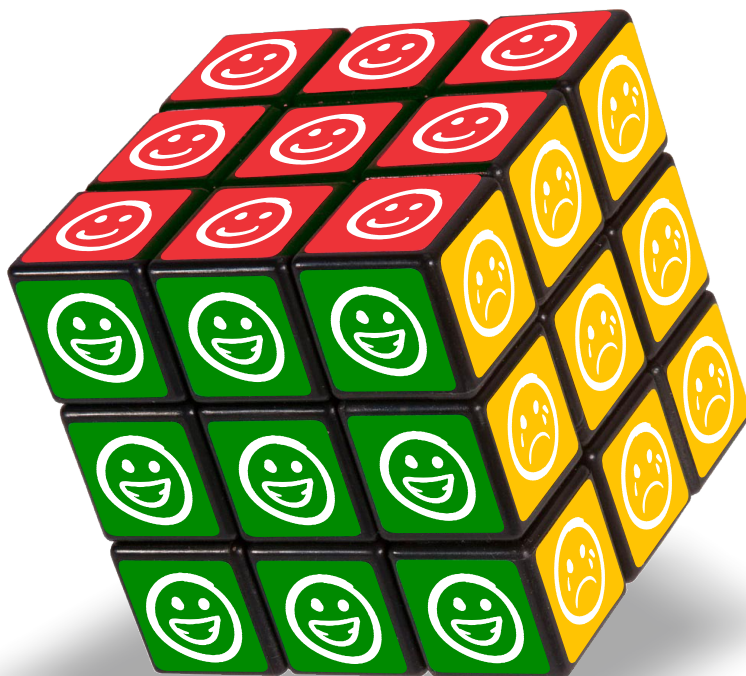


MANUAL PRÁCTICO DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL



Diego Zuluaga Mejía



UNIVERSIDAD DE
MANIZALES

MANUAL PRÁCTICO DE
TERAPIA
COGNITIVO
CONDUCTUAL

Diego Zuluaga Mejía

MANUAL PRÁCTICO DE
**TERAPIA
COGNITIVO
CONDUCTUAL**

Diego Zuluaga Mejía

Profesor Titular



UNIVERSIDAD DE
MANIZALES

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Programa de Psicología

Julio de 2015



UNIVERSIDAD DE
MANIZALES

Guillermo Orlando Sierra Sierra
Rector

Jorge Iván Jurado Salgado
Vicerrector

Luis González López
Decano
Facultad Ciencias Sociales y Humanas

Zuluaga Mejía, Diego

Manual práctico de terapia cognitivo conductual / Diego zuluaga Mejía - 1 ed. Manizales: Centro de Publicaciones, Universidad de Manizales, 2015

130 p.

ISBN: 978-958-9314-86-9

1. Terapia cognitiva 2. Terapia de conducta 3. Técnicas psicoterapéuticas
4. Modificación de conducta I. Título II. Zuluaga Mejía, Diego.

Dewey 616.89152 / Z94

Norma de descripción bibliográfica, RDA
Descriptores recuperados del Tesouro IEDCYT en línea
Universidad de Manizales. Biblioteca.

Fecha de catalogación: Julio de 2015

Universidad de Manizales - Centro de Biblioteca e Información

Sección Administración de Recursos de la Información

Manual práctico de terapia cognitivo conductual

© Universidad de Manizales

Julio de 2015

Diseño:

Gonzalo Gallego González

Edición

Centro Editorial

Universidad de Manizales

Cra 9 Nro. 19-03

Tel. (57)-6-887 9680

Manizales, Caldas, Colombia

Índice

	Págs.
Prólogo	9
Introducción	13
Capítulo 1	
Desarrollo histórico de la terapia cognitivo-conductual.....	15
Capítulo 2	
Naturaleza de la terapia cognitivo-conductual.....	27
2.1. Terapia conductual	27
2.2. Terapia cognitiva.....	28
2.3. Terapia cognitivo-conductual	32
2.4. Terapias de tercera generación	34
Capítulo 3	
Descripción de las técnicas terapéuticas	37
3.1 Relajación	37
3.2 Desensibilización Sistemática (D.S.)	44
3.3 Terapia asertiva / formación en habilidades sociales	49
3.4 Terapia implosiva.....	52
3.5 Terapia de inundación o inmersión	54
3.6 Exposición graduada	56
3.7 Técnicas operantes o manejo de contingencias	58
3.8 Técnicas operantes en instituciones (economía de fichas).....	64
3.9 Autocontrol conductual.....	66
3.10 Retroalimentación biológica (<i>bio-feedback</i>).....	70
3.11 Condicionamiento encubierto.....	72
3.12 Modelamiento.....	76
3.13 Terapia aversiva	81
3.14 Terapia racional emotiva conductual	83
3.15 Terapia cognitivo-conductual	90
3.16 Terapia de resolución de problemas	97
3.17 Entrenamiento autoinstruccional.....	101
3.18 Detención del pensamiento	104
3.19 Terapia centrada en los esquemas	106
3.20 Inoculación del estrés.....	110
3.21 Terapias de tercera generación	112

Capítulo 4

Tendencias actuales y futuras	119
4.1.El eclecticismo técnico	119
4.2. La integración teórica	120
4.3. Los factores comunes	121
4.4. La colaboración	122
Referencias bibliográficas	127

Prólogo

Sabe muy bien la sociedad científica de psicólogos que en materia de terapia cognitivo-conductual existen cuatro pilares fundamentales: el condicionamiento clásico (que aparece a fines del siglo pasado con las investigaciones del fisiólogo ruso Iván Pavlov); el condicionamiento instrumental u operante (los comportamientos se adquieren o extinguen debido a las consecuencias que le siguen); la teoría del aprendizaje social (éste no sólo se da por la experiencia directa y personal, sino también por la información que proviene de otras personas, o de símbolos verbales o visuales); y el aprendizaje cognitivo (en el que se consideran importantes los pensamientos, diálogos, imágenes internas, creencias...).

