

## Veinticinco años de terapia cognitivo-conductual

Juan Sevilla

Director del Centro de Terapia de Conducta de Valencia

Psicólogo Clínico

Correo electrónico: cetecova@cop.es

Lo que a continuación, estimado lector, vas a leer no es, en absoluto, un resumen oficial del devenir de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en este último cuarto de siglo. Es la opinión personal del autor, influenciada, sin duda alguna, por los prejuicios personales y, desde luego, las experiencias únicas e irrepetibles que ha tenido. Así pues, cualquier incorrección o error sólo se le podrá atribuir a él.

A mediados de junio de 1984, con 21 años recién cumplidos, me enteré de que ya era licenciado en Psicología. De hecho, mi promoción fue la primera en estrenar el título. Mis compañeros y yo, por primera vez en Valencia, íbamos a tener un título específico en Psicología. Cinco años quedaban atrás. Cinco años de experiencias inolvidables, gente a la que nunca olvidaría y, por supuesto, también cinco años de aprendizaje y adquisición de conocimientos.

En este período universitario surgió en mí el germen de la Terapia de Conducta o Conductismo, como le llamábamos en los 80. Y no fue fácil. En aquellos tiempos la Terapia de Conducta estaba asociada al *american way of life* y, por lo tanto, al imperialismo yanqui. Recién estrenada la democracia y tras el fallido golpe de estado, era muy complicado para un joven liberal, de menos de 20 años, defender ante sus colegas de la universidad que la asociación que ellos

hacían entre la Terapia de Conducta y el conservadurismo norteamericano era falsa, rotundamente falsa.

Entre 1979, mi primer año de Universidad, y 1984, el último, intenté ser como todos, psicoanalista y sexólogo. El psicoanálisis se asociaba a posturas liberales y librepensadoras, incluso intelectuales, ¡todo el mundo leía a Castilla del Pino! El psicoanálisis tenía un aire pedante que a mí, un chico de pueblo, con preocupaciones sociales, me atraía enormemente. Porque queríamos ser sexólogos era más obvio. Pero no pude. Comprendí en ese momento que el mundo se clasificaba en los que tenían la capacidad de creer y los que no la teníamos. Los que no habíamos sido bendecidos por el don de la fe necesitábamos datos, evidencias, pruebas para aceptar ideas, teorías e hipótesis. A los que creen les basta con encontrar una forma inteligente y brillante de ver el mundo y la psicología humana, aunque jamás se hayan reunido datos empíricos que demuestren esas tesis. Algunos, por otra parte, somos esclavos de la maldición de la ciencia. Pensamos que la ciencia, aunque imperfecta, es el método de conocimiento humano más poderoso y predictivo. Y estamos convencidos de que la psicología debe basarse en la ciencia. Que lo que hacemos en terapia tiene que estar probado empíricamente y que tenemos la obligación ética de

ofrecer a nuestros clientes las técnicas más eficaces. Por eso soy, casi veintiséis años después, un terapeuta cognitivo-conductual y no soy, ni siquiera, un terapeuta ecléctico o integrador.

Estamos en los años 80. La Desensibilización Sistemática(D.S.), la técnica ideada por Wolpe, veinte años atrás y reina del tratamiento de las fobias específicas durante todo este tiempo, empieza a perder su monopolio. Los últimos estudios que se realizan sobre ella demuestran que la Relajación, la idolatrada Relajación Muscular, no aporta nada a la técnica. El ingrediente activo de la D.S. es la Exposición, el afrontamiento al estímulo temido. La genial idea de Wolpe, su paradigma, el contracondicionamiento o inhibición recíproca, no existe. La D.S. es eficaz por habituación al estímulo y extinción de la respuesta condicionada de la ansiedad. La D.S. ha muerto, ¡viva la Exposición *in vivo*!

En esta década, en Europa, de la mano de figuras tan importantes como Paul Emmelkamp y Isaac Marks, y en EEUU, con el trabajo de David Barlow y Edna Foa, se producen extraordinarios avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, especialmente en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y en la agorafobia. Se detalla de una forma precisa y exquisita cómo emplear la Exposición *in vivo*. Quisiera resaltar que el Dr. Emmelkamp también demostró la absoluta ineficacia de la Detención de Pensamiento en el tratamiento del TOC. Esto es algo insólito. La Detención de Pensamiento fue popularizada por un par de estudios de caso publicados en los años 70 por Wolpe y Lazarus y, a partir de ahí, la comunidad científica la siguió usando ciegamente. Es peor todavía, muchos terapeutas la siguen usando incluso en la actualidad.

