas enfermedades, la TCC es superior a los grupos de control con lista de espera, e igual que la psicoterapia de apoyo y otras intervenciones admisibles. En buena medida, las primeras indicaciones para la aplicación de la TCC fueron la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo.<sup>2</sup> Sin embargo, las investigaciones clínicas están enfrascadas durante los últimos tiempos en empezar a poner a punto la TCC para todo un catálogo de problemas cada vez más amplio (incluidos el trastorno bipolar,<sup>3,4</sup> los trastornos de la conducta alimentaria,<sup>5</sup> el trastorno dismórfico corporal,<sup>6</sup> el trastorno por déficit de atención con hiperactividad<sup>7,8</sup> y los trastornos psicóticos<sup>9</sup>).

Los datos empíricos reunidos acerca del empleo de la TCC contra una amplia gama de procesos resultan prometedores.<sup>10</sup> No obstante, sigue habiendo una brecha apreciable entre los alentadores informes de los estudios clínicos y una extensa adopción de las intervenciones correspondientes a la TCC por parte de los médicos generales.<sup>11</sup> Por otro lado, siguen pendientes las dudas con respecto a los límites de su eficacia en la práctica general y a sus indicaciones.<sup>12</sup> Pese a todo, está claro que la TCC representa lo mejor que la comunidad psicoterapéutica tiene que ofrecer a fecha de hoy en cuanto a opciones terapéuticas avaladas por los datos.

Por regla general, la TCC alude a un tratamiento que recurre a intervenciones conductuales y cognitivas; procede de modelos teóricos con un apoyo científico.<sup>13,14</sup> Por tanto, existe una relación de coherencia teórica entre las técnicas de la TCC y los trastornos para cuyo tratamiento están diseñadas.<sup>15</sup> Según el trastorno, estas intervenciones pueden ir dirigidas a suprimir los patrones cognitivos y conductuales directamente vinculados con su aparición o su mantenimiento, o a potenciar las capacidades de afrontamiento que permitan encarar el desencadenamiento o la duración de síntomas correspondientes a trastornos promovidos por otros factores (p. ej., biológicos) o su duración.

## Terapias conductual, cognitiva y cognitivo-conductual

Las TCC representan la integración de dos potentes tradiciones dentro de la psicología: la terapia conductual (TCn) y la terapia cognitiva (TCg). La TCn emplea los principios del aprendizaje para modificar la conducta humana. Sus técnicas abarcan la exposición, la relajación, el entrenamiento en asertividad, en habilidades sociales, en resolución de problemas, el modelado, las técnicas de afrontamiento y la activación conductual (AC).

Muchas de estas intervenciones son una consecuencia directa de los principios del condicionamiento operante y respondiente (respondent). El condicionamiento operante se ocupa de modificar las conductas mediante la manipulación de los premios y los castigos, como si fueran los acontecimientos desencadenantes. Por ejemplo, en el tratamiento de la drogodependencia, el empleo de contingencias específicas entre la abstinencia de su consumo (confirmada muchas veces por los exámenes toxicológicos de la orina o la saliva) y los premios (p. ej., oportunidad de ganar una recompensa monetaria) ha resultado ser una poderosa táctica para alcanzar este propósito entre los toxicómanos de larga duración.<sup>16</sup> Dentro de la estrategia operante también figuran miles de intervenciones que utilizan el entrenamiento por pasos para engendrar las nuevas habilidades necesarias frente a las situaciones problemáticas. Por ejemplo, el entrenamiento en asertividad, en la relajación y en la resolución de problemas son estrategias conductuales centrales para intervenir sobre las deficiencias de alguna capacidad que puedan resultar manifiestas en afecciones tan variadas como la depresión, el trastorno bipolar o la hipocondría. Uno de los métodos para tratar la depresión, la AC, hace hincapié en la recuperación de las actividades placenteras y productivas, y en el uso específico de tales acciones para estimular el ánimo. Sus intervenciones implican una programación por pasos de aquellas actividades que los pacientes consideran que tienen que ver con sus valores personales y están dotadas de una probabilidad de suscitar placer o una sensación de productividad personal. La AC consistirá expresamente en confeccionar una jerarquía de actividades en la cual se puntúan hasta unas 15, que van desde las más fáciles hasta las más difíciles de ejecutar. A continuación, el paciente recorre esta jerarquía de un modo sistemático, avanzando desde la actividad más sencilla hasta la más compleja.<sup>17</sup> Según su opinión, pueden hacer falta nuevas intervenciones o la adquisición de otras capacidades. Por ejemplo, el entrenamiento en asertividad puede contener una serie de intervenciones, como el ensayo conductual, que representan conductas adecuadas y eficaces para manejar situaciones en las que la asertividad resulte problemática. El condicionamiento del participante alude al cambio de significado de un estímulo a través de su emparejamiento repetido a otros estímulos, y sus principios se han aplicado especialmente a las intervenciones frente a los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, teorías influyentes como la de los dos factores de Mowrer<sup>18</sup> para los trastornos fóbicos destacaron la importancia que tiene el condicionamiento del participante para establecer respuestas de temor frente al detonante de la fobia, y la evitación para mantenerlas. Por consiguiente, la TCn se concentra en el lugar que ocupa la exposición para ayudar a los pacientes a reintegrarse en las situaciones de fobia y a eliminar (extinguir) los miedos aprendidos hacia estos estímulos fóbicos a través de la exposición repetida a ellos bajo condiciones de seguridad. Los tratamientos por exposición llegan a englobar muchísimas modalidades o procedimientos. Por ejemplo, un paciente con fobia social puede quedar expuesto a toda una serie de situaciones sociales que produzcan ansiedad, como la exposición in vivo (p. ej., hablar por teléfono, con desconocidos, pronunciar una alocución), la exposición en la imaginación (p. ej., imaginarse en alguna situación social), la exposición a las sensaciones temidas (llamada exposición interoceptiva porque implica la provocación de sensaciones somáticas de temor, específicamente similares a las de la ansiedad y la angustia) y la exposición a las cogniciones temidas (p. ej., a los conceptos temidos mediante técnicas de imaginación). Por regla general, la exposición se realiza de un modo escalonado, a diferencia de la inundación, en la que la persona resulta arrojada a la situación más amenazadora desde el comienzo. Su ejecución se diseña para ayudar a los pacientes a aprender respuestas alternativas frente a toda una diversidad de situaciones, dejando que el temor se disipe (quede

extinguido) aunque siga presente la situación temida. Concebida antaño como el debilitamiento pasivo de unas exposiciones que se habían aprendido, la extinción se considera en la actualidad un proceso activo destinado a dotar de un significado alternativo a los estímulos (p. ej., reaprendizaje de una sensación de «seguridad» ante un estímulo temido en el pasado),<sup>19</sup> y las investigaciones en curso sobre los principios de la extinción, sus procedimientos y sus límites, tal como revelan los estudios con animales y con personas, tienen la capacidad de ayudar a los clínicos a afinar mejor la eficacia de sus tratamientos basados en este método. Por ejemplo, cada vez son más numerosas las pruebas de que los efectos terapéuticos de la exposición quedan potenciados al crear en los pacientes un compromiso activo, y una atención, hacia el aprendizaje basado en estos principios; al efectuar la exposición en abundantes contextos realistas, y al suministrar múltiples detonantes dentro del aprendizaje en condiciones de seguridad.<sup>20</sup> Los terapeutas también deberían procurar que el aprendizaje acaecido durante la exposición sea independiente de contextos que no vayan a darse en el futuro (p. ej., presencia del propio terapeuta). Asimismo, la efectividad en la aplicación de la terapia por exposición exige evitar aquellas conductas seguras que sean capaces de socavar lo aprendido en este proceso. Dichas conductas seguras hacen referencia a las que llega a utilizar cualquier persona para tranquilizarse a sí misma en las situaciones fóbicas. Por ejemplo, un paciente con trastorno de angustia puede llevar un teléfono móvil o una botella de agua como ayuda o para sentir apoyo durante una crisis de angustia. Tales conductas seguras, además de tranquilizar al paciente, parecen bloquear el aprendizaje íntegro de una auténtica seguridad.<sup>21,22</sup> Es decir, cuando se elimina la posibilidad de recurrir a ellos, parece mejorar el aprendizaje por extinción (o de la seguridad).<sup>23,24</sup>

La TCg se concibió en un primer momento como un tratamiento contra la depresión, con la idea de que los pensamientos influyen sobre la conducta y que, en buena medida, son los estilos de pensar inadaptados los que dan lugar a conductas inadaptadas y a un sufrimiento afectivo.<sup>25,26</sup> Sin embargo, en la actualidad, la TCg incluye enfoques para una gama de trastornos más amplia.<sup>27,28</sup>

En su aplicación frente a la depresión, el modelo cognitivo plantea que las interferencias de la cognición asociadas a este cuadro nacen a raíz de una síntesis de las experiencias vitales anteriores. La síntesis de tales experiencias también se describe como un pensamiento, un tipo de memoria semántica referida a características de interés para el sujeto. Por ejemplo, el modelo cognitivo de la depresión propone que los «pensamientos» negativos sobre uno mismo que contienen creencias categóricas (p. ej., «soy antipático» o «soy un inepto») pueden traducirse en valoraciones disfuncionales de sí mismo, del mundo y del futuro. Al quedar expuesto a los acontecimientos negativos de la vida, se activan pensamientos negativos y actitudes disfuncionales capaces de producir los síntomas de la depresión. De este modo, los patrones cognitivos inadaptados y los pensamientos negativos también pueden considerarse factores de riesgo o de mantenimiento para la depresión.<sup>29</sup> Es posible clasificar los pensamientos automáticos negativos en varios modelos comunes de pensamiento mencionados como distorsiones cognitivas. Tal como se esboza en la [tabla 16-1](#), las distorsiones cognitivas suelen ocurrir automáticamente y pueden manifestarse como pensamientos irracionales o como interpretaciones inadaptadas de acontecimientos vitales relativamente ambiguos.