A partir de ahí, y específicamente en lo atinente a la Terapia Cognitivo-Conductual, propósito del presente *Manual Práctico*, escrito por un apacible hombre y psicólogo experto en estos procedimientos, **Diego Zuluaga Mejía**, es menester comprender que de lo que se trata es de continuar en la búsqueda de la comprensión del fenómeno del comportamiento humano, por lo que es fundamental conjuntar más que los paradigmas mencionados, pensar también en otros desarrollos actuales en esta materia; máxime porque este tipo de Terapia se nutre de la investigación psicológica contemporánea. Así, lo que nos presenta nuestro muy ilustre Profesor no sólo es el relato de una teoría o de una escuela psicológica, sino un amplio marco metodológico, es decir, hipótesis teóricas que las ha tamizado por las pruebas empíricas que requieren los criterios metodológicos.

Dicen los expertos (I. Pavlov, John B. Watson, F. B. Skinner, Albert Bandura, por mencionar algunos) que las intervenciones terapéuticas en Terapia Cognitivo-Conductual se adelantan en tres fases: por un lado, se contempla la evaluación cuidadosa del caso, esto es, hay que tener en cuenta que tan pronto se formulen hipótesis explicativas de los problemas de un sujeto, trazar objetivos para el respectivo tratamiento; por otro lado, el empleo de técnicas terapéuticas que estén orientadas a conseguir los objetivos planteados; y la tercera fase, evaluar la aplicación del programa terapéutico, con la consideración de que es probable que hay que hacer ajustes para lograr los cambios requeridos.

Es fácil encontrar francotiradores que aseveran que en lo que tiene que ver con la Terapia Cognitivo-Conductual no se le da importancia a la relación terapéutica, implicando con ello que quienes se dedican a este tipo de tratamientos lo que hacen es aplicar simples técnicas desconociendo con ello los factores afectivos y emocionales de los pacientes. Con ello, pretenden trazar la imagen de un psicólogo apático, frío, calculador que termina por mantener un protocolo prefabricado, ignorando el amplio espectro emocional de los pacientes. En lo particular no creo en esto, máxime porque el cuerpo científico que se dedica a estos menesteres no hace otra cosa que crear estrategias y mecanismos para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas.

En sus manos, amables lectores, está la evidencia empírica de lo que afirmo. Este Manual Práctico desnuda contextualmente la vida de su autor, lo que les permitirá más que encontrar una aproximación histórica y sistemática del desarrollo de la tradición de pensamiento de las psicologías comportamentales y precisar la incorporación de procesos cognitivos, emotivos y afectivos como procesos psicológicos básicos, observar un trayecto en el que con la experiencia de vida desde la psicología clínica, la psicología médica, la psiquiatría, develar la encrucijada de lo humano a partir de algunas de sus expresiones. He aquí en donde aparece la apacible figura del autor.

El profesor **Diego Zuluaga Mejía**, nunca tuvo la pretensión por ser el mejor o el más vistoso de los profesores, pero sus virtudes y dedicación por la Psicología, le convirtieron en un hombre que dejó huella en todas las generaciones de psicólogos de la *Universidad de Manizales*, a tal punto tal que es factible con este texto reconstruir las pretensiones de verdad y ciencia de la Psicología misma.

En este Manual Práctico de Terapia Cognitivo-Conductual se trazan observaciones tranquilas, organizadas y sistematizadas que les facilitaron a muchos hombres y mujeres que pasaron con él por nuestras aulas, el poder comprender la esencia de la multi dimensionalidad del comportamiento, hecho que facilitó la eliminación del historicismo familiarista, que por años hizo carrera en la Psicología. Asimismo, cuando se acude a los recortes de realidad presentados en este Manual Práctico, al igual que en la propia vida de su autor, no hay el más mínimo reclamo de exclusividad; por el contrario, lo que se encuentran son expresiones de sus potenciales y sus

límites, y por ello alcanza a dibujar una encofetada tradición con altos niveles de eficacia y efectividad en el mundo psicoterapéutico contemporáneo.

No me es difícil decodificar en este texto de estudio, que su autor propicia -tal es la impronta que ha dejado por los pasillos de nuestra Universidad- la consolidación de un vínculo terapéutico a partir de habilidades de comunicación y habilidades sociales destinadas al fortalecimiento de la relación terapéutica, en lo que los expertos denominan “*variables inespecíficas.*” Este sencillo hecho hace a este Manual Práctico una herramienta mucho más confiable para su estudio.

En pocas palabras, el texto del profesor **Diego Zuluaga Mejía** no sólo es la puesta en lo público de lineamientos terapéuticos que van acordes con la precisión y la especificidad propias de las ciencias del comportamiento, sino que deja traslucir propuestas éticas, filosóficas y metodológicas determinadas. Por eso es un Manual Práctico.

GUILLERMO ORLANDO SIERRA SIERRA
RECTOR

Introducción

El ser humano, por diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, puede adoptar una serie de comportamientos y actitudes mentales que comprometen su funcionamiento a nivel personal, social, familiar y laboral. Para modificarlos o controlarlos se han propuesto varias estrategias de intervención, entre otras, los psicofármacos, la socioterapia y la psicoterapia, las cuales deben complementarse con el objetivo de lograr mayor eficacia en el tratamiento. Así, los psicofármacos actúan por vía química, la socioterapia por vía social y la psicoterapia por vía psicológica. El cambio de conducta o de hábitos mentales redundará en una mejor calidad de vida, bienestar psicológico, y más sana interacción con su entorno familiar y social. El presente texto se ocupará de la tercera estrategia, la psicoterapia y específicamente, de uno de sus enfoques teóricos, la terapia cognitivo-conductual.

Con relación a su definición y características, Calderón (2001, p. 417) plantea que la psicoterapia se caracteriza por el uso de métodos exclusivamente psicológicos para el mejoramiento o alivio de los problemas emocionales. Es una modalidad de tratamiento donde una persona entrenada y en el ámbito de una relación interpersonal más o menos estructurada, utiliza la palabra, la acción o un ritual con el propósito de aliviar síntomas de disfunción emocional, psicológica o conductual. Agrega el mismo autor que existen múltiples enfoques y clasificaciones de las psicoterapias. Así, en función de los objetivos están las de soporte o apoyo emocional, reeducativas y reconstructivas; en función del nivel de exploración en superficial y profunda; con respecto al número de personas intervenidas, en individual, de pareja, de familia y de grupo; y en función de la fundamentación teórica en dinámica, conductual, humanista y cognitiva.

