

Terapia de Conducta de Tercera Generación

Third Generation Behavior Therapy

Miguel A. Vallejo Pareja

Catedrático de Terapia Cognitivo Conductual de la UNED

Resumen. La evolución de la terapia de conducta a lo largo del tiempo ha dado lugar al desarrollo de diversos procedimientos terapéuticos que han mejorado su eficiencia. La referencia explícita a los aspectos cognitivos le valió el nombre de terapia cognitivo conductual, que se ha mostrado eficaz en un amplio número de trastornos.

En las últimas décadas han surgido nuevas terapias provenientes de la raíz más contextual de la terapia de conducta. Hacen mayor hincapié en las funciones de las conductas, en la experimentación, en los aspectos emocionales y en la potenciación de la relación terapéutica. Son terapias especialmente dirigidas a problemas graves y contribuyen a reforzar los recursos que componen la denominada terapia cognitivo conductual.

Palabras clave: terapia de conducta, terapia cognitivo conductual.

Abstract. The evolution of behavior therapy over time has resulted in the development of various therapeutic procedures that have improved its efficiency. The explicit reference to the cognitive aspects earned it the name of cognitive behavioural therapy, which has proved effective in a wide range of disorders.

In recent decades new therapies have emerged from the more contextual root of behaviour therapy. They place greater emphasis on the roles of behaviours, experiments, emotional aspects, and the empowerment of the therapeutic relationship. These are therapies specifically targeted to serious problems and contribute to strengthening the resources that make up the so-called cognitive behavioral therapy.

Key words: behavior therapy, cognitive behavior therapy.

Hace algunos años viene hablándose de la terapia de conducta, o terapias de conducta de 3ª generación. Se trata de un término acuñado recientemente y difundido en gran medida por el trabajo publicado por Steven Hayes en *Behavior Research and Therapy* en 2006 (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). Dicho término llama la atención sobre un conjunto de terapias, o procedimientos terapéuticos, desarrollados a finales del siglo pasado que tienen diversos elementos en común. Proceden, en mayor o menor medida, de desarrollos más cercanos al enfoque contextual que al cognitivo y en cierto sentido entroncan más con las raíces de la terapia de conducta, de ahí que cuando el término terapia de conducta ha sido sustituido de forma generalizada por el de terapia cognitivo conductual, vuelva a recuperarse en su referencia original. Entre ellas se encuentran la activación conductual, la terapia de conducta dialéctica, la de aceptación y compromiso, la psicoterapia analítico funcional, la terapia cognitiva de la depresión basada en el *mindfulness*, etc.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al autor al siguiente correo electrónico mvallejo@psi.uned.es

La existencia de estas nuevas terapias con sus fundamentos, prácticas concretas y resultados terapéuticos contrastados en diversos ámbitos, es un hecho. La cuestión y la controversia viene de si se trata realmente de aportaciones nuevas, o de variaciones sobre la bien conocida y establecida terapia cognitivo conductual (TCC). Hay quien opina, efectivamente, que se trata de una verdadera revolución que cuestiona el proceder habitual de la TCC, por contra, otros consideran que no aportan nada nuevo. En estas líneas trataré de exponer mi punto de vista al respecto, tratando de mostrar lo que considero puntos clave de estos nuevos desarrollos terapéuticos. Quiero avanzar, no obstante, que desde mi punto de vista las nuevas terapias abordan aspectos que son, en general, objeto de atención por la TCC pero que por diversos aspectos no han sido convenientemente atendidos.

Los puntos fuertes de la TCC

La terapia de conducta pone como elemento básico de referencia el comportamiento. Esta referencia a la conducta, es una referencia segura, no especulativa. Naturalmente, que el comportamiento depende (es función) del medio ambiente y a su vez cambia el medio ambiente, pero se constituye en punto de referencia de todo análisis, estudio e intervención. Esta referencia concreta a la conducta predica, a su vez, una intervención también directa. Se busca el cambio de aquella conducta que es relevante. La falta de actividad personal o social es el objetivo cuando, por ejemplo, una persona ha perdido el interés por hacer cosas y se encuentra triste. Esta clara identificación de las variables objeto de intervención y su integración en los fundamentos teóricos y empíricos de la terapia de conducta, que no pueden ser abordados aquí, hacen de la terapia de conducta una herramienta que se va a ver muy bien moldeada por la experimentación. Así del ejercicio experimental controlado van a surgir técnicas y procedimientos terapéuticos cada vez más potentes.