## Tabla 16-1

### Ejemplos de distorsiones cognitivas

Distorsión	Descripción
Pensamiento de todo o nada	Ver las cosas en categorías absolutas de blanco y negro
Filtro mental	Preocuparse por lo negativo y desestimar lo positivo
Descartar lo positivo	Insistir en que los logros o las cualidades positivas «no cuentan»
Lectura del pensamiento	Suponer que las personas reaccionan negativamente contra uno sin pruebas que confirmen tales premisas
Sobregeneralización	Extraer una conclusión negativa que rebase la situación actual
Adivinación	Pronosticar arbitrariamente que las cosas acabarán mal
Magnificación o minimización	Exagerar las cosas o empequeñecer su importancia inadecuadamente
Razonamiento emocional	Razonar a partir de los sentimientos («me siento estúpido, así que en realidad debo ser estúpido»)
Afirmaciones «de deber»	Criticarse a uno mismo (o a los demás) con expresiones como «debería(s)» o «no debería(s)», «tendría(s) que», «habría que» y «tengo/tienes que»
Etiquetado	Identificarse con defectos («soy un fracasado»)
Personalización y culpa	Culparse de algo de lo que no se es responsable (y no pensar en explicaciones más verosímiles)

Adaptado de Beck JS. Cognitive behavior therapy: basics and beyond, ed 2, New York, 2011, Guilford Press.

La TCg<sup>30</sup> y un planteamiento parecido que se denomina terapia racional-emotiva<sup>31</sup> aportan técnicas que corrigen el pensamiento distorsionado y ofrecen un medio por el que los pacientes puedan dar una respuesta mejor adaptada a los pensamientos inadaptados. Además de examinar las distorsiones cognitivas (Hollon y Garber;<sup>32</sup> v. [tabla 16-1](#)), la TCg se centra en los núcleos de creencias más penetrantes (p. ej., «soy antipático» o «soy un inepto»), valorando los temas que se hallan soterrados bajo los patrones recurrentes de distorsiones cognitivas. Dichos temas pueden evaluarse en relación con los antecedentes de aprendizaje de un paciente (para valorar el origen de las creencias a fin de someter a un examen lógico a las que sean inadaptadas y modificarlas).

Una técnica cognitiva de uso habitual es la reestructuración cognitiva. Este método toma como punto de partida ilustrar al paciente sobre el modelo cognitivo y suministrarle instrumentos para identificar los pensamientos automáticos (negativos) que suceden «en directo». La mayoría de los terapeutas utilizan un registro cotidiano o un diario para seguir estos pensamientos automáticos negativos. A algunos pacientes les resulta cómodo efectuar este trabajo mediante una «aplicación» en su teléfono inteligente, con la tableta o con el ordenador portátil. El paso siguiente de la reestructuración cognitiva consiste en dar a los pacientes la oportunidad de juzgar sus pensamientos en lo que atañe a su utilidad, así como a su validez. A través de un proceso de análisis lógico de los pensamientos, el paciente recibe un contexto incomparable para sustituir los pensamientos distorsionados por otros más

exactos y realistas. Un método que sirve de ayuda a un paciente comprometido en el análisis crítico de los patrones de pensamiento consiste en tener en cuenta los datos objetivos favorables y contrarios a sus pensamientos inadaptados. Por tanto, se podrían formular preguntas del tipo: «¿Cuáles son las pruebas a favor de que sea una mala madre? ¿Cuáles son las pruebas en contra?». Otra técnica útil es la que asigna al paciente el papel de asesor.<sup>30</sup> En este cometido, se le pide que dé un consejo a un pariente o a un amigo en la misma situación. Al distanciarlo de su propio pensamiento inadaptado, se le ofrece la oportunidad de entablar un análisis más racional del problema. Estas técnicas permiten al paciente poner a prueba la validez y la utilidad de sus pensamientos; al evaluar y contemplar los asuntos de un modo más racional, van a estar en condiciones de funcionar mejor. Además de las técnicas para reformar los patrones de pensamiento negativo, la TCg también está surtida de experimentos conductuales. Las tareas y los experimentos conductuales se emplean en ella para suministrar datos correctores que cuestionen las creencias y las suposiciones negativas subyacentes. Con respecto al mecanismo para prevenir las recaídas en la TCg, cada vez se presta mayor atención a la importancia del procesamiento y la forma de los pensamientos negativos, y no solo a su contenido.<sup>33,34</sup> Los estudios realizados señalan que las intervenciones cognitivas pueden servir para ayudar a los pacientes a cobrar mayor perspectiva sobre sus pensamientos y sentimientos negativos, de modo que estos hechos dejen de verse como «reflexiones necesariamente válidas sobre la realidad» (Teasdale et al.,<sup>33</sup> pág. 285). En concreto, hay datos indicativos de que los cambios en la conciencia metacognitiva son el posible mediador de los efectos preventivos de la TCg frente a las recaídas.<sup>33,35</sup> Por consiguiente, el desplazamiento de la respuesta afectiva de alguien hacia las cogniciones puede representar un elemento importante de los potentes efectos preventivos de las recaídas asociados a la TCg.<sup>36</sup> Aunque en primera instancia la TCg se ideó como un instrumento centrado en luchar contra las distorsiones de la depresión, también se observan suposiciones inadaptadas básicas en una gran variedad de otros procesos, por lo que la TCg formula propuestas que abarcan desde el trastorno de angustia,<sup>37</sup> el trastorno de estrés postraumático (TEPT),<sup>38</sup> la fobia social<sup>39</sup> y la hipocondría,<sup>28</sup> hasta los trastornos de la personalidad<sup>27</sup> y la prevención del suicidio.<sup>40</sup>

## Combinación de las terapias conductual y cognitiva

Como fruto de la unificación funcional entre las intervenciones cognitivas y las conductuales, la TCC se basa plenamente en el análisis funcional de cadenas interrelacionadas de pensamientos, emociones y conductas. Por tanto, sus principios subyacentes se exportan sin problemas a una gran variedad de deficiencias conductuales. Tal como recoge la [tabla 16-2](#),<sup>41</sup> la TCg, la TCn y su combinación han cosechado un respaldo empírico para el tratamiento de una amplia serie de trastornos. La TCC se ha especializado cada vez más durante la última década, y los avances en la conceptualización de distintos trastornos han aportado una mejora de sus intervenciones para dirigirla sobre los rasgos nucleares de diversos trastornos y los patrones de conducta dominantes que los caracterizan.

Tabla 16-2

Ejemplos de terapias cognitivas, conductuales y cognitivo-conductuales sólidas para trastornos específicos

Terapia	Proceso/trastorno
Cognitiva	Depresión
Conductual	Agorafobia
	Depresión
	Fobia social
	Fobia específica
	Trastorno obsesivo-compulsivo
	Cefalea
	Conducta negativista
	Enuresis
	Disfunción matrimonial
	Disfunción orgásmica femenina
	Disfunción eréctil masculina
	Discapacidades del desarrollo
Cognitivo-conductual	Angustia, con y sin agorafobia
	Trastorno de ansiedad generalizada
	Fobia social
	Síndrome del colon irritable
	Dolor crónico
	Bulimia

Adaptado de Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, et al. Update on empirically validated therapies: II, Clin Psychol 51:3–16, 1998.

### **Principios básicos de la terapia cognitivo-conductual**

Según se resume en la [tabla 16-3](#), la TCC actual es una intervención conjunta, estructurada y orientada a cumplir su objetivo.<sup>1</sup> Sus formas actuales apuntan hacia los componentes centrales de un determinado trastorno. Por ejemplo, las intervenciones de TCC contra el trastorno de angustia se encaminan hacia las malinterpretaciones catastróficas de las sensaciones somáticas de angustia y las consecuencias que se perciben de ellas, mientras que los procedimientos de exposición se centran directamente en el propio temor de las sensaciones somáticas. De la misma manera, la aplicación de la TCC contra la fobia social se fija en la modificación del temor hacia una evaluación negativa por parte de los demás, y los tratamientos de exposición insisten en finalizar las actividades y las interacciones con los otros que sean temidas. En el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el tratamiento por TCC está enfocado en el propio proceso que motiva la preocupación, con la sustitución por

parte de la reestructuración cognitiva y la resolución de problemas de los patrones que autoperpetúan la preocupación, así como el empleo de la exposición por imaginación frente a las preocupaciones y los temores. En el caso de la depresión, la TCC va dirigida contra los pensamientos negativos sobre uno mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, aparte de incorporar la AC para abrir más oportunidades de refuerzo positivo. Las estrategias de tratamiento de los síntomas (p. ej., reeducación de la respiración o relajación muscular) o el entrenamiento de las capacidades sociales (p. ej., entrenamiento en asertividad) también representan un valioso complemento a las intervenciones de exposición y reestructuración cognitiva.