Aunque existen diferencias entre las diversas modalidades, presentan rasgos comunes, pues todas funcionan en el contexto de la relación humana. Al respecto, Strupp (1981, citado por Vallejo y cols., 1985, p. 893) enuncia los siguientes:

1. Relación confidencial, cargada emocionalmente.
2. Método terapéutico aceptado mutuamente por el paciente y el terapeuta.
3. Provisión de nueva información para el paciente que puede transmitirse por consejo, ejemplo y autodescubrimiento.

4. Fuerte espera de ayuda por parte del paciente.
5. Facilitación de la expresión de las propias emociones.

El objetivo del presente manual es proporcionar una información concisa y en lo posible completa, de las técnicas terapéuticas más representativas del enfoque psicoterapéutico cognitivo-conductual. El capítulo 1 esboza una visión histórica. El 2, sus presupuestos teóricos fundamentales. El 3, describe cada una de las técnicas o estrategias en función de las siguientes categorías: autor o autores, generación a la cual pertenece, fundamentación teórica, objetivo, elementos que la conforman, procedimiento de aplicación, formas o variantes, indicaciones clínicas y condiciones para maximizar su efectividad. El capítulo 4 expone las tendencias actuales y futuras de este enfoque de la psicoterapia.

Este manual está dirigido a docentes, estudiantes, estudiosos y profesionales de la psicología que aplican el enfoque cognitivoconductual en sus procesos clínicos, y describe métodos que han mostrado particular eficacia en la resolución de problemas que afectan la vida mental, conductual, el desarrollo psicológico y la realización íntegra de las personas.

Como las teorías y experimentos que sustentan la terapia cognitivo-conductual son muy densas, amplias y profundas –cuya exposición exigiría volúmenes– hemos preparado esta descripción sucinta y práctica de las más reconocidas estrategias terapéuticas inherentes a este enfoque de la psicoterapia, con indicaciones teóricas y orientación bibliográfica, para posterior profundización por parte del lector.

Capítulo 1

Desarrollo histórico de la terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual tal como la conocemos hoy, ha sido el producto de varios momentos históricos, cada uno de ellos caracterizado por diferentes posturas teóricas, metodológicas y prácticas frente a la intervención de los trastornos mentales y problemas emocionales. Este hecho determina que se hable de terapia conductual de primera, segunda y tercera generación. A continuación, veamos los acontecimientos que contribuyeron al surgimiento de cada una de ellas.

PRIMERA GENERACIÓN: Se conoce como Terapia Conductual y surgió como una nueva alternativa en la descripción, explicación y tratamiento de la conducta patológica. Estos factores contribuyeron a su origen y consolidación:

1. Insatisfacción en la comprensión y en la intervención del comportamiento anormal desde las aproximaciones tradicionales: la psiquiatría ortodoxa, la teoría y práctica psicoanalítica y el rol del psicólogo clínico.

Con respecto a lo primero, algunos clínicos e investigadores (Ullmann y Krasner, 1965; Szasz, 1960, 1961a, 1961b, citados por Yates, 1973) empezaron a criticar y cuestionar los ejes centrales del funcionamiento de la psiquiatría, tales como el concepto de *enfermedad mental*, el cual venía derivado de la medicina, en el sentido de considerar la causa de los signos y síntomas mentales como resultado de la “enfermedad” de un sistema orgánico, en este caso del cerebro, de la misma manera que los síntomas físicos son debidos a la enfermedad de otro sistema orgánico (ej.: el paciente presenta síntomas y signos de tipo respiratorio, por lo tanto, el órgano enfermo son los pulmones). En otras palabras, los signos y síntomas clínicos se consideraban manifestaciones, objetivas y subjetivas respectivamente, del funcionamiento anormal de una estructura orgánica

Para clínicos e investigadores, este concepto resultó cuestionable: la conducta patológica debe comprenderse de forma diferente, como una conduc-

ta desadaptativa producto del aprendizaje, y no como una “enfermedad”, según ese modelo biomédico aplicado a la conducta anormal.

Otra de las situaciones polémicas giró en torno al *problema del diagnóstico psiquiátrico*. El sistema de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (D.S.M. y C.I.E.) identifica a las personas con alteraciones mentales en categorías diagnósticas, es decir, nombres que se les asignan a ellas; así, su rotulación generaba cierta estigmatización social y personal. Además se cuestionaba la confiabilidad, la validez y la utilidad del diagnóstico derivado de dichos sistemas de clasificación. (Wittson, Hunt y Stevenson, 1946; Mehlman, 1952; Schmidt y Fonda, 1956; Kreitman, 1961, citados por Yates, 1973).

Con respecto a la teoría y práctica psicoanalítica, algunos clínicos e investigadores del enfoque conductual (Yates, 1958a; Eysenck, 1960a; Astin, 1961, Shapiro, 1960, citados por Yates, 1973) plantearon una serie de cuestionamientos y críticas a la teoría psicoanalítica, argumentando que las hipótesis psicodinámicas como el inconsciente, los componentes del psiquismo (*ello, yo, superyo*), la interpretación de los sueños, los mecanismos de defensa, etc. no era posible someterlos a comprobaciones empíricas, ni a la metodología científica usada por el enfoque conductual. Además, como el psicoanálisis es un modelo muy inferencial, confunde el proceso de inferencia con el de observación. Y desde el punto de vista práctico consideraron que esta psicoterapia psicoanalítica requería numerosas sesiones periódicas durante varios años para lograr un cambio clínico significativo, e incluso una gran capacidad de introspección por parte del paciente, aspectos que la hacían más prolongada en el tiempo, más costosa y, por tanto, menos accesible a la población.