Al mismo tiempo y prelujiando los tratamientos cognitivos, la Inoculación de Estrés, creada por el canadiense Donald Meichenbaum, se usa masivamente para tratar no sólo los trastornos de ansiedad, sino también el dolor crónico y la ira. La idea era muy interesante; quizás para superar un problema de ansiedad no fuera necesario eliminarla completamente. Puede que bastara con aprender a manejarla, tolerarla y pasar a través de ella sin que llegara a desbordarnos. Puede que por esta razón, la Inoculación de Estrés funcionara bien, sobre todo, para estresores comunes, como hablar en público o enfrentarse a un examen importante. Sin embargo, no puedo evitar confesar que a mí nunca me sedujo particularmente. Siempre me pareció una combinación de técnicas aisladas concatenadas entre sí, pero sin un modelo robusto que la respaldara, y que, inevitablemente, acababa convirtiéndose en una variante de la Exposición.

En 1984 se publica en España el libro del profesor Beck: "Terapia Cognitiva para la depresión". Ya habían aparecido en nuestro país dos libros del Dr. Ellis, no precisamente los mejores, pero ahí estaban. La era cognitiva estaba a punto de empezar. El libro de Beck cambió radicalmente nuestra forma de ver y tratar la depresión. En este mismo año se publica en EEUU la otra obra clave del autor: "*Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*". Magnífico trabajo que inexplicablemente nunca se tradujo al español. Hasta ese momento, el tratamiento conductual de la depresión se limitaba a los programas de actividades agradables siguiendo las directrices de Lewinshon, y aunque funcionaba, tener tecnología para que la persona pudiera luchar con los pensamientos negativos automáticos marcó un

claro antes y un después. Además la Terapia Cognitiva era verbal, socrática y tremendamente colaborativa. Por fin los terapeutas de conducta podíamos hacer lo que realmente queríamos, ¡hablar!

El año 1988 fue grandioso para el pánico. Barlow y Cerny publican su magnífico manual para tratar el problema. Nunca olvidaré las emociones que sentí al encontrar aquel libro en una librería de Oxford, y sobre todo, al leer lo que aquella portada naranja escondía. Al mismo tiempo, en Europa, David Clark y Paul Salkovskis, al frente de lo que luego se conocería mundialmente como el Grupo de Oxford, publicaron sus primeros artículos sobre la teoría cognitiva del pánico y la aplicación de la Terapia Cognitiva al problema. Pasamos de creer que el pánico era una mera complicación de la agorafobia y a tratarlo con un éxito moderado con Exposición *in vivo*, a saber que, en realidad el pánico era el auténtico y genuino problema, y que la evitación agorafóbica venía después y no era más que una forma de prevenir los ataques de pánico. Con este conocimiento se desarrolló un nuevo protocolo de tratamiento: una combinación de Terapia Cognitiva, Relajación y Exposición Interoceptiva. Esta última fue la técnica clave. Las personas que sufren pánico tienen que exponerse a las sensaciones de ansiedad. La Exposición Interoceptiva conseguía reproducir esas sensaciones. La eficacia fue extraordinaria, un gran avance. El pánico pasó de ser una bestia parda, a ser un trastorno fácil de tratar. En los siguientes años vieron la luz docenas de estudios ratificando esta alta eficacia técnica.

En nuestro país, yo destacaré la publicación, a mediados de los 80 de dos manuales en la línea de los *handbooks* norteamericanos. Por una parte, “Análisis y Modifica-

ción de Conducta II”, editado por el profesor Carrobles y el “Manual de Modificación de Conducta” dirigido por los profesores Mayor y Labrador. Estos dos trabajos fueron las auténticas biblias de la Terapia de Conducta hispana, que seguimos al pie de la letra todos los aspirantes a terapeutas de conducta de aquel momento histórico.

Siguiendo con manuales, no puedo acabar los 80 sin recordar el libro del Dr. Barlow “*Clinical Handbook of Psychological disorders*” y uno de los manuales que a mí personalmente más me influyeron: “*Cognitive-Behavioural Therapy for psychiatry problems*” publicado por el grupo de Oxford, en su mejor momento, del que luego tuve el honor y el placer de conocer directamente como alumno y amigo.