Tabla 16-3

Rasgos característicos de la terapia cognitivo-conductual

Rasgo	Descripción
La TCC es breve	En la TCC, la duración de su aplicación depende básicamente del tiempo necesario para ayudar al paciente a adquirir pautas de respuesta más adaptativas. Sin embargo, los tratamientos por TCC suelen durar alrededor de 8 a 20 sesiones
La TCC es activa	La TCC aporta un contexto para aprender conductas adaptativas. Es misión del terapeuta suministrar al paciente la información, las capacidades y las oportunidades de forjar unos mecanismos de afrontamiento más adaptativos. Por tanto, las tareas realizadas en casa son un rasgo central de la TCC
La TCC es estructurada	La TCC sigue un programa de manera que los tramos de las sesiones están dedicados a cubrir objetivos concretos. Durante cada sesión, se enseñan técnicas o conceptos específicos. Sin embargo, siempre debería lograrse un equilibrio entre el material introducido por el paciente y el plan de la sesión predeterminado
La TCC es conjunta	En general, la relación terapéutica no tiene tanto relieve en la TCC. Sin embargo, es importante que el terapeuta y el paciente entablen una buena relación profesional de colaboración para reducir los síntomas mediante la adquisición de capacidades alternativas de adaptación

TCC, terapia cognitivo-conductual.

### Práctica básica de la terapia cognitivo-conductual

La TCC está clásicamente enfocada a los tratamientos breves, muchas veces dentro de los márgenes de 12 a 20 sesiones, aunque se hayan diseñado tratamientos aún más cortos, haciendo hincapié en aquellos mecanismos nucleares para la modificación.<sup>42</sup> El procedimiento comienza con una evaluación a fondo del problema frente al que el paciente busca remedio. Por regla general, este paso consiste en un análisis funcional muy detallado de sus síntomas y de los contextos en los que aparecen. La valoración requiere una recogida exhaustiva de sus antecedentes, una entrevista diagnóstica, el análisis de su actividad actual

(p. ej., social, laboral, relacional y familiar) y la determinación de sus apoyos sociales. Aunque el examen pueda exigir cierta reflexión sobre los acontecimientos del pasado, tal información suele recogerse si presenta un interés directo para solucionar los problemas del aquí y ahora.

Un rasgo clave de la TCC es el establecimiento de una sólida alianza de trabajo y colaboración con el paciente. Esta relación suele ponerse en marcha en el marco de su educación sobre la naturaleza del trastorno, al explicarle el modelo que sigue la TCC con respecto a la causa del proceso y su mantenimiento, así como la intervención que deriva de sus planteamientos. La educación del paciente cumple la función de normalizar algunos aspectos del cuadro; ello puede servir para reducir la autoinculpación. Asimismo, la psicoeducación (incluida la información sobre el curso del tratamiento) permite mejorar la motivación del paciente hacia los cambios. El terapeuta y el paciente también trabajan juntos para formular unos objetivos terapéuticos claros y realistas.

Para recolectar información sobre los síntomas del paciente, se le enseña sin demora a escrutar sus pensamientos y conductas. Este objetivo suele exigir una confirmación de los síntomas por su parte, así como de su momento de aparición, su fecha y el grado de sufrimiento que generan, lo mismo que cuáles son sus precursores y sus consecuencias. El seguimiento al que se autosomete lo ayuda a cobrar conciencia del desarrollo cronológico de los síntomas elegidos y de su presencia, además de aportar más noticias sobre las oportunidades para intervenir. Los métodos de autovigilancia resultan vitales para ayudar al paciente a identificar los contenidos de sus pensamientos; una vez conseguido esto, es posible pasar a rebatirlos en aspectos como su exactitud y su utilidad. Muchas veces, la exactitud de los pensamientos y las creencias se examina en el contexto de experimentos conductuales, donde los pacientes tienen la ocasión de poner a prueba sus predicciones (p. ej., «me voy a desmayar», «no voy a ser capaz de salir adelante»).

La TCC también insiste en efectuar una supervisión sistemática de los cambios registrados en los síntomas. Esta fase puede adoptar la forma de una entrevista al paciente sobre cómo se siente en comparación con las sesiones anteriores. Sin embargo, una práctica más habitual consiste en hacerle rellenar cuestionarios sobre sus síntomas. Esta valoración periódica aporta una mirada objetiva sobre la naturaleza de los síntomas de un paciente en relación con la norma más consolidada, sobre cuáles han mejorado y cuáles requieren una mayor atención. Básicamente, la valoración objetiva resultante de la TCC sirve para informar al paciente y al terapeuta sobre la eficacia del tratamiento y resalta aquellos nuevos asuntos que exijan un énfasis mayor durante el tratamiento. El seguimiento de la evolución también puede orientar al clínico sobre cómo formular el caso o cómo plantear intervenciones alternativas dentro de la TCC, si no se hubieran logrado los objetivos terapéuticos pretendidos.

En muchos enfoques de la TCC, el paciente y el terapeuta colaboran en fijar el programa de temas que han de debatir en cada sesión. En él, se presta una atención especial a aquellos hechos sucedidos desde la última sesión que tengan que ver con los objetivos terapéuticos del paciente. Parte del contenido de las sesiones terapéuticas debería enfocarse en adelantar las dificultades que puedan surgir antes del siguiente encuentro. A continuación, habría que debatirlas en un contexto de resolución de problemas, con la implantación de las capacidades cognitivas y conductuales necesarias. Este proceso puede exigir una formación en aquellas capacidades que faciliten de inmediato la reducción del sufrimiento. Actividades como el entrenamiento para la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva pueden resultar especialmente útiles en este sentido. Aunque las intervenciones específicas utilizadas durante la TCC varíen en cada caso, la decisión sobre cuál de ellas escoger debería verse

inspirada por las teorías cognitivas y del aprendizaje que consideran que los trastornos son comprensibles dentro de un contexto de conductas, pensamientos y emociones recíprocamente conectados entre sí, que resultan activados e influidos por acontecimientos ambientales e interpersonales.

Tal como indica la [tabla 16-3](#), la TCC también es un tratamiento activo que concede una atención especial a la práctica doméstica de las intervenciones. Por tanto, el análisis de las tareas realizadas en casa constituye un componente primordial de cada una de las sesiones de la TCC. Al repasar si el paciente hizo sus tareas para casa habría que hacer hincapié en qué es lo que aprendió y qué es lo que quiere seguir haciendo durante la semana venidera en su domicilio. La adjudicación de esta labor, fijada de forma conjunta, debería emanar de manera natural a partir del proceso de resolución de problemas en la sesión terapéutica. El empleo del trabajo en casa dentro de la TCC procede de la interpretación de la terapia como una experiencia de aprendizaje en la que el paciente adquiere nuevas capacidades. Al final de cada sesión terapéutica de TCC habría que brindarle la oportunidad de resumir cuáles fueron las intervenciones más útiles empleadas. En este sentido, también deberían pedírsele sus comentarios al respecto, e intentar potenciar el recuerdo de las intervenciones más provechosas y su posterior aplicación en el domicilio.<sup>43</sup>

En la TCC también son fundamentales las actividades para prevenir las recaídas. La insistencia en los métodos de resolución de problemas dentro del tratamiento sirve para preparar al paciente a identificar los primeros signos de alarma en este sentido y se le enseña a ser «su propio terapeuta». Incluso una vez acabado, el paciente suele concertar «sesiones de recuerdo» para revisar los recursos aprendidos en el proceso. Por ende, los métodos más novedosos para evitar las recaídas, como el tratamiento de los síntomas residuales, subrayan la aplicación de la TCC para fomentar el bienestar en vez de limitarse a atenuar sin más la dolencia.<sup>44,45</sup>

### **Práctica de la terapia cognitivo-conductual: el caso del trastorno de angustia**

En el caso del trastorno de angustia, la TCC suele constar de 12 a 15 sesiones; su comienzo sirve para presentar el modelo de la TCC con respecto al trastorno de angustia ([fig. 16-1](#)).<sup>46</sup> El terapeuta comienza discutiendo los síntomas de angustia con el paciente. Los síntomas de angustia (p. ej., frecuencia cardíaca acelerada, disnea y temblor) se explican como parte del sistema de defensa natural de nuestro organismo que nos prepara para la lucha o para la huida ante la existencia de una amenaza real. Cuando los síntomas se producen en presencia de un peligro real, la respuesta nos ayuda a sobrevivir. Cuando lo hacen a falta de ese peligro real, la respuesta es una crisis de angustia. Muchas veces, si alguien experimenta una crisis de angustia «cuando menos se lo espera», es que teme que algo va fatal. La persona tendrá miedo de poder estar sufriendo un infarto de miocardio, o una enfermedad grave, o de haber «enloquecido». A los pacientes se les dice que semejantes malinterpretaciones catastróficas de los síntomas del trastorno de angustia solo sirven para su persistencia. Las interpretaciones hacen que el individuo experimente temor hacia un nuevo infarto; por esta razón, la persona se vuelve hipervigilante ante cualquier sensación somática capaz de señalar su comienzo. A su vez, esta hipervigilancia agudiza la conciencia del individuo de su cuerpo y acentúa las sensaciones somáticas que redundan en una mayor ansiedad. El ciclo sigue hasta culminar en una crisis de angustia.