Con relación a la tercera insatisfacción -el rol del psicólogo clínico- se cuestionaba que la actuación profesional del psicólogo en el área clínica se centrara esencialmente en la aplicación, corrección e interpretación de tests mentales, sólo con el fin de complementar y validar diagnósticos clínicos dados por otros profesionales, especialmente médicos psiquiatras. De esta manera, su función como psicoterapeuta quedaba limitada, pues solamente la podían ejercer psiquiatras formados en la teoría psicoanalítica, enfoque psicoterapéutico que predominaba en los años 60's y 70's.

2. Varios avances en la Psicología Experimental, entre otros: la investigación rusa inicial sobre el condicionamiento, la psicología comparativa, el conductismo de Watson, la teoría del aprendizaje, Skinner y el condicionamiento operante, aplicaciones de la teoría del aprendizaje a la conducta

humana y a la psicoterapia. La descripción de tales acontecimientos puede consultarse en Yates (1973), Bernstein y Nietzel (1985), Ridruejo (1996) y Rimm y Masters (1980).

3. Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, quien a través de sus investigaciones logra demostrar que el ser humano aprende no solamente por refuerzos, sino observando la conducta de las demás personas (modelos), es decir, por imitación. Este proceso tiene cuatro componentes: a la persona le llama la atención una conducta del modelo (atención); la guarda en su memoria a través de una representación simbólica (memoria); el sujeto utiliza esa información previamente almacenada cuando la necesite para enfrentar una situación (ejecución), y, finalmente, la reproduce cuando se ve reforzada positiva o negativamente por unas consecuencias (motivación). Con base en tales planteamientos, se desarrolló una estrategia terapéutica denominada Modelamiento.

Con relación a éste desarrollo histórico de la Terapia Conductual, Labrador, Cruzado y Muñoz (1993) refieren varias etapas: **La primera etapa**, denominada por ellos **antecedentes (1896-1938)** caracterizada por los siguientes acontecimientos: el desarrollo de las leyes del condicionamiento de Pavlov; formulación de la ley del efecto de Thorndike (aprendizaje instrumental-Conexionismo); el conductismo Watsoniano; trabajos aplicados siguiendo las directrices conductistas, como los realizados por Watson y Rayner con el “pequeño Albert” en 1920 y Mary Covert Jones con el niño “Peter” en 1924 y el método de la alarma para el tratamiento de la enuresis desarrollado por Mowrer en 1938.

La segunda etapa, el surgimiento (1938-1958). Caracterizada por el desarrollo de las grandes teorías neoconductistas del aprendizaje de Hull, Mowrer, Tolman y Skinner, especialmente la de este último, la cual sobresalió sobre las demás, siendo ésta, el **condicionamiento operante**, una forma de aprendizaje basada en las consecuencias de la conducta y también conocida como la **teoría del reforzamiento**. Con base en sus planteamientos, se establecen las directrices de cómo aplicar los principios del aprendizaje para la modificación y mejora del comportamiento humano y la solución de problemas clínicos y se describe la conducta como un fenómeno psicológico que es observable, explicable, predecible y modificable atendiendo al análisis funcional de la conducta.

Otro evento que marcó esta etapa fue la insatisfacción y oposición con los resultados de los tratamientos tradicionales. Al respecto, Eysenck (1952,

citado por Labrador y cols., 1993) analizó tres problemáticas a saber: la efectividad de las psicoterapias vs. recuperación espontánea; rol del psicólogo clínico y ofrecer nuevas formas de intervención diferentes a las del psicoanálisis, que fueran más efectivas a corto plazo. Por lo tanto, la modificación o terapia de conducta surge como una alternativa innovadora, válida y eficaz, fundamentada en un cuerpo teórico sólido, capaz de explicar y tratar los trastornos del comportamiento.

Esta etapa del surgimiento se presentó en tres países: a) USA. y el desarrollo de la tecnología operante alrededor de Skinner y en donde se utiliza por primera vez el término “terapia de conducta”. b) Sudáfrica y los tratamientos para los trastornos fóbicos y de ansiedad por parte de Wolpe los cuales los describe en su obra “Psicoterapia por Inhibición Recíproca” publicada en 1958 donde propone la desensibilización sistemática como una técnica eficaz para intervenir tales trastornos. c) Inglaterra y el impulso del uso de técnicas derivadas de la psicología experimental del aprendizaje; se dieron en el Hospital de Maudsley, con Jones (1956), Meyer (1957) y Yates (1959) citados por Labrador y cols. (1993)

La tercera etapa, la consolidación (1958-1970), caracterizada por los siguientes eventos: aplicación de la modificación de conducta a problemas como el autismo, delincuencia, problemas en el aula y trastornos de conducta en niños normales. Introducen otras técnicas como la economía de fichas, el entrenamiento asertivo y habilidades sociales, inundación y prevención de respuesta y técnicas aversivas. Se enfatiza en los sucesos y conductas observables; se tratan las conductas desadaptativas directamente; los trastornos de conducta se describen en términos de estímulo-respuesta-consecuencia y se adopta el análisis funcional para su explicación; demostración objetiva en la efectividad en los tratamientos; énfasis en lo aplicado y no en lo teórico, por cuanto las bases teóricas ya se habían estructurado en la fase del Surgimiento. Otros aspectos a destacar en esta fase de consolidación fueron: la psicología del aprendizaje dirigida a analizar los procesos cognitivos (memoria, percepción, atención) y varias aportaciones técnicas a partir de los teóricos del “aprendizaje social” tales como Bandura (1969) con el aprendizaje por imitación, Kanfer y Phillips (1970) con las terapias de autocontrol y autoregulación; Staats (1963) con el conductismo paradigmático y Mischel (1973) con el modelo interactivo entre rasgo y situación (Labrador y Cols., 1993).

SEGUNDA GENERACIÓN: Por las críticas y limitaciones presentadas a esta forma de analizar y tratar los trastornos psicológicos (modelo conductual/psicología conductual) y la evolución de los modelos no mediacionales

(conductuales, más observacionales) a los mediacionales (cognitivos, representacionales) para describir, explicar, evaluar y modificar los comportamientos desadaptativos, empieza a plantearse una nueva alternativa a la modificación de conducta, la terapia cognitiva.