Para finalizar esta década, destacaré mi primera visita al *Institute for Rational-Emotive Therapy* en la ciudad de Nueva York, dirigido por el singular y carismático Albert Ellis. Durante años la Terapia Racional-Emotiva influyó profundamente en mi trabajo cotidiano y, todo ello, no tengo la menor duda, se debió a la influencia personal del viejo AI, como solíamos llamarle en el Instituto, y a la ciudad de Nueva York, de la que me enamoré perdidamente. Si Dios existe y Albert Ellis está a su lado, estará entretenido.

No podría acabar con esta década sin mencionar lo que para mí es una de las más grandiosas contribuciones al desarrollo de la ciencia, el modelo de Prevención de Recaídas que Marlatt y Gordon publican en 1985. Aún hoy cada vez que lo leo sigo emocionándome. Porque este libro debe leerse una y otra vez, en un bucle sin fin. Estos psicólogos, verdaderamente dieron un salto cualitativo en el desarrollo del arte.

Hasta esa época el tratamiento de las conductas adictivas estaba gobernado por prejuicios e ideas preconcebidas, más basadas en conceptos morales que científicos. Ellos cambiaron esta oscuridad. Una caída no es una recaída. Las caídas son inevitables y de ellas podemos aprender.

En los 90 entramos en otra era. La terapia Cognitivo-Conductual alcanza su máximo desarrollo. Ya empieza a ser difícil encontrar en EEUU y en Europa: Holanda, Inglaterra, Alemania y por supuesto, España, Facultades de Psicología no orientadas hacia la disciplina. Se utiliza el término Terapia Cognitiva o el término Terapia Cognitivo-Conductual indiscriminadamente.

El modelo del profesor Beck se expande a todos los trastornos psicológicos. David Clark populariza el tratamiento cognitivo del pánico; Paul Salkovskis, del TOC y la hipocondría; y Richard Heimberg, de la Universidad de Albany, hace enormes avances en el tratamiento de la fobia social, un trastorno que se había descuidado durante muchos años. Uno de los descubrimientos de Heimberg es que escasamente un 16 % de los fóbicos sociales padecen realmente un déficit de habilidad social. Así que, ¿para qué hacer con ellos entrenamiento de habilidades sociales? Este, junto al mito del uso de la Detención de Pensamiento en TOC, y a un tercero, el más extendido, que la Relajación es el tratamiento de elección para los trastornos de ansiedad, eran y siguen siendo tres creencias contraproducentes que aún provocan muchas meteduras de pata en la práctica profesional de la Psicoterapia Cognitivo-Conductual.

Tom Borkovec y, posteriormente, Adrian Wells desarrollan el campo de la ansiedad generalizada, tanto en investigación como en la publicación de manuales de trata-

miento. El trabajo del Dr. Wells, "*Cognitive Therapy for anxiety disorders*", donde postula su versión metacognitiva de la Terapia Cognitiva y que ve la luz en 1997, me parece de obligatoria lectura para todo terapeuta cognitivo-conductual que trabaje en el campo de la ansiedad, a pesar de las antipatías que el autor suele generar en persona.

Ronald Rapee, el profesor australiano, en esta década también edita magníficos trabajos sobre diferentes trastornos de ansiedad, incluida la fobia social.

A finales de la década, en concreto en 1998, la profesora Edna Foa, de la Universidad de Pensilvania, publica el que para mí es el mejor manual de tratamiento del trastorno de estrés postraumático "*Treating the trauma of rape*". En este trabajo, hay un capítulo de Terapia Cognitiva escrito por el propio David Clark que sería la semilla del trabajo que este autor británico ha llevado a cabo recientemente, también sobre el estrés postraumático.

En estos momentos también se publican varios trabajos sobre el enfado patológico, un trastorno mucho más corriente de lo que creemos y que no existe de manera oficial. Jerry Deffenbacher, desde los años 80, publicó magníficos trabajos, pero se le unen Kassinove y DiGiuseppe, el carismático terapeuta racional-emotivo de Nueva York y director del departamento de *training* del *Institute for Rational-Emotive Therapy*.

En España, los 90 son muy productivos. Están llenos de excelentes trabajos de nuestros propios y más representativos autores. Enrique Echeburúa publica numerosos volúmenes dedicados a diferentes trastornos de ansiedad. Arturo Badós publica dos monografías sobre agorafobia y pánico,

al igual que Cristina Botella que, también dedica otro trabajo al mismo tema. Juan Antonio Cruzado saca a la luz un manual para el tratamiento del TOC. Vicente Caballo, Xavier Méndez, Francisco Labrador y Miguel Angel Vallejo-Pareja, publican espectaculares manuales. José Luis Graña dirige un manual memorable dedicado a las conductas adictivas y el profesor Elisardo Becoña, de la Universidad de Santiago de Compostela publica esclarecedores trabajos sobre conductas adictivas en general y, en particular, sobre tabaquismo.