Figura 16-1 Modelo cognitivo-conductual del trastorno de angustia. (Adaptado de Otto MW, Pollack MH, Meltzer-Brody S, Rosenbaum JF. Cognitive-behavioral therapy for benzodiazepine discontinuation in panic disorder patients, *Psychopharmacol Bull* 28:123–130, 1992.)

A lo largo del tratamiento, el terapeuta trabaja con el paciente para examinar la exactitud de sus malinterpretaciones catastróficas por medio del diálogo socrático y el suministro de la información correctora correspondiente. Por ejemplo, es posible pedirle que evalúe los indicios de todas las consecuencias más probables de una crisis de angustia. Además, se le expone de forma gradual a las sensaciones somáticas que más teme (un proceso llamado exposición interoceptiva). La exposición interoceptiva consta de una amplia variedad de procedimientos (como la hiperventilación, el ejercicio o el movimiento giratorio en una silla<sup>47</sup>) que pretenden exponer al paciente a aquellas experiencias corporales internas más temidas (p. ej., taquicardia, adormecimiento u hormigueo) de una manera controlada. A través de la exposición repetida a estas sensaciones, el paciente se habitúa a ellas, lo que aplaca el miedo y la ansiedad ligados a los estímulos internos. Esta exposición reiterada permite al paciente aprender que dichas sensaciones no son dañinas.

La reestructuración cognitiva se combina con la exposición interoceptiva para ayudar al paciente a reinterpretar las sensaciones somáticas y reducir el temor. En los casos de agorafobia, también se realiza esta exposición gradual a la situación para suprimir la evitación de aquellas circunstancias asociadas a la angustia. En todos los ejercicios de exposición, ha de prestarse una atención especial a la eliminación de las conductas de seguridad capaces de interferir en la habituación al miedo y el aprendizaje por extinción. Las conductas de seguridad abarcan todo aquello que el paciente pueda hacer para evitar su sensación de ansiedad. Estas acciones pueden consistir en llevar un frasco de pastillas en el bolsillo o un teléfono móvil para llamar pidiendo ayuda. Si se quiere potenciar los ejercicios de exposición, hay que acabar paulatinamente con estas conductas. El paciente debe aprender que va a estar bien incluso sin necesidad de tales conductas. El empleo de las técnicas de relajación también puede resultar provechoso para el tratamiento de la angustia. Sin embargo, Barlow et al.<sup>48</sup> observaron que su incorporación (poniendo de relieve la reestructuración cognitiva y la exposición interoceptiva) parecía reducir la eficacia terapéutica con el tiempo (v. también Schmidt et al.<sup>49</sup>). Esto indica que, en algunos casos, un paciente puede entregarse a la relajación como una técnica de seguridad (es decir, depender demasiado de ella como técnica terapéutica frente a la angustia a expensas de dejar de aprender a no temer las sensaciones relacionadas con la ansiedad). Aunque las técnicas de relajación puedan llegar a cumplir la misma función que la evitación en algunos pacientes con trastorno de angustia, los estudios han demostrado que estas estrategias aportan ciertas ventajas a una amplia gama de casos con trastornos de ansiedad.<sup>50</sup> Por tanto, la decisión de ofrecérselas a los pacientes con un trastorno de angustia dentro de la TCC debería fundamentarse en función del contexto en el que el paciente vaya a aplicarlas.

## **Eficacia de la terapia cognitivo-conductual**

Tal como resume la [tabla 16-1](#), en general se considera que las técnicas cognitivas y conductuales o su combinación (TCC) son intervenciones que reciben un respaldo empírico frente a una amplia gama de trastornos. En realidad, numerosos ensayos sobre los desenlaces clínicos han puesto de manifiesto que la TCC resulta eficaz frente a una multitud de trastornos

psiquiátricos, igual que para las afecciones médicas dotadas de un componente psicológico.<sup>51</sup> Sin embargo, el diagnóstico de enfermedades concomitantes, los trastornos de la personalidad o los problemas médicos complejos pueden complicar el tratamiento por TCC. Tales obstáculos no implican que un paciente no vaya a responder bien a la TCC, sino que su respuesta podría ser más lenta.

Con el intento de integrar las conclusiones de los ECA, se han realizado múltiples estudios por metaanálisis (que permiten a los investigadores sintetizar cuantitativamente los resultados de innumerables estudios con el fin de caracterizar la eficacia general de diversas intervenciones). Dos revisiones recientes de los metaanálisis más completos efectuados para evaluar la eficacia de la TCC han compendiado oportunamente el tamaño de sus efectos sobre los resultados terapéuticos en la depresión unipolar del adulto, la depresión del adolescente, el TAG, el trastorno de angustia con o sin agorafobia, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el TEPT, la esquizofrenia, la tensión matrimonial, la ira, la bulimia, los trastornos de internalización en la infancia, la delincuencia sexual y el dolor crónico (excepto la cefalea).<sup>10,15,52</sup> A continuación, se presenta una revisión de estos metaanálisis más otros datos de interés, y todo ello se resume en las tablas 16-4 a 16-10.

Tabla 16-4

Resumen de los metaanálisis sobre los estudios que exploran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual frente a la depresión unipolar

Autor(es)	Tratamiento	Comparación(es)	TE
<b>DEPRESIÓN UNIPOLAR DEL ADULTO</b>			
Hans y Hiller (2013) <sup>54</sup>	TCC	Antes y después del tratamiento, global	1,13
		Antes y después del tratamiento, intención de tratar	1,06
Gloaguen et al. (1998) <sup>53</sup>	TCg	Lista de espera o placebo	0,82
		Antidepresivos	0,38
		Terapia conductual	0,05
		Otras terapias	0,24
<b>DEPRESIÓN UNIPOLAR DEL ADOLESCENTE</b>			
Weisz et al. (2006) <sup>60</sup>	TCC	Terapias no cognitivas	0,63
Reinecke et al. (1998) <sup>59</sup>	TCC	Lista de espera	1,11
		Relajación	0,75
		Terapia de apoyo	0,55

Tomado de Butler AC, Chapman JE, Forman EM. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses, Clin Psychol Rev 26:17–31, 2006; y Deacon

BJ, Abramowitz JS. Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings, *J Clin Psychol* 60:429–441, 2004.

Las puntuaciones positivas del TE indican superioridad del grupo terapéutico sobre el comparativo. Las puntuaciones negativas del TE indican superioridad del grupo comparativo sobre el terapéutico.

TCC, terapia cognitivo-conductual; TCg, terapia cognitiva; TE, tamaño del efecto.

Tabla 16-5

Resumen de los metaanálisis sobre los estudios que exploran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual frente al trastorno de ansiedad generalizada

Autor(es)	Tratamiento	Comparación(es)	TE
Gould et al. (1997) <sup>66</sup>	TCC	Lista de espera, terapia no directiva, pastillas de placebo o ausencia de tratamiento	0,7
Borkovec y Whisman (1996) <sup>158</sup>	TCg	Antes del tratamiento-después del tratamiento	1,3
	TCn	Antes del tratamiento-después del tratamiento	1,71
	TCC	Antes del tratamiento-después del tratamiento	2,13
Westen y Morrison (2001) <sup>159</sup>	Diversos tratamientos	Lista de espera u otros tratamientos psicosociales	0,9
Mitte (2005) <sup>68</sup>	TCC	Sin tratamiento	0,82
		Placebo	0,57
		Farmacoterapia	0,33

Tomado de Butler AC, Chapman JE, Forman EM. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses, *Clin Psychol Rev* 26:17–31, 2006; y Deacon BJ, Abramowitz JS. Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings, *J Clin Psychol* 60:429–441, 2004.

Las puntuaciones positivas del TE indican superioridad del grupo terapéutico sobre el comparativo. Las puntuaciones negativas del TE indican superioridad del grupo comparativo sobre el terapéutico.

TCC, terapia cognitivo-conductual; TCg, terapia cognitiva; TCn, terapia conductual; TE, tamaño del efecto.

Tabla 16-6

Resumen de los metaanálisis sobre los estudios que exploran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual frente al trastorno de angustia con o sin agorafobia

Autor(es)	Tratamiento	Comparación(es)	TE
Mitte (2005) <sup>160</sup>	TCC	Sin tratamiento	0,87
		Placebo	0,51
		Terapia conductual	0,09
		Farmacoterapia	0,27
		Farmacoterapia + TCC	0,23
Westen Morrison (2001) <sup>159</sup>	Diversos tratamientos	Lista de espera u otros tratamientos psicosociales	0,8
Oei et al. (1999) <sup>71</sup>	TCC	Normas comunitarias/habituales	– 0,48
van Balkom et al. (1997) <sup>70</sup>	Tratamiento psicológico	Antes del tratamiento-después del tratamiento	1,25
	Exposición a la angustia	Antes del tratamiento-después del tratamiento	0,79
Gould et al. (1995) <sup>69</sup>	TCC	Lista de espera, relajación, pastillas de placebo, terapia de apoyo, control por contacto mínimo o psicoeducación	0,68
Clum et al. (1993) <sup>161</sup>	Inundación	Fármaco o placebo psicológico	1,36
	Afrontamiento psicológico	Fármaco o placebo psicológico	1,41
Cox et al. (1992) <sup>162</sup>	Exposición	Antes del tratamiento-después del tratamiento	2,28

Tomado de Butler AC, Chapman JE, Forman EM. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses, *Clin Psychol Rev* 26:17–31, 2006; y Deacon BJ, Abramowitz JS. Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings, *J Clin Psychol* 60:429–441, 2004.