Con relación a las críticas al modelo conductual de la conducta anormal y su terapia, Vallejo y cols. (1985) enuncian varias, pero entre las más relevantes están: se ignoran aspectos de la vida psíquica como la conciencia, los sentimientos, las sensaciones y los procesos cognitivos; es un modelo extremadamente simple, ingenuo y superficial, por cuanto que no analiza al hombre en profundidad, sino en sus facetas más triviales; explica la mayor parte de la conducta a través de los condicionamientos adquiridos; ve el comportamiento como en la dinámica estímulo-respuesta, lo cual refleja una visión reduccionista y mecanicista del ser humano; se basa en gran parte, en la experimentación animal, con el peligro de extrapolar los datos al hombre y convertirse en una etología más que en una psicología humana; en el tratamiento, se opera sobre los síntomas y no sobre las causas de los mismos.

Con respecto a la evolución de los modelos no mediacionales a los mediacionales en la explicación de los fenómenos conductuales, Fernández-Ballesteros (1994) describen los no mediacionales como el de E-R de Watson y E-R-K-C de Lindsley (1964), los cuales se empiezan a cuestionar por ser muy reduccionistas y no atender a la complejidad de la conducta y, agregan, que en la década de los setenta ya se proponen algunos modelos mediacionales, es decir, algunas variables se encuentran entre los Estímulos y las Respuestas, las cuales han sido denominadas “variables intervinientes, organísmicas y personales”. Las letras “O” y “P” en estos modelos, se refieren a tales variables y entre ellos, están el E-O-R-K-C de Kanfer y Phillips (1970); el E-O-R-C de Goldfried y Sprafkin (1974) y el C-P-S de Bandura (1978).

Estos últimos tres autores realizan significativas modificaciones a los modelos anteriores o no mediacionales, añadiendo el *organismo* (O) y la *persona* (P). En el modelo de Kanfer y Phillips, “O” se refiere a variables genéticas, fisiológicas, neurológicas, bioquímicas y mecánicas”. Como se observa, plantean la condición biológica del individuo pero no lo cognitivo. En el modelo de Goldfried y Sprafkin, “O” se refiere a las autoinstrucciones o pensamientos, autovaloraciones y sentimientos como a las variables biológicas.

Por su parte, en el modelo de Bandura, “P” (la persona) están implicados factores internos personales como concepciones, creencias, autoper-

cepciones. En conclusión, en “O” y “P” se integran variables psicológicas y biológicas de muy distinta naturaleza, estos modelos se resumen en el siguiente cuadro:

- Modelo radical (Lindsley, 1961):
$$E \longrightarrow R \longrightarrow K \longrightarrow C$$

E = Estímulos externos
R = Conductas manifiestas
K = Contingencias de reforzamiento
C = Consecuencias externas
- Modelo de Kanfer y Phillips (1970):
$$E \longrightarrow O \longrightarrow R \longrightarrow K \longrightarrow C$$

E = Estímulos externos e internos
O = “Variables genéticas, fisiológicas, neurológicas, bioquímicas y mecánicas” (página 79)
R = Motoras, cognitivas y psicofisiológicas
K = Contingencias de reforzamiento
C = Consecuencias externas e internas
- Modelo de Goldfried y Sprafkin (1974):
$$E \longrightarrow O \longrightarrow R \longrightarrow C$$

E = Estímulos prioritariamente percibidos
O = “Variables de autocontrol, autoevaluación, así como variables fisiológicas, genéticas, neurológicas y bioquímicas” (página 20)
R = Motoras, cognitivas y psicofisiológicas
C = Consecuencias prioritariamente percibidas

Modelo de determinación recíproca de Bandura (1978):

P = Condiciones de la persona, fundamentalmente cognitivas
S = Situación; fundamentalmente tal y como es percibida por el sujeto
C = Conducta motora, cognitiva y psicofisiológica

A partir de la introducción de “O” y “P”, se produce una escalada por cognitivizar, internalizar y desexternalizar la evaluación conductual (Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977; Kendall y Hollon, 1978; Merluzzi, 1981, citados por Fernández-Ballesteros, 1994).

Otro acontecimiento que contribuyó al origen de la terapia cognitiva, es el descrito por Labrador y Cols. (1993) al referirse a la modificación de conducta en los años 70's. Estos autores plantean que a partir de esta década, se

incorporan las variables cognitivas en la explicación de los problemas conductuales y en el tratamiento. Distinguen dos enfoques, por un lado, los que consideraban que los eventos internos están determinados por las mismas leyes E-R que las conductas manifiestas, como Cautela, que sobre esta base propuso las técnicas de condicionamiento encubierto. Por otro, autores como Beck (1976), D’Zurilla y Goldfried (1971), Meichenbaum (1977) y Mahoney (1974) consideran que las cogniciones tienen un rol causal en la conducta y no se explican exclusivamente por procesos de condicionamiento. Pelechano (1979, citado por Labrador y cols., 1993) señala la distinción entre estos dos grupos como *continuistas* – al primer enfoque- y *rupturistas*- el segundo enfoque, que incluyen modelos y técnicas cognitivas específicas, en donde las cogniciones disfuncionales son las generadoras de los problemas psicológicos y su objetivo central es la reestructuración cognitiva a través de cinco procesos: detección, monitoreo, validación, confrontación y pensamiento realista.

Finalmente, Ridruejo (1996) al referirse a las terapias cognitivas, expresa que como reacción ante la insatisfacción por el uso exclusivo para la solución de problemas clínicos, del clásico modelo estímulo-respuesta, nace la psicología cognitiva, con la intención de abordar el estudio de una serie de variables mediadoras que intervienen en el proceso de condicionamiento. Estas variables intermedias determinan un proceso individual de atención, percepción y significación de las situaciones medio-ambientales, de modo tal que no es tan importante la conducta que el sujeto manifiesta, sino las cogniciones que acompañan a dicha conducta. El término cognición significa un proceso complejo por medio del cual el individuo selecciona, codifica, transforma, almacena y reproduce la información. Este término fue utilizado por *Epicteto*, filósofo griego de la escuela del estoicismo, cuando observó que los hombres no se trastornan por los acontecimientos en sí mismos, sino por la opinión que tienen de ellos. En la actualidad son múltiples las expresiones empleadas para señalar el papel que los factores cognitivos desempeñan en los problemas emocionales: distorsión cognitiva, creencias irracionales, atribuciones falsas y esquemas cognitivos disfuncionales, pensamiento automático, entre otros.