La consideración, por otro lado, del comportamiento en un sentido amplio, incluyendo los pensamientos y los aspectos verbales ligados al razonamiento, extendió la acción directa sobre la conducta a los aspectos cognitivos, tomando entonces el nombre de TCC.

La TCC ha demostrado empíricamente su eficacia en un amplio número de trastornos clínicos, destacando los de ansiedad y del estado de ánimo. Incluyendo un amplio conjunto de problemas de salud: adicciones, dolor, trastornos del comportamiento alimentario, etc. El lector puede consultar los manuales al respecto (Pérez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez y Amigo, 2003). Hoy día es un hecho reconocido, en atención a los resultados de las investigaciones y ensayos clínicos, la potencia terapéutica de la TCC.

Los puntos débiles de la TCC

Los puntos débiles de la TCC, como se verá, no devienen, en general, de su propia naturaleza sino del modo en que se aplica (estandariza y simplifica) a aspectos concretos. Véase un ejemplo, que se diría que es un tópico. Ningún psicólogo, terapeuta cognitivo conductual, negará la utilidad (adaptativa) del miedo, la ansiedad o el estrés. Sin embargo, lo que se transmite al paciente y a la sociedad es que los psicólogos nos dedicamos a eliminar (controlar) la ansiedad, el estrés, el miedo o el malestar. De lo que se deduce que la ansiedad, estrés, miedo, etc., son malos y merecen ser alejados expeditivamente. Esto es, obviamente falso, pero termina por ser aceptado como natural por profesionales y pacientes. La ansiedad, el estrés, etc., pueden interferir en la vida de las personas y esto puede requerir una intervención profesional. Sin embargo, dicha intervención no debiera pasar por evitarlos, sino muy al contrario por afrontarlos y experimentarlos, como paso necesario para restablecer la normalidad de la vida, que lleva siempre pareja la ansiedad, el estrés, etc.

Los aspectos emocionales son otro de los elementos donde se dan paradojas similares. Está bien establecido que en los trastornos de ansiedad, el paciente debe exponerse a la situación evocadora de la ansiedad

y experimentar el malestar sin huir de él hasta que se reduzca significativamente. Sin embargo y más allá de los trastornos de ansiedad o del deseo de consumo en las adicciones, las respuestas emocionales son más bien combatidas que experimentadas. En efecto, el uso de técnicas de distracción, de cambio de pensamiento, de actividades alternativas, etc., son una forma, a veces, de huir de emociones desagradables: enfado, tristeza, contrariedad, pena, etc. Resulta difícil para todo el mundo, también para el psicólogo, permanecer junto a alguien que se siente mal, pero huir o enmascarar la situación contribuye a fortalecer el malestar.

El papel de lo cognitivo, lo racional, el lenguaje es otro de los aspectos que puede dar lugar a malentendidos e intervenciones inadecuadas. La mayor relevancia dada en ciertas ocasiones al mundo simbólico y al razonamiento, frente a la experimentación del mundo real puede convertirse en una fuente de problemas. La persona en lugar de estar de forma efectiva en el mundo, lo está en sus pensamientos, razonamientos orientados hacia el pasado o el futuro. Este predominio de lo simbólico frente a lo real pone a la persona en una situación diacrónica, alejándole del presente y de sus oportunidades. La falta de sensibilidad a lo que acontece en el aquí y el ahora es una pérdida de oportunidades y limita el aprendizaje mediante contingencias, tan necesario o más que el basado en reglas e imprescindible en el ámbito emocional. Resulta difícil, incluso para el psicólogo, entenderlo pero los pensamientos no son hechos, son sólo pensamientos.