Las puntuaciones positivas del TE indican superioridad del grupo terapéutico sobre el comparativo. Las puntuaciones negativas del TE indican superioridad del grupo comparativo sobre el terapéutico.

TCC, terapia cognitivo-conductual; TE, tamaño del efecto.

Tabla 16-7

Resumen de los metaanálisis sobre los estudios que exploran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual frente a la fobia social

Autor(es)	Tratamiento	Comparación(es)	TE
Hofmann et al. (2008) <sup>75</sup>	TCC	Placebo	0,62
Fedoroff y Taylor (2001) <sup>77</sup>	Exposición	Antes del tratamiento-después del tratamiento	1,08
	TCg	Antes del tratamiento-después del tratamiento	0,72
	TCg + exposición	Antes del tratamiento-después del tratamiento	0,84
Gould et al. (1997) <sup>76</sup>	TCC	Lista de espera, control por contacto mínimo, psicoeducación y grupo de apoyo, control con atención-placebo	0,74
Taylor (1996) <sup>163</sup>	Exposición	Antes del tratamiento-después del tratamiento	0,82
	TCg	Antes del tratamiento-después del tratamiento	0,63
	TCg + exposición	Antes del tratamiento-después del tratamiento	1,06
Feske y Chambless (1995) <sup>164</sup>	TCC	Pastillas de placebo, lista de espera, psicoterapia de apoyo-educativa	0,38
	Exposición	Lista de espera	1,06

Tomado de Butler AC, Chapman JE, Forman EM. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses, *Clin Psychol Rev* 26:17–31, 2006; y Deacon BJ, Abramowitz JS. Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings, *J Clin Psychol* 60:429–441, 2004.

Las puntuaciones positivas del TE indican superioridad del grupo terapéutico sobre el comparativo. Las puntuaciones negativas del TE indican superioridad del grupo comparativo sobre el terapéutico.

TCC, terapia cognitivo-conductual; TCg, terapia cognitiva; TE, tamaño del efecto.

Tabla 16-8

Resumen de los metaanálisis sobre los estudios que exploran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual frente al trastorno obsesivo-compulsivo

Autor(es)	Tratamiento	Comparación(es)	TE
Olatunji et al. (2013) <sup>83</sup>	TCC	Tratamiento de control	1,39
	EPR	Sin tratamiento	1,5

Autor(es)	Tratamiento	Comparación(es)	TE
Abramowitz et al. (2002) <sup>82</sup>	TCg	Sin tratamiento	1,19
	EPR	Terapia cognitiva	0,07
Abramowitz (1997) <sup>81</sup>	EPR	Relajación	1,18
	EPR	Terapia cognitiva	-0,19
	EPR	Exposición sola o prevención de la respuesta sola	0,59
van Balkom et al. (1994) <sup>80</sup>	TCn	Antes del tratamiento-después del tratamiento	1,46
	TCg	Antes del tratamiento-después del tratamiento	1,09
	TCC	Antes del tratamiento-después del tratamiento	1,3

Tomado de Butler AC, Chapman JE, Forman EM. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses, Clin Psychol Rev 26:17–31, 2006; y Deacon BJ, Abramowitz JS. Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings, J Clin Psychol 60:429–441, 2004.

Las puntuaciones positivas del TE indican superioridad del grupo terapéutico sobre el comparativo. Las puntuaciones negativas del TE indican superioridad del grupo comparativo sobre el terapéutico.

EPR, exposición y prevención de la respuesta; TCC, terapia cognitivo-conductual; TCg, terapia cognitiva; TCn, terapia conductual; TE, tamaño del efecto.

Tabla 16-9

Resumen de los metaanálisis sobre los estudios que exploran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual frente al trastorno de estrés postraumático

Autor(es)	Tratamiento	Comparación(es)	TE
Hoffman et al. (2008) <sup>75</sup>	TCC	Placebo	0,62
National Collaborating Centre for Mental Health (2005) <sup>88</sup>	TCC	Lista de espera	1,7
Van Etten y Taylor (1998) <sup>165</sup>	TCn	Antes del tratamiento-después del tratamiento	1,27

Autor(es)	Tratamiento	Comparación(es)	TE
Sherman (1998) <sup>166</sup>	Exposición, TPC, hipnosis, DRMO, EIE o tratamiento hospitalario	Lista de espera, terapia de apoyo o dinámica	0,52

Tomado de Butler AC, Chapman JE, Forman EM. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses, Clin Psychol Rev 26:17–31, 2006; y Deacon BJ, Abramowitz JS. Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings, J Clin Psychol 60:429–441, 2004.

Las puntuaciones positivas del TE indican superioridad del grupo terapéutico sobre el comparativo. Las puntuaciones negativas del TE indican superioridad del grupo comparativo sobre el terapéutico.

DRMO, desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares; EIE, entrenamiento en inoculación de estrés; TCC, terapia cognitivo-conductual; TCn, terapia conductual; TE, tamaño del efecto; TPC, terapia de procesamiento cognitivo.

Tabla 16-10

Resumen de los metaanálisis sobre los estudios que exploran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual frente a otros trastornos y problemas

Autor(es)	Tratamiento	Comparación(es)	TE
<b>ESQUIZOFRENIA</b>			
Newton-Howes y Wood (2013) <sup>99</sup>	TCC	Placebo	0,22
Wykes et al. (2008) <sup>97</sup>	TCC	Antes del tratamiento-después del tratamiento	0,4
Rector y Beck (2001) <sup>96</sup>	TCC	Antes del tratamiento-después del tratamiento	1,5
<b>TENSIÓN MATRIMONIAL</b>			
Dunn y Schwebel (1995) <sup>105</sup>	TCC	Sin tratamiento	0,71
	TCn	Sin tratamiento	0,78
<b>IRA</b>			
Sukhodolsky et al. (2004) <sup>107</sup>	TCC	Sin tratamiento	0,67
Beck y Fernandez (1998) <sup>106</sup>	TCC	Sin tratamiento	0,7
<b>BULIMIA NERVIOSA</b>			
Spielmann et al. (2013) <sup>167</sup>	TCC	Sin TCC	0,24

Autor(es)	Tratamiento	Comparación(es)	TE
Whittal et al. (1999) <sup>5</sup>	TCC	Antes del tratamiento-después del tratamiento	
		Atracción	1,28
		Purga	1,22
		Actitudes de alimentación	1,35
<b>TRASTORNOS DE INTERNALIZACIÓN EN LA INFANCIA</b>			
Grossman y Hughes (1992) <sup>108</sup>	TCC	Sin tratamiento o placebo psicológico	
		Ansiedad	0,93
		Depresión	0,87
<b>DELINCUENCIA SEXUAL</b>			
Nagayama Hall (1995) <sup>109</sup>	TCC	Sin tratamiento	0,35
<b>DOLOR CRÓNICO (DISTINTO DE CEFALEA)</b>			
Morley et al. (1999) <sup>110</sup>	TCC	Lista de espera	
		Experiencia de dolor	0,33
		Funcionamiento social	0,61
	TCn	Lista de espera	
		Experiencia de dolor	0,32

Tomado de Butler AC, Chapman JE, Forman EM. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses, *Clin Psychol Rev* 26:17–31, 2006; y Deacon BJ, Abramowitz JS. Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings, *J Clin Psychol* 60:429–441, 2004.

Las puntuaciones positivas del TE indican superioridad del grupo terapéutico sobre el comparativo. Las puntuaciones negativas del TE indican superioridad del grupo comparativo sobre el terapéutico.

TCn, terapia conductual; TCC, terapia cognitivo-conductual; TE, tamaño del efecto.