Bajo esta perspectiva, la persona vuelve a situarse como ser activo, capaz de modificar el ambiente en donde vive, alejándose de la visión experimentalista, pasiva, preconizada por el modelo del condicionamiento.

Este proceso cognitivo hace posible que el sujeto perciba, piense, evalúe y actúe bajo patrones de comportamiento específicos, desarrollados a partir de experiencias aprendidas y originados en la interrelación entre el

individuo y el ambiente. Cualquier déficit, alteración o error en ese proceso cognitivo es considerado responsable de la aparición del trastorno o conducta desadaptativa, planteamiento que sintetiza el modelo cognitivo de la psicopatología.

TERCERA GENERACIÓN: Como resultado de las limitaciones señaladas por parte de algunos investigadores y clínicos, de las terapias cognitiva y cognitivo-conductual, se empezó a perfilar el surgimiento de las terapias de tercera generación.

En este sentido, al referirse a la psicología constructivista, Vásquez (2003, citado por Núñez y Tobón, 2005) afirma que el constructivismo constituye un planteamiento teórico y epistemológico alternativo a la clásica teoría del procesamiento de la información y a los enfoques tradicionales de la terapia cognitiva como los de Beck y Ellis. Tiene como postulado que las personas construyen su mundo y lo interpretan, diferente al enfoque seguido por las terapias conductuales y cognitivas tradicionales que asumen que el conocimiento es una representación directa del mundo real.

Los autores que citan el párrafo precedente agregan que en la psicología constructivista-posracionalista, la afectividad tiene una importancia capital y proponen un procesamiento del conocimiento tácito y abstracto basado en las emociones, el cual se da por analogías y no requiere palabras. Este nivel de procesamiento se opone al nivel de procesamiento explícito basado en palabras o imágenes, de tipo más consciente y cuya función es organizar la experiencia. La terapia, derivada de este enfoque tiene como objetivos: buscar que las personas por sí mismas logren un cambio semántico en la forma como experimentan sus experiencias; conocer mejor su realidad y la manera como la construye, para poder reorganizarla con base en la comprensión y no en la persuasión, autocontrol y cambio de sus ideas irracionales, tal como se da en las terapias cognitivas.

Con relación a los problemas de la terapia cognitivo-conductual, Núñez y Tobón (2005) refieren que este enfoque psicoterapéutico se ha configurado en un conjunto amplio y disperso de técnicas que tienen una escasa vinculación con la ciencia básica. A pesar de su eficacia en la modificación de la conducta o en la reestructuración de las cogniciones, no se respalda de manera clara en un modelo teórico general sino que es más un asunto pragmático. Refieren a Goldfried (1996), uno de los fundadores de este enfoque en la década de los años setenta, el cual expresa que “la terapia conductual de los años sesenta evolucionó hasta llegar a la terapia cognitiva en los

años setenta y desde los ochenta parece dirigirse hacia la psicoterapia de integración”.

En este mismo sentido, Mañas (s.f.) afirma que muchas de sus técnicas se centraron primordialmente en la modificación, eliminación, reducción o, en la alteración, en cualquiera de sus formas, de los eventos privados (pensamientos, emociones, creencias, recuerdos, sensaciones corporales) y agrega que todo aquello que genere malestar o nos produzca dolor ha de ser rápidamente erradicado o eliminado a través de todos los medios disponibles; especialmente, enfatizando el empleo de estrategias o técnicas de control de los eventos privados.

Como resultado de ello, una persona puede generar un patrón rígido de actuación centrado básica y exclusivamente en la continua evitación de sus eventos privados, limitando drásticamente su vida con ello. Esto último puede ocurrir, y de hecho ocurre muy frecuentemente, a pesar de estar haciendo aparentemente lo que ha de hacerse, lo que la sociedad ha potenciado, lo que el sentido común nos dice: “...he de eliminar todo aquello que me produzca malestar o dolor y sentirme bien todo el tiempo”; el problema no se soluciona y se genera mayor sufrimiento. A este patrón inflexible de actuación centrado en la evitación de los eventos privados, limitando con ello la vida de la persona, se le ha denominado Trastorno de Evitación Experiencial o TEE (véase, Luciano y Hayes, 2001; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004; Wilson y Luciano, 2002).

En ocasiones, se ha relacionado el TEE con la carencia de “flexibilidad cognitiva” o, dicho de otro modo, con un estado de “fusión cognitiva” con los eventos privados.

Aunque estas terapias han resultado efectivas en el tratamiento de múltiples problemas psicológicos, lo cierto es que aún quedan muchos problemas sin resolver. Algunos de estos problemas giran en torno a lo que realmente es efectivo dentro del conjunto de técnicas que emplean las terapias de segunda generación. Esto se advierte fácilmente si tenemos en cuenta que estas terapias continúan empleando las técnicas y procedimientos generados por las terapias de la primera generación (cambios de primer-orden), por lo que resulta difícil contrastar el valor real y efectivo que de forma independiente podrían tener aquellos elementos o componentes novedosos que utilizan. Es más, la efectividad de estas terapias se ha relacionado más con los componentes conductuales que con los componentes cognitivos propiamente dichos.

Otra de las limitaciones más importantes de las terapias de segunda generación son los datos experimentales disponibles actualmente que indican precisamente que los intentos de control, reducción o eliminación de los eventos privados (justamente objetivos de intervención explícitos desde estas terapias) producen paradójicamente, y en muchos de los casos, efectos contrarios o efectos rebote. Entre estos efectos se han descrito notables incrementos tanto en la intensidad, frecuencia, así como en la duración, e incluso, en la accesibilidad a los eventos privados no deseados y refiere a algunos autores que respaldan esta afirmación (Cioffi y Holloway, 1993; Gross y Levenson, 1993, 1997; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004; Sullivan, Rouse, Bishop y Johnston, 1997; Wegner y Erber, 1992). Estos datos, suponen un claro desafío a los propios principios y asunciones en las cuales están fundamentadas las terapias de segunda generación y, atentan y vulneran sus propios cimientos o filosofía de base.