El profesor Xavier Méndez, catedrático de la universidad de Murcia, no sólo publica en aquella época diferentes manuales sino, sobre todo, brillantes trabajos sobre la aplicación de la terapia Cognitivo-Conductual a niños y dirige la colección “Ojos Solares” de la Editorial Pirámide, dedicada a trastornos psicológicos en la infancia.

En esta década, se hace muy popular el trabajo del Dr. Christopher Fairburn, miembro del grupo de Oxford. En realidad, su modelo viene desde la década anterior y se convierte en la base de todos los tratamientos de trastornos de alimentación y, en especial, de la bulimia.

Por estas fechas sucede algo inimaginable diez años atrás. Aunque Albert Ellis siempre trató personas que sufrían psicosis y Aaron T. Beck también, incluso llegando a publicar en los 80 un caso de esquizofrenia paranoica que trató con Terapia Cognitiva, el campo de la psicosis parecía ser algo sólo accesible para la psiquiatría. Desde principios de los noventa, empieza a aparecer un gran número de trabajos sobre la aplicación de la TCC a este campo. No se trata de sustituir la medicación, sino de complementarla e ir más allá. Hasta ese momento se consideraba que todo el fenómeno clínico

esquizofrénico estaba causado por alteraciones bioquímicas en el cerebro, exceso de dopamina. Aunque probablemente esto es así, al menos en parte, lo que estos pioneros autores demuestran es que también hay un elevado porcentaje de elementos psicológicos. Los delirios no serían más que interpretaciones, un tipo muy peculiar de pensamientos negativos automáticos, de las alucinaciones y otros fenómenos perceptivos que la persona experimenta. El delirio estaría profundamente influenciado por las características personales de cada individuo, su historia y su biografía. Y además, a diferencia de lo que siempre creímos, los delirios serían susceptibles de ser modificados a través de las técnicas de Terapia Cognitiva estándar.

Pronto aparecen estudios experimentales avalando la eficacia de la TCC en la psicosis y en la esquizofrenia. De los muchos autores que destacan en el campo: Birchwood, Fowler, Garety, Kingdom, Turkington, Morris o Haddock, yo siempre he sentido predilección por dos manuales: “*Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia*” de Kingdom y Turkington y “*Cognitive Therapy for delusions, voices and paranoia*” de Chadwick, Birchwood y Trower.

Oscar Vallina y Salvador Perona, a finales de esta década, empiezan a publicar trabajos pioneros sobre este tema en nuestro ámbito.

También por estas fechas, en 1996, se publica el refrescante manual de Mónica Ramírez-Vasco y John Rush: “*Cognitive-Behavioral Therapy for bipolar disorder*”. Y se inicia la aplicación de la TCC al trastorno bipolar. En Europa el testigo es recogido por el psicólogo británico nacido en Hong Kong y querido amigo, Dominic Lam, que publica su manual en 1999, y que se aca-

ba de reeditar hace escasas semanas en una nueva edición revisada y mejorada.

En nuestro país, los líderes indiscutibles de la aplicación de la terapia psicológica al trastorno bipolar son los doctores Vieta y Colom, que se convierten en una referencia obligatoria, gracias a su excelente trabajo demostrando la eficacia de la psicoeducación en el trastorno bipolar, unos años después. La psicoeducación es una aproximación hermana a la TCC, con muchos elementos en común.

Los 90 también se caracterizan por un extraordinario desarrollo en el tratamiento de los ofensores sexuales. Aunque hay varios autores destacados, como Laws o Barbaree, destaca por encima de todos el psicólogo canadiense Bill Marshal. Él y su equipo desarrollan tratamientos eficaces para la rehabilitación de los delincuentes sexuales violentos: violadores y pedófilos. Su programa de intervención va mucho más allá de la reorientación sexual, lo que ya se venía haciendo desde los años 70. Incluye también elementos de tipo cognitivo y emocional, focalizados en empatizar con la víctima y eliminar todas las maniobras mentales, como negar o minimizar, que estas personas usan para poder vivir con sus conductas aberrantes. En suma, hacerles conscientes de cómo actúan y el daño que esto causa a sus víctimas para, a continuación, poder ejercer control.

En nuestro país, es José Cáceres, el genial profesor de Deusto y psicólogo clínico en la ciudad de Pamplona, la cabeza visible en el campo.