## Depresión unipolar del adulto

La TCg se ha estudiado más a fondo en la depresión unipolar del adulto (v. [tabla 16-4](#)). En un examen exhaustivo sobre el desenlace de los tratamientos, Gloaguen et al.<sup>53</sup> observaron que la TCg era mejor que: 1) figurar en una lista de espera o estar asignado a placebo; 2) los antidepresivos, y 3) otras terapias diversas. También resultó igual de eficaz que la TCn. En cuanto a la efectividad, un reciente metaanálisis reveló que la TCC ambulatoria era efectiva para disminuir los síntomas depresivos en la muestra total ( $d = 1,13$ ) y con intención de tratar

( $d = 1,06$ ).<sup>54</sup> Aunque durante mucho tiempo se había pensado que el cambio en los esquemas cognitivos y los pensamientos negativos automáticos era el mecanismo central por el que la TCg producía una mejoría, esto ha quedado en entredicho tras el éxito de los tratamientos conductuales de la depresión. En una investigación acerca de la eficacia relativa de cada uno de sus componentes, se vio que la aplicación de los ingredientes conductuales de la TCC derivaba en una mejoría inmediata y en una prevención de las recaídas tan acusada como el tratamiento con la TCg completa.<sup>55,56</sup> Desde que han aflorado estos datos, los investigadores han trabajado para perfeccionar los componentes conductuales y ponerlos a punto en un tratamiento llamado activación conductual (AC), que abandona los componentes cognitivos del tratamiento a favor de las técnicas conductuales dirigidas a fomentar actividades positivas, el compromiso con el medio y la reducción de la evitación. Un gran estudio para comparar la AC con la TCg y los antidepresivos descubrió que la AC era más efectiva que la TCg y tanto como los antidepresivos para reducir los síntomas de la depresión.<sup>57</sup> El éxito de este tratamiento constituye un avance prometedor en la lucha contra dicho proceso, pues las técnicas empleadas en la AC son mucho más sencillas de aprender por parte de los clínicos. La facilidad con la que los clínicos dominan la AC puede favorecer su difusión en contextos (es decir, atención primaria, salud mental de la población) en los que hacen falta unos tratamientos de la depresión rápidos, fáciles y efectivos. Los datos sobre la eficacia a largo plazo de la TCC en la depresión unipolar del adulto también resultan prometedores. Los pacientes tratados con la TCg hasta lograr la remisión tienen más o menos la mitad de probabilidades de recaer que los tratados en las mismas condiciones con antidepresivos.<sup>58</sup> Asimismo, se ha demostrado que la TCg supera a los antidepresivos como medio para evitar la recidiva de la depresión mayor tras interrumpir el tratamiento.<sup>36</sup>

## **Depresión unipolar del adolescente**

Cada vez está más admitida la importancia del tratamiento y la prevención de las enfermedades psiquiátricas en los niños y los adolescentes. Aunque el trabajo con estos grupos suele ser complicado en razón de su desarrollo, se han presentado resultados positivos en el tratamiento de la depresión unipolar del adolescente (v. [tabla 16-4](#)). La revisión de Reinecke et al.<sup>59</sup> acerca de la TCC en los adolescentes con depresión mayor descubrió su superioridad sobre la lista de espera, el entrenamiento en relajación y la terapia de apoyo (cuyos tamaños del efecto oscilan de 0,45 a 1,12). En un metaanálisis más reciente, Weisz et al.<sup>60</sup> observaron que los tratamientos cognitivos no eran más efectivos que las intervenciones no cognitivas (tamaño del efecto = 0,34). Sin embargo, Butler et al.<sup>10</sup> apuntaron que en este campo de investigación los tamaños de las muestras son pequeños y habría que interpretar los resultados con prudencia y tomarlos como meramente preliminares en el mejor de los casos.

## **Trastorno bipolar**

Durante la última década se ha producido un aumento llamativo en la aplicación de medidas psicosociales como estrategia complementaria al tratamiento farmacológico del trastorno bipolar. Los métodos cognitivo-conductuales han ocupado un lugar sobresaliente entre estas innovaciones,<sup>3</sup> con pruebas evidentes de que el interés del tratamiento psicosocial y su

aceptación están creciendo entre los especialistas en el trastorno bipolar.<sup>61</sup> Las publicaciones al respecto han evolucionado desde los primeros protocolos de TCC encaminados a mejorar la observancia de la medicación<sup>62</sup> hasta otros protocolos más generales dirigidos a la prevención de las recaídas, así como al tratamiento de la depresión bipolar. Estas opciones más amplias, que engloban la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, las habilidades para la resolución de problemas, y el manejo del sueño y las actividades diarias, han reducido los episodios maníacos, hipomaníacos y depresivos, y desembocaron en una disminución de la duración del trastorno del estado de ánimo y en un acortamiento de las estancias hospitalarias.<sup>63-65</sup> El tratamiento de la depresión bipolar representa un ejemplo excelente de una situación en la que la TCC puede constituir un complemento muy efectivo a la medicación.

### **Trastorno de ansiedad generalizada**

Un temprano metaanálisis de Gould et al.<sup>66</sup> reveló que la TCC fue superior a la lista de espera y a cualquier situación sin tratamiento como medida contra el TAG, e igualó en efectividad a la medicación. Estos autores también compararon los tamaños del efecto en la TCC, la TCn y la TCg, y observaron que para la TCC era de 0,91, mientras que para solo TCg fue de 0,59 y para la TCn de 0,51. Por tanto, cualquier tratamiento óptimo para el TAG parece constar tanto de un componente cognitivo como de uno conductual (v. [tabla 16-5](#)). También se han descrito los beneficios logrados mediante un tratamiento prolongado del TAG (a través de la TCC). En una comparación entre la TCC, la psicoterapia dinámica y la medicación, Durham et al.<sup>67</sup> descubrieron que la aplicación de la TCC al TAG desembocaba en una mejoría más duradera, de 8 a 14 años después del tratamiento. En relación con la farmacoterapia, los resultados de un metaanálisis pusieron de manifiesto que la TCC era más efectiva que las situaciones de control. Sin embargo, los resultados de la comparación entre la eficacia relativa de la TCC y la farmacoterapia variaban según el método de metaanálisis utilizado, por lo que no fue posible extraer unas conclusiones definitivas acerca de su efectividad relativa.<sup>68</sup>

### **Trastorno de angustia**

La TCC también resulta eficaz frente al trastorno de angustia (v. [tabla 16-6](#)). En un temprano metaanálisis de Gould et al.,<sup>69</sup> se observó que la TCC superaba a la lista de espera y a placebo; los tratamientos compuestos por la reestructuración cognitiva y la exposición interoceptiva dieron lugar a una mejoría mayor ( $d = 0,88$ ). Asimismo, un metaanálisis de van Balkom et al.<sup>70</sup> puso de manifiesto que la TCn integrada por la exposición in vivo resultó muy efectiva para el tratamiento de la angustia ( $d = 0,79$ ) y la agorafobia ( $d = 1,38$ ). En una comparación entre la norma en la población y los pacientes con trastorno de angustia,<sup>71</sup> la TCg redujo los síntomas (hasta niveles normales) al finalizar el tratamiento. La TCC también produce unos beneficios terapéuticos más duraderos en comparación con el tratamiento mediante medicación.<sup>72-74</sup>

### **Trastorno de ansiedad social**

La TCC también ha resultado efectiva para reducir la ansiedad social<sup>75</sup> (v. [tabla 16-7](#)). Un metaanálisis de Gould et al.<sup>76</sup> puso de manifiesto que su aplicación era superior a la lista de espera y a placebo, con un tamaño del efecto de 0,93. En él, se observó que los tamaños del efecto para la TCC, la TCg y la TCn entre antes y después del tratamiento fueron de 0,8, 0,6 y 0,89, respectivamente. Un segundo metaanálisis dedicado a examinar la eficacia de la TCC, la TCg y la TCn descubrió unos tamaños del efecto de 0,84, 0,72 y 1,08, respectivamente.<sup>77</sup> En conjunto, estos resultados indican que las intervenciones cognitivas y conductuales son efectivas para el trastorno de ansiedad social. Es más, parece que los ingredientes de la TCn (es decir, la exposición) pueden ser los responsables de la mayoría de los beneficios terapéuticos observados en este proceso. Asimismo, la aplicación de la TCC en el trastorno de ansiedad social deriva en unos efectos terapéuticos de más larga duración en comparación con la medicación.<sup>78,79</sup>

## **Trastorno obsesivo-compulsivo**

Un metaanálisis de van Balkom et al.<sup>80</sup> exploró los tamaños del efecto en el TOC comparando entre antes y después de aplicar la TCn (exposición y prevención de la respuesta [EPR] y otros tratamientos basados en la exposición), la TCg (técnicas cognitivas sin ninguna exposición) y la TCC (tratamientos que combinan técnicas cognitivas con exposición). Así, se observó que los resultados tras la evaluación efectuada por el clínico fueron de 1,47, 1,04 y 1,85, respectivamente, lo que indica que los tres tratamientos resultaron efectivos y que la incorporación de técnicas cognitivas a la TCn puede ofrecer una ventaja añadida. En otro metaanálisis que comparó directamente la TCg con la EPR, se vio que la primera era un poco más efectiva.<sup>81</sup> Sin embargo, un tercer metaanálisis<sup>82</sup> reveló que el tamaño del efecto de la EPR era más potente que el de la TCg cuando se comparaban ambos métodos con un grupo sin tratamiento. No obstante, al compararlos directamente entre sí, se descubrió que eran igual de efectivos. En este mismo sentido, un metaanálisis de 2013 reveló que la TCC parecía más efectiva que la lista de espera y la aplicación de controles con placebo psicológico y pastillas de placebo después del tratamiento (g de Hedges = 1,39) y durante el seguimiento (g de Hedges = 0,43).<sup>83</sup> Aun así, los tamaños del efecto no variaron con el tipo de TCC. Vistos en conjunto, estos resultados indican que la TCg, la TCC y la TCn (EPR) son tratamientos efectivos para el TOC (v. [tabla 16-8](#)). La TCg puede confirmarse como una alternativa terapéutica efectiva y mejor tolerable.<sup>84,85</sup> La TCC también muestra una eficacia prolongada para el TOC.<sup>86,87</sup>