Por su parte, Hayes (2004 a, b, citado por Mañas, s.f.) ha subrayado algunas de las principales razones que han propiciado la emergencia (una vez más) de una nueva ola de terapias de conducta: La denominada “Tercera Ola de Terapias de Conducta” o las “**Terapias de Tercera Generación**” (en adelante, TTG). Entre ellas cabe destacar las siguientes: (i) el desconocimiento sobre el por qué resultan exitosas o efectivas o, por el contrario, el por qué fracasan las terapias cognitivas actuales; (ii) la gran cantidad de resultados recientes de numerosas investigaciones básicas sobre el lenguaje y la cognición desde una perspectiva analítica-funcional y; (iii) el hecho de que actualmente existan concepciones y modelos cuya aproximación mantienen una perspectiva radicalmente funcional al comportamiento humano.

Otro autor que cuestiona la terapia cognitivo-conductual es Barraca (2006, pg. 7). Plantea que, lo primero que cabe concluir es que en todas sus técnicas se reconoce la necesidad de rectificar la concepción de la clínica psicológica imperante hoy en día. Frente a la idea de que la terapia consiste en la aplicación de unas técnicas específicas diseñadas para desembarazarse de sensaciones o pensamientos desagradables (“negativos”), se propone verla ahora como un camino para ayudar al paciente a comprender que, con frecuencia, lo que debe hacer es aceptar el malestar y contextualizarlo adecuadamente; esto es, lo importante sería lograr que el paciente aprecie que su lucha por hacer desaparecer completamente el malestar, la ansiedad, las obsesiones, la tristeza, etc. es infructuosa, al menos a la larga, y que tal actitud puede ocasionarle más y más problemas.

Este planteamiento choca con las modas sociales que invitan a no pasarlo mal ni un minuto. A contracorriente de las revistas de divulgación psicológica, de los best-seller de auto-ayuda y de las fugaces apariciones de los psicólogos en los medios de comunicación, frente a la “política del alivio”, la tercera generación propugna la comprensión, la legitimación e incluso el aprendizaje de y desde los problemas psicológicos.

Por su parte, Pérez (2006, pg.6) afirma que la terapia cognitivo-conductual desvirtúa el sentido contextual e ideográfico original de la terapia de conducta y que los problemas relacionados con la eficacia, tendrían que ver con la estandarización de los tratamientos en perjuicio de aplicaciones más flexibles y ajustadas al caso.

Al respecto, Luciano y Valdivia (2006) expresan que se desconocen los principios activos cuando se producen cambios significativos, no se sabe que lo causó ni por qué. Su efectividad se ha relacionado más con sus componentes conductuales que con los cognitivos, lo que implica una contradicción con sus presupuestos, y, a la vez, un desconocimiento del papel real que tiene la intervención directa sobre los eventos cognitivos y agregan que continúan abiertos numerosos interrogantes sobre las condiciones en que resultan efectivas, y al contrario, cuándo y por qué no lo son.

Todas las críticas y cuestionamientos enunciados por los autores anteriores, llevaron a pensar en algunas de las razones del surgimiento de las TTG. Al respecto, Hayes, 2004, citado por Luciano y Valdivia, 2006) menciona el desconocimiento sobre el por qué funciona o fracasa la terapia cognitiva; la existencia de concepciones radicalmente funcionales del comportamiento humano y la curva acelerada de investigaciones básicas en lenguaje y cognición desde una perspectiva funcional. Esto supuso una oportunidad para agrupar modos de hacer, muchos de ellos tomados de las terapias “no científicas”, y para confeccionar nuevos métodos.

Capítulo 2

Naturaleza de la terapia cognitivo-conductual

En el presente capítulo se presentarán los principios teóricos de cada una de las diferentes denominaciones dadas a este enfoque de la psicoterapia, a través de su evolución histórica:

2.1. Terapia conductual

Consiste en la aplicación de los principios del aprendizaje en la solución de los problemas clínicos. La Desensibilización Sistemática, es una ilustración del condicionamiento clásico, por cuanto utiliza la ley de asociación, vale decir, se asocia la escena ansiógena con la relajación; un programa de economía de fichas, es un ejemplo de los principios del condicionamiento operante (reforzadores positivos, negativos, secundarios, castigo negativo, etc. en un ambiente institucional) y las técnicas de modelado, reflejan los principios del condicionamiento vicario o el proceso de la imitación (observación, retención, ejecución y motivación).

Se concentra en la conducta de desadaptación en sí misma, y no en una supuesta causa subyacente (represión, fijación, conflicto interno) como lo hace la psicoterapia psicoanalítica. Esta conducta se considera aprendida y deber ser observable y medible.

Su objetivo consiste en desaprender comportamientos inadecuados, alterados y sustituirlos por otros más deseables.

Las metas terapéuticas son específicas, concretas y realistas. En el tratamiento de una Fobia Social, por ejemplo, una meta terapéutica sería “Disminuir o extinguir la ansiedad al hablar en público”.

Adapta el método de tratamiento al problema del paciente, es decir, la estrategia terapéutica depende en buena parte de la naturaleza del problema que se trate. Esto significa, que cada estrategia terapéutica tiene unas

aplicaciones clínicas específicas. y no todas ellas sirven para todos los problemas. Por ejemplo, la Desensibilización Sistemática es muy útil y eficaz para las fobias, pero no serviría para un problema de alcoholismo, en el cual se utilizaría el autocontrol conductual o la terapia aversiva.

Se concentra en el “aquí y el ahora”. La intervención terapéutica se realiza sobre los acontecimientos antecedentes, consecuentes y modalidades de respuesta de la conducta problema **actuales o proximales** y no históricas o **distantes**, que desencadenan y mantienen la conducta problema. Estos últimos, se tienen en cuenta para explicar la adquisición de la conducta problema.