Algo curioso, ya que estamos hablando de Terapia Sexual, es comprobar cómo en los 90 se reducen significativamente las publicaciones sobre trastornos de la respuesta

sexual. En los 70, Masters y Johnson publicaron sus trabajos pioneros, y también lo hizo Kaplan, creando lo que se llamó la Nueva Terapia Sexual, para diferenciarla de la psicoterapia profunda, con las que se trataban las disfunciones sexuales hasta la llegada de estos pioneros. Con ellos, los trastornos sexuales se entienden no como un síntoma de problemas psicológicos más profundos, sino como problemas sexuales *per se*, causados fundamentalmente por ansiedad o por falta de habilidad sexual. En la década de los 80, llegan otros autores, entre los que destacan Joe LoPiccolo, creando lo que él llamaba Terapia Sexual Postmoderna. El Dr. LoPiccolo amplía el repertorio técnico del terapeuta sexual recordándonos que, antes que sexólogo, debe ser un buen psicólogo clínico y saber tratar otros trastornos personales o de pareja que acompañan a la inadaptación sexual. En esta época, se puede constatar que la fiebre sobre la terapia sexual empieza a reducirse. Quizás porque la tecnología desarrollada ya ha llegado a niveles de eficacia muy alta. De hecho, da la sensación de que el tema ha dejado de estar de moda entre los profesionales. En los 80 todos queríamos ser sexólogos, en los 90 ya no.

Otro tema que cae en desuso, lo que se nota con una significativa reducción de publicaciones y de simposios en los congresos internacionales, es el de la depresión. Yo destacaría en 1989, el trabajo de Nezu, Nezu y Perry sobre Resolución de Problemas aplicada a la depresión. Nos ayudaron a entender una variable de vulnerabilidad importante para la depresión, la dificultad para afrontar los pequeños estresores del día a día por carecer de habilidades de Resolución de Problemas. Aparte de ellos, lo poco que se publicó en aquellos días nada añadió

al trabajo de Beck, Seligman o Lewinshom, ya conocidos por todos.

Siguiendo el modelo de Terapia de Parejas Conductual iniciado por Liberman y otros autores importantes en los 80, Frank Dattilio y Christine Padesky amplían el modelo conductual, añadiendo contenido cognitivo al tratamiento de las parejas en crisis y enseñando al clínico un montón de recursos terapéuticos de gran ayuda.

En el terreno de la formación personal, los 90 representan para mí una época de intenso estudio. Tengo la ocasión de conocer a la mayoría de los más grandes personajes de la Terapia Cognitivo-Conductual. De algunos pocos, llego a ser su discípulo y de un grupo aún más reducido, su amigo. De entre estos últimos, me gustaría destacar y rendir mi homenaje particular a los doctores Emmelkamp, Salkovskis y Freeman. De Paul Emmelkamp aprendí la necesidad de la Evaluación Funcional y el uso de la Terapia de exposición. De Paul Salkovskis, el elegante estilo Oxford de la Terapia Cognitiva, que suavizó mi Terapia Racional Emotiva. De Arthur Freeman, uno de los padres fundadores de la Terapia Cognitiva, fuente inagotable de sabiduría y conocimientos y uno de los terapeutas y personas más carismáticas que jamás he conocido, el arte de la flexibilidad, de adaptar la Terapia cognitiva a cualquier clase de cliente, así como una gran cantidad de recursos terapéuticos, de los que no aparecen en los libros. Maestros, amigos, ¡gracias!

Entramos en el año 2000, última etapa de este subjetivo y personal viaje. Sigue afianzándose el tratamiento de los trastornos de ansiedad, con nuevos avances sobre el estrés postraumático, la ansiedad generalizada, la fobia social y el TOC. También es de destacar el uso de las nuevas tecnologías,

especialmente la realidad virtual, en este campo.

El desarrollo de la TCC a la esquizofrenia sigue a toda vela, pudiéndose ya afirmar que estas estrategias se han ganado la categoría de técnicas empíricamente validadas.

En EEUU y en Inglaterra, desde los 90 o incluso finales de los 80, se crea un movimiento basado en la evidencia. La idea es revisar el estatus científico, experimental de las técnicas que usamos con rigurosos metanálisis, para crear guías de tratamiento que ofrezcan directrices robustas y fiables a los profesionales. Este movimiento llega a nuestro país de la mano de gente tan insigne como Labrador, Echeburúa o Becoña, y, sorprendentemente el Ministerio de Sanidad recoge el guante, publicando guías sobre esquizofrenia, trastornos de alimentación, depresión, ansiedad y de inminente aparición, de trastorno bipolar.