## **Trastorno de estrés postraumático**

Existen bastantes datos que avalan la eficacia de la TCC para el TEPT (v. [tabla 16-9](#)). Un metaanálisis sobre los tratamientos psicológicos para este proceso puso de manifiesto que su aplicación superaba a las situaciones de lista de espera (con un tamaño medio del efecto de 1,49)<sup>88</sup> y a toda una diversidad de circunstancias de control (g de Hedges = 0,62).<sup>75</sup> Una declaración de consenso de 2000 considera la TCC un tratamiento de primera línea.<sup>89</sup> Los ensayos controlados han expresado invariablemente las ventajas de la TCC sobre los controles, respaldando los tratamientos que hacen hincapié en la exposición a los detonantes traumáticos en la imaginación o in vivo, lo mismo que los que anteponen la reestructuración cognitiva en el contexto de la exposición repetida al contenido de los relatos del trauma.<sup>90-94</sup>

Los enfoques cognitivo-conductuales comparten el enfoque de ayudar sistemáticamente a los pacientes a reprocesar el acontecimiento traumático y reducir el grado en el que cualquier detonante asociado al trauma sea capaz de provocar potentes respuestas emocionales, mediante la combinación expresa de intervenciones de exposición y de reestructuración cognitiva. También hay pruebas a favor de la eficacia de la TCC a largo plazo frente al TEPT.<sup>95</sup>

## **Esquizofrenia**

Se ha observado que la TCC resulta efectiva como complemento de la farmacoterapia en el tratamiento de la esquizofrenia (v. [tabla 16-10](#)). Una revisión puso de manifiesto que su aplicación sumada a la atención habitual determinaba una reducción de los síntomas positivos, negativos y globales ( $d = 1,23$ ).<sup>96</sup> Las personas tratadas solo con las medidas habituales durante el mismo período mostraban una mejoría sintomática modesta ( $d = 0,17$ ). En un metaanálisis más reciente, la TCC ejerció un efecto pequeño o mediano sobre los síntomas positivos y negativos, así como sobre el funcionamiento general y el estado de ánimo.<sup>97</sup> Además, la TCg puede resultar efectiva como estrategia preventiva en las personas con un riesgo extremadamente alto de contraer este trastorno.<sup>98</sup> Por el contrario, un metaanálisis de 2013 reveló que la TCC no era más efectiva que otras intervenciones sin ella.<sup>99</sup>

## **Trastornos de la conducta alimentaria**

La TCC representa un tratamiento de elección de primera línea frente a la bulimia nerviosa (v. [tabla 16-10](#)).<sup>100</sup> Una revisión de un metaanálisis sobre su aplicación en este proceso indica una reducción clínicamente significativa en la frecuencia de los atracones ( $d = 1,28$ ) y las purgas ( $d = 1,22$ ), con una mejoría en las actitudes mantenidas hacia la alimentación ( $d = 1,35$ ) entre antes y después del tratamiento.<sup>4</sup> La TCC también resiste bien la comparación con otros métodos, con una eficacia igual o superior a los medicamentos<sup>101</sup> y diversas alternativas terapéuticas afines.<sup>102,103</sup>

## **Dependencia de drogas y otras sustancias**

Se ha observado insistentemente la efectividad de toda una serie de métodos cognitivo-conductuales para tratar los trastornos por consumo de drogas y otras sustancias. Entre estas intervenciones destacan las técnicas de afrontamiento (donde se facilitan recompensas sociales, monetarias o de otros tipos, en respuesta a los resultados de los cribados toxicológicos negativos sobre el consumo de drogas y otras sustancias), los métodos de adquisición de habilidades y prevención de las recaídas (en los que se identifican y practican respuestas para poder evitar o afrontar situaciones de alto riesgo frente al consumo de drogas, como son las conductas alternativas sin drogas), y la terapia familiar conductual (en la que podrían combinarse técnicas de afrontamiento, el refuerzo interpersonal y las intervenciones para el desarrollo de habilidades).<sup>16,104</sup> Pese al éxito de estos planteamientos, el tratamiento de la drogodependencia es un campo claramente pendiente de la creación de nuevas estrategias para estimular la respuesta al tratamiento y la conservación de los avances terapéuticos.

## Otros procesos psicológicos

La TCC también se ha estudiado en otros muchos cuadros psicológicos (v. [tabla 16-10](#)). En comparación con la ausencia de tratamiento, se ha observado su efectividad para reducir la tensión matrimonial ( $d = 0,71$ ), aunque no sea significativamente mayor que con la TCn de pareja o con la terapia matrimonial de orientación interpersonal.<sup>105</sup> El tamaño del efecto publicado para la TCC frente a la ira y la agresividad es semejante en comparación con la ausencia de tratamiento en los adultos ( $d = 0,7$ )<sup>106</sup> y en los niños ( $d = 0,67$ ).<sup>107</sup> Según un metaanálisis destinado a examinar la eficacia de la TCC en los trastornos de internalización en la infancia, Grossman y Hughes<sup>108</sup> descubrieron que su aplicación derivaba en mejoras significativas de la ansiedad ( $d = 0,93$ ), la depresión ( $d = 0,87$ ) y los síntomas somáticos ( $d = 0,47$ ), en comparación con la ausencia de tratamiento o placebo psicológico. Los efectos terapéuticos descritos para la TCC son más modestos en otros procesos psicológicos. Por ejemplo, en una revisión sobre su uso en la delincuencia sexual, Nagayama Hall<sup>109</sup> observó un tamaño del efecto global de 0,35 tras la medición de las recidivas en comparación con la ausencia de tratamiento. Un metaanálisis sobre el uso de la TCC frente al dolor reveló unos tamaños del efecto que oscilaban desde 0,06 al medir el estado de ánimo hasta 0,61 al medir el funcionamiento en cuanto al rol social, y en la medición directa de la experiencia de dolor, se vio que la TCC tiene un tamaño del efecto de 0,33.<sup>110</sup>

## Efectividad de la terapia cognitivo-conductual

Una frecuente preocupación gira en torno a la posibilidad de trasladar sin problemas los resultados recogidos en los ECA controlados sobre la TCC a la práctica corriente en la población.<sup>111</sup> Con relación a este asunto, Westbrook y Kirk<sup>112</sup> publicaron hace poco un amplio estudio de desenlaces clínicos con el fin de examinar la efectividad de la TCC en una clínica gratuita de salud mental. En su trabajo, observaron que, de 1.276 pacientes que comenzaron el tratamiento, 370 lo abandonaron antes de la fecha de finalización prevista. Este índice de abandono es más alto que el que suele publicarse en los ensayos clínicos sobre la TCC; sin embargo, los autores no suministraron ninguna información acerca de las razones para ello, lo que complica la interpretación de dicho resultado. Como los pacientes de este centro no habían recibido un diagnóstico fiable mediante una entrevista clínica estructurada, los autores contaron con dos mediciones como criterios de valoración para todos los casos: el Beck Anxiety Inventory (BAI) y el Beck Depression Inventory (BDI). Para aquellos que completaron el tratamiento, el tamaño global del efecto de mejora entre antes y después de su aplicación fue de 0,52 en el BAI y 0,67 en el BDI. Cuando los autores examinaron únicamente a aquellas personas cuya puntuación al incorporarse al tratamiento estaba dentro de los márgenes clínicos en cualquiera de estas dos mediciones, los tamaños del efecto entre antes y después del tratamiento subieron a 0,94 y 1,15, respectivamente. Estos datos encajan con los indicios de que la práctica clínica suele enfrentarse a pacientes menos enfermos que en los ensayos clínicos<sup>113</sup> y confirman la eficacia de la TCC frente a una gran diversidad de trastornos psiquiátricos en el marco de la comunidad. Es más, los resultados se parecen mucho a los de otros ensayos sobre efectividad y comparaciones,<sup>114-117</sup> lo que quiere decir que son bastante dignos de crédito y representativos de la asistencia prestada en la población.

## Combinación de la terapia cognitivo-conductual con la medicación

Habitualmente se considera que los psicofármacos constituyen la primera línea de tratamiento frente a un amplio abanico de trastornos psiquiátricos. Sin embargo, la farmacoterapia puede no conseguir una remisión completa de los síntomas y a veces llega a asociarse a una efectividad retrasada. La TCC puede complementarla, si no sustituirla, en diversos trastornos. Su aplicación va a ofrecerse a los pacientes para dominar los síntomas mientras se aguarda a una respuesta a la medicación y para contribuir a la respuesta terapéutica o reforzarla. Además, también se ha demostrado que la TCC es un tratamiento efectivo frente a las enfermedades mentales crónicas (como el trastorno bipolar y la esquizofrenia) sumado a la medicación.<sup>118</sup> Estos datos parecen sustentar la idea de que dos tratamientos (TCC más farmacoterapia) deben ser mejor que uno. Sin embargo, un examen reciente sobre las publicaciones existentes acerca de los desenlaces terapéuticos ha revelado que tal vez no sea tan sencillo el problema de combinar o no la farmacoterapia con la TCC.<sup>119</sup> La decisión de suministrar un tratamiento combinado debe contar con una minuciosa exploración del trastorno, de su gravedad y cronicidad, de los antecedentes terapéuticos del paciente y de la fase del tratamiento.