Por último, un comentario sobre la relación terapéutica. La TCC tiene unos procedimientos de evaluación e intervención relativamente bien establecidos y protocolizados para los trastornos principales. Esto puede contribuir a que la relación terapéutica sea más fría: se identifican los errores del paciente, o de su medio social, y se procede a corregirlos. Resulta evidente que actuando de ese modo la calidez, la aceptación positiva incondicional, la autenticidad o la empatía pueden verse comprometidas. No es que desde la TCC no se consideren importantes y objeto de promoción las habilidades terapéuticas arriba señaladas, pero tal vez prime más el análisis racional que el emocional. Un ejemplo. Una persona que agrede a otra en unas determinadas circunstancias lo hace de una forma justificada, funcionalmente justificada. Dadas las condiciones ambientales y sus posibilidades y recursos personales, la respuesta dada es comprensible. Si a un niño no le queda más recurso para que sus padres le presten atención que arrojar los libros por la ventana, lo hará y su comportamiento será funcionalmente consecuente. Naturalmente esto no significa que se le haga ver al paciente que está bien agredir, destruir, etc., para obtener algo, sino que le transmitamos que entendemos las condiciones que le llevaron a comportarse de ese modo. Que dadas las condiciones concretas y sus recursos posiblemente no tenía otras opciones. Sin embargo, sí hay otros modos de resolver ese tipo de situaciones y es sobre lo que va a versar la terapia. El paciente precisa verse comprendido, por muy inadaptado que haya sido su comportamiento, más que corregido por la autoridad. Se debe distinguir entre las razones, siempre contingentes, que justifican un determinado comportamiento del valor en sí de éste en términos absolutos, despojado de toda clave contextual.

Los desarrollos de la terapia de conducta

En los últimos años algunas formas de proceder en terapia de conducta han tratado de solventar algunos de los déficit que acaban de comentarse. Incluso potenciar las habilidades terapéuticas específicas de este modo de proceder (Barraca, 2009). Estas terapias tienen, por tanto, una serie de elementos en común: los que les confiere la terapia de conducta y el subsanar los déficit señalados. Así, toman una referencia claramente contextual. Se interesan más por las funciones de las conductas que por las conductas concretas. No buscan tanto cambiar una conducta concreta como una clase de conductas. Optan, preferentemente, por el cambio experiencial, esto es por el cambio por contingencias, frente al cambio más didáctico y psicoeducativo basado en reglas, aunque no rechazan esta estrategia de cambio. A continuación se comentarán sucintamente algunas de las principales terapias.

La *activación conductual* es un tipo de intervención dirigido al tratamiento de la depresión que se ha mostrado especialmente eficaz en los casos de depresión más grave. Fue desarrollado por Jacobson (Martell, Addis y Jacobson, 2001) en el marco de la terapia de pareja y tiene como punto esencial de intervención potenciar la actividad del paciente, aunque no de un modo genérico, sino atendiendo al análisis funcional de la conducta. Hay personas, por ejemplo, que tienen una gran actividad en el ámbito laboral, que tiene la función de evitar el malestar que les genera su vida personal. La actividad por sí sola no es positiva, sino sólo aquella que no es una respuesta de evitación, y que responde a una determinación concreta de la persona, de acuerdo con sus intereses y valores. En esas condiciones, y una vez decidido sobre qué y cómo actuar, la ejecución de la conducta se hace con independencia del estado de ánimo del paciente. Éste se compromete a actuar, a hacer, aunque no tenga ganas de hacerlo. Se parte de que no puede prevalecer lo que apetece o no en un determinado momento, frente a la determinación de hacerlo. El paciente, por ejemplo, puede quejarse de que no tiene ánimo para hacer las cosas que se propone, pero se le hace saber que es precisamente en estas condiciones cuando tiene mérito hacerlas y ese es el objetivo de la terapia, que supone planificar actividades que son factibles en sus actuales circunstancias, una vez desarrollado el correspondiente plan de acción. El objetivo principal de la terapia, que debe transmitírsele al paciente, no es que se sienta mejor, sino que retome las riendas de su vida y haga aquello que considere que debe de hacer. Esto, obviamente, redundará en su estado de ánimo, pero este es un aspecto secundario.