Lo más característico desde el año 2000 hasta la actualidad es, probablemente, la aparición de las llamadas Psicoterapias de Tercera Generación, entre las que destacan: la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Conductual-Dialéctica, la Terapia Cognitiva basada en el *Mindfulness*, la Terapia de Activación Conductual, la Terapia Analítica-Funcional y la Terapia Conductual Integrada de pareja. Si tuviéramos que resumir en una frase el denominador común de estas nuevas psicoterapias, sería la vuelta a los orígenes conductuales. Lo que a mí me resulta particularmente difícil de ver en la terapia Conductual-Dialéctica de Linehan y en la Terapia Cognitiva basada en el *mindfulness* de Kabat-Zinn, Segal, Williams y Teasdale. Pero supuestamente, se trata de una vuelta a los principios básicos de la Terapia de Conducta. Los problemas se explican por las operantes y los

pensamientos dejan de ser una variable de mantenimiento. Una especie de minimalismo psicológico.

Particularmente, yo tengo muchas dudas, y no sé si considerar estas ideas, poco originales, como un avance o como un retroceso. Nos hemos pasado años convenciendo a la comunidad científica y demostrando que los pensamientos son un ingrediente esencial en la psicología humana y, por lo tanto, en las psicopatologías. Y, de pronto, pasan a ser considerados como eventos psicológicos casi neutros. Por otra parte, entiendo que durante años se ha abusado de los recursos cognitivos. Llegándose incluso a afirmar que los Pensamientos Negativos Automáticos mantienen los trastornos psicológicos. Esta proposición no sólo es falsa sino que, probablemente, demuestre ignorancia. Los pensamientos son parte de una cadena de eventos psicológicos que provocan la aparición de las respuestas operantes, las que a su vez, dan lugar a las consecuencias, los reforzadores, que mantienen las conductas. Así pues, jamás se puede afirmar que los pensamientos mantienen los desórdenes emocionales. Sin embargo, hemos repetido este axioma tantas veces, que hemos llegado a aceptarlo como una parte de la ciencia. Teniendo en cuenta este ciego reduccionismo cognitivo del que hemos sido víctimas, entiendo también un giro de 180° hacia las originales tesis conductuales.

Por otra parte, a excepción de la Terapia Conductual-Dialéctica que sí puede ofrecernos algunos estudios que la avalen, el resto de las nuevas terapias están en una fase precientífica. Tan apenas tenemos datos experimentales que las sustenten. Y esto me hace volver al principio del artículo: tenemos que usar, en nuestra práctica clínica, técnicas validadas empíricamente. Así pues, a pesar de que teóricamente yo estoy, lo confieso, reticente al uso de estas técnicas, tan pronto

como se validen, superaré mis prejuicios y las añadiré al arsenal de técnicas de mi práctica profesional. Pero me asusta ver cómo cientos de terapeutas se han apuntado a la moda de estas estrategias, por ejemplo al *mindfulness*, cuando, insisto, el grado de validación aún es muy escaso.

Para finalizar, me gustaría informar al lector de algo que ha ocurrido recientemente en Inglaterra y que abre una esperanza para la Psicología Clínica Cognitivo-Conductual. El gobierno inglés ha obligado a todos los profesionales que trabajan en salud mental: psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales y enfermeros psiquiátricos, a obtener un título en Terapia Cognitivo-Conductual. La explicación es muy simple; los gobiernos entienden de cifras y de dinero. Hay numerosos estudios mostrando que hacer TCC es más rentable que medicar a las personas que sufren trastornos emocionales. La eficacia es mucho mayor y el nivel de recaídas, más bajo, aunque dé la impresión de lo contrario. Debemos aumentar nuestra autoestima profesional. Basta ya de complejos. Parece como si muchos psicólogos se consideraran inferiores a los psiquiatras, y los datos indican lo contrario. Una vez más tenemos que ser científicos y utilizar la información experimental. La psiquiatría funciona muy bien para la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión. También funciona bien la TCC para estos trastornos, pero además es mucho más eficaz y más rápida que el tratamiento farmacológico en: trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación, problemas sexuales, problemas de pareja y familia, conductas adictivas, toda clase de problemas en niños y trastornos de personalidad. Así que cambiemos esa vieja creencia disfuncional. Ánimo y un abrazo.

Fecha de recepción: 02/11/2010  
Fecha de aceptación: 02/12/2010