En el caso de la depresión unipolar, parece que la combinación de la medicación con la TCC aporta una pequeña ventaja sobre el uso de cualquiera de ellas solas.<sup>58,119</sup> Sin embargo, este hecho es más acusado en las personas con una depresión grave o crónica. La TCC ha resultado efectiva para prevenir la recaída en los individuos que ya han respondido a los antidepresivos y desean interrumpir su administración. En esta circunstancia, los fármacos y la TCC se ofrecerían de un modo secuencial en vez de simultáneo. Hollon et al.<sup>58</sup> proponen que la TCC y la farmacoterapia pueden complementarse entre sí debido a la diferencia en la velocidad de su acción. La farmacoterapia está específicamente asociada a cambios iniciales más rápidos, mientras que la TCC lo está a un progreso algo más tardío, contando desde el inicio del tratamiento. Por tanto, los sujetos que reciben ambos tipos de medidas sacan partido de ese temprano impulso originado por la medicación y de la mejora posterior vinculada a la TCC. La TCC y la medicación contra la depresión también pueden complementarse por sus mecanismos de acción cerebral. El tratamiento de la depresión con TCC opera a través de las cortezas frontal medial y cingulada para efectuar cambios en las vías hipocámpico-prefrontales.<sup>120</sup> El tratamiento con paroxetina (un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina [ISRS]) también produjo cambios en las vías hipocámpico-prefrontales, pero a través del tronco del encéfalo, la ínsula y la corteza cingulada subcallosa. Por tanto, ambos procedimientos pueden actuar por vías diferentes para alcanzar el mismo resultado. No obstante, entre las ventajas exclusivas que proporciona la TCC en comparación con los fármacos contra la depresión figuran las siguientes:<sup>121</sup> resultados constantes sobre su eficacia equivalente en los pacientes con depresión leve o moderada, pero sin la exposición a los peligros de los medicamentos o a sus efectos secundarios; datos sobre tasas de recaída menores que con la farmacoterapia cuando se interrumpe el tratamiento; datos sobre efectividad a largo plazo semejantes a los de la farmacoterapia de mantenimiento; mayor tolerabilidad que muchos productos farmacológicos, y evitación de los efectos duraderos de los medicamentos, como una posible acción sobre los desenlaces clínicos en circunstancias de cronicidad y gestación.

La decisión de suministrar un tratamiento combinado contra los trastornos de ansiedad entraña factores aún más complicados. Una reciente revisión sobre el tratamiento del trastorno de angustia indica que su aplicación combinada va ligada a unos beneficios modestos a corto plazo sobre el empleo de cada modalidad en solitario. Sin embargo, en el análisis de sus consecuencias a largo plazo, el tratamiento combinado quedó por encima de la medicación en solitario, pero no fue más efectivo que la TCC sin más.<sup>122</sup> Los resultados de un estudio multicéntrico para investigar la combinación de tratamientos en el trastorno de ansiedad social (solo TCC, solo fluoxetina, la combinación de estos tratamientos o placebo) pusieron de manifiesto una mejora inferior al 3% en los índices de respuesta al añadir fluoxetina a la TCC; los pacientes tratados con TCC más fluoxetina presentaron un valor del 54,2% con respecto a una cifra del 51,7% con solo TCC, y del 50,8% con solo fluoxetina.<sup>123</sup> Unos datos parecidos aparecieron publicados en un estudio multicéntrico sobre el uso del tratamiento combinado para adultos con TOC. Las respuestas del grupo que recibió TCC (EPR) y clomipramina combinadas no fueron significativamente mejores que en el grupo sometido exclusivamente a la TCC, y estos dos grupos alcanzaron mejores resultados que los tratados con solo clomipramina.<sup>124</sup> Sin embargo, en el Pediatric OCD Treatment Study (POTS), el tratamiento combinado resultó superior a la TCC aislada y a solo sertralina, los cuales no difirieron entre sí.<sup>125</sup>

Por tanto, en los trastornos de ansiedad, parece que la combinación de fármacos más TCC no tiene por qué dar lugar a unos beneficios terapéuticos sustancialmente mayores que los obtenidos con solo TCC. Si se tiene en cuenta que esta última es un tratamiento más asequible que el uso de la medicación,<sup>126</sup> los facultativos deberían considerarla como un tratamiento de primera línea frente a los trastornos de ansiedad, dejando la farmacoterapia reducida a una medida alternativa para quienes no respondan a la TCC. Sin embargo, la suma de la TCC a la medicación resulta beneficiosa. También hay pruebas de que la introducción de la TCC durante la administración de medicamentos y después de interrumpirlos permite a los pacientes conservar los progresos terapéuticos.<sup>127</sup>

Las novedades más recientes en el tratamiento combinado han explorado una estrategia muy diferente: en vez de sumar antidepresivos o ansiolíticos a la TCC, este nuevo planteamiento pretende reforzar la conservación del aprendizaje terapéutico a partir de la TCC. Hasta hoy, la propuesta más satisfactoria de esta clase ha radicado en potenciar la TCC con D-cicloserina, agonista glutamatérgico tipo N-metil-D-aspartato (NMDA).<sup>128-131</sup> Esta solución procede de los trabajos con animales que han implicado a los receptores NMDA en el aprendizaje por extinción. Este proceso parece verse favorecido por los agonistas parciales de los receptores NMDA, como la D-cicloserina.<sup>132,133</sup> Esta investigación básica con animales de laboratorio se ha aplicado reiteradamente a pacientes con trastornos de ansiedad, y los primeros resultados apuntan a que la D-cicloserina es capaz de mejorar la efectividad de la TCC basada en métodos de exposición frente a la acrofobia,<sup>134</sup> la fobia social,<sup>135</sup> el TOC<sup>130,136-138</sup> y el trastorno de angustia.<sup>139</sup> En este caso, los medicamentos se administran en dosis individuales solo en el contexto de las sesiones terapéuticas de exposición (antes o después), y los datos surgidos recientemente indican que la multiplicación de los efectos de la D-cicloserina es más potente cuando se aplica a las sesiones de exposición, con el resultado de un menor temor.<sup>140,141</sup>

## Recientes avances y orientaciones futuras

En las últimas décadas se ha suscitado un creciente interés hacia los tratamientos que incorporan a la TCC conceptos como el de la concienciación (conciencia plena). En particular, Marsha Linehan concibió la terapia conductual dialéctica.<sup>142,143</sup> Este método se creó en un principio para tratar el trastorno de la personalidad límite, pero se ha empleado en otros trastornos diferentes, como la depresión resistente al tratamiento,<sup>144</sup> el trastorno por atracones,<sup>145</sup> la dependencia de opioides<sup>146</sup> y la tricotilomanía.<sup>147</sup> Desde una perspectiva similar, Steven Hayes et al. formularon la terapia de aceptación y compromiso. Esta tiene la aceptación como una base central del tratamiento, y también incorpora la conciencia plena y el trabajo con valores.<sup>148</sup> Hayes<sup>149</sup> y otros autores han aludido a estos nuevos tratamientos como la «tercera ola» de las terapias cognitivas y conductuales, lo que implica que son fundamentalmente diferentes a los antiguos procedimientos de la TCC. Sin embargo, otros autores sostienen que estas opciones están esencialmente relacionadas con la TCC y no deberían recibir una clasificación aparte.<sup>150</sup>

Otro asunto en el campo de la psicología cognitivo-conductual es la existencia de dos movimientos aparentemente contradictorios: uno para formular tratamientos cada vez más especializados frente a trastornos específicos (p. ej., Wilhelm et al.,<sup>6</sup> Safren et al.,<sup>7</sup> Wilhelm et al.,<sup>151</sup> Piacentini et al.<sup>152</sup>) y el otro para crear tratamientos con una aplicación más amplia recorriendo múltiples categorías diagnósticas diferentes, como el «protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales».<sup>153,154</sup> El protocolo unificado coincide con un componente del plan estratégico propuesto por el National Institute of Mental Health (NIMH) que se conoce como Research Domain Criteria (RDoC).<sup>155</sup> El RDoC reclama la concepción de nuevos modos de clasificar la psicopatología basados en las dimensiones de la conducta observable y en mediciones neurobiológicas.<sup>155</sup> El RDoC anima a los investigadores a conceptualizar la psicopatología de formas más supeditadas a estas dimensiones. Tal como se esbozó antes, existen muchas más investigaciones sobre los protocolos diseñados para trastornos categoriales específicos; sin embargo, los primeros estudios sobre el protocolo unificado resultan prometedores.<sup>156</sup> En el futuro, es probable que surjan más tratamientos para dimensiones más amplias de la psicopatología.

## Conclusión

La TCC consiste en cuestionar y modificar los pensamientos y las conductas irracionales. Sus intervenciones se han articulado perfectamente en forma de manuales terapéuticos y su eficacia se ha puesto a prueba en numerosos ECA. La TCC es una intervención que recibe un apoyo empírico y representa el tratamiento de elección para una gran variedad de procesos.<sup>1</sup> A pesar de tales datos, aún no ha sido adoptada de forma generalizada ni por parte de los facultativos de la comunidad, ni en los ámbitos de la atención primaria, ni por los farmacoterapeutas. Los investigadores están intentando identificar y abordar activamente los factores que pueden contribuir a esta brecha entre la ciencia y la práctica. En concreto, la investigación de su diseminación e implantación constituye una prioridad básica de financiación para el NIMH y el tema de un intenso debate académico y de investigación. Confiamos en que, con una financiación y una atención mayores a este importante asunto, la TCC alcance una amplia disponibilidad para los pacientes en situación de necesidad.<sup>157</sup>

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

(Stern, 20171024, pp. 151.e1-163.e1)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.

SNC PHARMA