La *terapia cognitiva basada en el mindfulness* para el tratamiento de la depresión, fue desarrollada por Segal y colaboradores (Segal, Williams y Teasdale, 2002) para la prevención secundaria de la depresión. Pretende que el paciente dirija su atención a lo que hace de forma efectiva, experimente de forma plena la actividad que se proponga, de modo que no se encuentre a merced de dónde de forma automática le lleve su mente, pues es ésta una condición de riesgo para que vuelva a aparecer la depresión, por así decirlo de forma un tanto simplificada. El *mindfulness*, la atención plena o el “darse cuenta” gestáltico es un elemento común de las terapias de 3ª generación. Es congruente con la máxima de la TCC de que lo que importa es el momento presente, puesto que ni el pasado ni el futuro puede ser objeto de intervención, modificación o experimentación. Se pretende que el paciente esté en el mundo en el momento en el que se encuentran las oportunidades de interacción con él. De qué sirve estar con alguien y en lugar de atender, sentir lo que acontece, estar pensando en qué haré mañana o cómo piensa que me ve. Sustraerse de la realidad para centrarse en lo simbólico e interpretativo, reduce la oportunidad de sentir, actuar y modificar el entorno.

Conlleva, además, el propósito de centrarse en las actividades que uno se propone, tal y cómo sucedan y sin valorarlas. Así, la persona decide caminar por la calle, centrándose en sus sensaciones y en lo que ve, sin considerarlas como buenas o malas. Esta apertura a la experimentación, no evitando o huyendo del malestar (aburrimiento, molestias, angustia, etc.), es una ocasión para que la exposición desactive los aspectos aversivos, en lugar de fortalecerlos mediante la huida. Por otro lado, como también se ha señalado, se recupera la sensibilidad a las contingencias que moldean la conducta, frente a la rigidez de los estereotipos y reglas en que se encuentra limitada la persona.

La *terapia de aceptación y compromiso* es, posiblemente, una de las terapias más conocidas y con mayor apoyo empírico en los últimos años. Sus planteamientos iniciales provienen de finales de los años 80 de la mano de Steven C. Hayes (Wilson y Luciano, 2002). Considera que gran parte del sufrimiento de las personas que buscan ayuda psicológica se origina en su permanente huida del malestar. Así refiere como marco psicopatológico la existencia del denominado trastorno de evitación experiencial. Este aspecto se ve potenciado por los valores culturales actuales y por el papel del lenguaje que sobrepone el aprendizaje simbólico mediante reglas al aprendizaje mediante experimentación (contingencias). Aceptar que el malestar forma parte de la experiencia humana y estar dispuesto a experimentarlo (no huir de él) es un elemento esencial de la terapia y común con las terapias antes señaladas. Una vez eliminada la necesidad de huir de éste, el paciente debe implicarse en aquellas actividades que, de acuerdo con sus valores, establezca como objetivos. Esto es, retoma el control de su vida para aquello que él mismo se propone. Para ello, es preciso distanciarse del intento sistemático de con-

trol de emociones, pensamientos, etc., y aplicarse a la tarea planificada, al modo en que se señaló en la activación conductual, o en el *mindfulness*. Para conseguir estos objetivos se hace uso de técnicas específicas que pretenden bordear el lenguaje mediante el uso de metáforas.

La *terapia de conducta dialéctica* fue desarrollada por Marsha Linehan (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard, 1991) para el tratamiento del suicidio y es utilizada para el abordaje de los trastornos de personalidad, en especial el trastorno límite. La terapia toma como principal punto de referencia los aspectos emocionales. Busca que la persona se haga cargo de sus emociones, no huya de ellas, sino que sea capaz de sentir las, como mejor medio para integrarlas. Para ello, es preciso hacer ver al paciente que su malestar es normal, que tiene razones para sentirse mal. Veamos un ejemplo. Una persona que ha sufrido diversos engaños en su vida personal, en el trabajo, etc., es natural que se sienta triste, decaída, hundida, etc. Es cierto, que si se toma una cierta perspectiva (racional) pueden encontrarse motivos (cosas positivas que ha hecho, habilidades, etc.), para contradecir racionalmente sus motivos actuales. Sin embargo, no es éste el acercamiento adecuado en ese momento. Por el contrario, debe hacerse ver que lo que siente es normal, que cualquier persona, el mismo terapeuta se sentiría así. Experimentar esas emociones, mixtas a veces de, por ejemplo, tristeza y alegría, es necesario para hacerse cargo de la situación y para integrarlas como una experiencia vital más.

Si como consecuencia del malestar emocional la persona opta por la pasividad o el asilamiento social, también debe hacerse ver que está en su derecho (justificado) hacerlo, si bien debe asumir que si se protege (aisla) mucho, disminuirá la probabilidad de tener experiencias gratificantes. La persona debe elegir entre dos polos de un continuo: máximo asilamiento (protección) – mínimo aislamiento (menor protección), teniendo en cuenta que a más protección menor apertura a experiencias que pueden ser positivas. En suma, que no hay soluciones perfectas. La persona debe asumir en qué lugar de dos polos (dialéctica) quiere situarse y asumir los riesgos que conlleva.

La *psicoterapia analítica funcional* considera la situación de la terapia como un momento y lugar apropiado para desarrollar la actividad terapéutica. No sólo para programar actividades que el paciente llevará a cabo fuera de la consulta, sino para identificar allí mismo conductas que deben ser potenciadas o reducidas. Sus creadores, Kohlenberg y Tsai, instan al terapeuta a que identifique las conductas clínicas relevantes que aparecen en la interacción con el paciente, de modo que el terapeuta pueda evocar esas conductas clínicas relevantes y las refuerce (Kohlenberg y Tsai, 2007). Este tipo de terapia insiste especialmente, también lo hacen el resto de las terapias de 3ª generación, en la calidad de la relación terapéutica. La relación terapéutica es esencial: la psicoterapia analítica funcional busca la creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas en sí. Esto significa que el terapeuta debe prestar especial atención y dedicación a estar genuinamente implicado e interesado en la evolución del paciente, pues sólo así podrá detectar en la terapia los cambios relevantes. Se trata de una terapia no exenta de riesgos pues la evocación de conductas problemáticas en la terapia debe ser manejada con destreza.

Fortalecimiento de la TCC

Los desarrollos terapéuticos señalados más arriba enriquecen los recursos de la TCC, con procedimientos terapéuticos que están especialmente indicados en casos graves: problemas que no es posible resolver, dolor crónico, problemas degenerativos, etc. Incluso en problemas graves de depresión la activación conductual se ha mostrado más útil que la terapia cognitiva, diferencia que no se da si la depresión es menos grave. Es evidente que la aceptación del malestar es un punto de partida necesario en toda actividad humana, pero especialmente en los casos en que no es posible actuar sobre él. Cuando el paciente reconoce este hecho y está dispuesto a tomar las riendas de su vida, este tipo de terapias son la alternativa más adecuada. Plantean, además, la utilidad de reforzar aspectos como la exposición, la importancia de las emociones, y la relación terapéutica, y poner en su lugar la importancia de lo verbal y lo racional.

Referencias

- Barraca, J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual de tercera generación. *Clínica y Salud*, 20, 109-117.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (2007). *FAP Psicoterapia Analítico Funcional*. Malaga: Universidad de Málaga.
- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. (1991). A cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Martell, C.R., Addis, M.E. y Jacobson, N.S. (2001). *Depression in Contents. Strategies for Guided Action*. Nueva York: Norton.
- Pérez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo, I. (2003) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (vol. 1-3). Madrid: Pirámide.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002) *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Nueva York: Guilford. (Existe traducción al español en Desclée de Brouwer, 2006).
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002) *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Vínculos de interés

<http://www.contextualpsychology.org/>
<http://www.act-for-anxiety-disorders.com/>
<http://www.actmindfully.com.au/>
<http://www.mindfulactiontherapy.com/>

Manuscrito recibido: 12/03/2010

Revisión recibida: 18/03/2010

Manuscrito aceptado: 20/03/2010