Dispone de técnicas efectivas ya sometidas a verificaciones empíricas.

Este tipo de terapia acepta que no existe una brecha entre la conducta normal y la anormal sino una continuidad. La diferencia entre lo normal y lo patológico, es más de tipo cuantitativo que cualitativo, es decir, está en función de la frecuencia, duración e intensidad de la conducta problema.

Otras personas, como padres, maestros, enfermeras, cuidadores pueden realizar el tratamiento con la orientación y asesoría del psicólogo. Tales personas son ajenas a la profesión de la psicología, pero son importantes para el paciente por su relación afectiva con él y pueden complementar y reforzar la intervención psicoterapéutica, lo anterior refleja el concepto de “co-terapeuta” (Ejemplos: Programas de economía de fichas en la escuela, el hogar o en la institución de rehabilitación; programa de modificación de conducta realizado por los cuidadores de los pacientes con demencia que presentan comportamientos inadecuados; los mismos pacientes cuando llevan a cabo un programa de auto control conductual en el tratamiento del tabaquismo).

2.2. Terapia cognitiva

Con relación a este enfoque de la psicoterapia, Guidano y Liotti (1980, citados por Palacio, 1990) plantean que su objetivo se focaliza en el cambio de los aspectos del conocimiento del paciente que le producen un sufrimiento innecesario. La terapia toma la modalidad de un debate científico, en el sentido de un trabajo cooperativo entre terapeuta y paciente, de exploración, búsqueda y modificación. La función del terapeuta es enseñarle al paciente a reconocer sus teorías causales y sus implicaciones, la forma de probarlas, la utilidad de los experimentos que pueden desaprobar dichas teorías. El aspecto más interesante de la terapia es la intención del terapeuta por conservar

una perspectiva científica. El consultante aprende a enfrentar su problemática de una forma similar a la utilizada por un científico, es decir, explorar las reglas que gobiernan la relación entre los fenómenos naturales. La relación terapéutica es eminentemente racional, pero el “contrato” permite el análisis y utilización de los sentimientos, emociones y comportamientos para el logro de los cambios cognitivos deseados.

Riso (2006), al referirse a la terapia cognitiva, plantea que es una de las corrientes más desarrolladas en los últimos años, tanto a nivel teórico e investigativo, como aplicado. Agrega que los conocimientos en las ciencias cognitivas en general, y el procesamiento de la información en humanos en particular, ha permitido el desarrollo de modelos de evaluación e intervención clínica cada vez más fructíferos y eficientes.

Menciona el modelo cognitivo de Beck (2000) en los siguientes términos: “... Propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en estos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes” (p.17). Refiriéndose a este mismo modelo cognitivo, cita a Leahy (2003) quien plantea: “El modelo de terapia cognitivo está basado en la idea de que los estados disfuncionales como la depresión, la ansiedad y la ira son frecuentemente mantenidos o exacerbados por pensamientos distorsionados. El papel del terapeuta es ayudar a los pacientes a reconocer sus estilos idiosincrásicos de pensamiento y modificarlos mediante la aplicación de la evidencia y la lógica”(p.1).

La terapia cognitiva parte de un modelo diátesis-estrés, según el cual para que la patología tenga lugar deben confluir tanto el evento estresante como la vulnerabilidad cognitiva, es decir, el evento estresante por sí mismo no es suficiente para que el trastorno ocurra, como tampoco lo es la manera inadecuada de procesar la información: la alteración se produce en la confluencia de ambos factores (Clark y Beck, 1989; Clark, Beck y Alford, 1999).

Dentro de los supuestos generales de la terapia cognitiva destacamos los siguientes:

1. Las percepciones y, en general la experiencia, son procesos activos que incluyen datos de inspección, como de introspección.
2. El individuo evalúa una situación por lo general a partir de sus cogniciones.

3. Estas cogniciones constituyen la “corriente de conciencia” o campo fenoménico de una persona, que refleja su configuración, su mundo, su pasado y su futuro.
4. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus conductas.
5. Mediante la terapia psicológica un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
6. La corrección de estos constructos puede producir una mejoría clínica.
7. Permite al individuo comprender y rectificar modelos distorsionados de pensamiento y de apreciación.
8. La intervención terapéutica va dirigida a los procesos cognitivos disfuncionales.
9. Los síndromes clínicos pueden distinguirse por el contenido específico del sistema de pensamiento y por los procesos cognitivos que se activan.

Con respecto a los principios que sustentan la Terapia Cognitiva (Beck, 2000; Freedman y cols., 2004, citados por Riso, 2006) describen los siguientes:

- a. Se fundamenta en una conceptualización cognitiva del paciente y sus problemas. Se establecen las relaciones de los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas con las emociones, las conductas motoras y el ambiente.
- b. Está basada en una estrecha relación paciente/terapeuta, en donde ambos trabajan mancomunadamente (alianza terapéutica) para superar los problemas manifiestos y no manifiestos que aquejan al paciente. Este último asume una participación activa y responsable frente a sus cambios.
- c. Está relacionada con planear y alcanzar objetivos y resolver problemas concretos.
- d. Es educativa; tiene por objetivo enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención y las recaídas. El paciente aprende cómo se originaron y desarrollaron sus esquemas negativos, qué los dispara y qué los mantiene; cómo se auto perpetúan y de qué

manera deben controlarse y/o modificarse los pensamientos negativos responsables del malestar.

- e. Destaca tanto el presente como el pasado. La inclusión del pasado es esencial para lograr la modificación cognoscitiva, permitiendo que el paciente se apropie de su caso, lo internalice y pueda comprender los factores que intervinieron en la conformación de su problema (Young, 1994). El pasado o la historia previa está almacenada en la memoria episódica/conceptual, en el aquí y el ahora, y por lo tanto es real y presente en tanto puede afectar distintos niveles del procesamiento de la información (Goldfried, 2003). Un número considerable de técnicas cognitivas parten de la reestructuración informacional de las experiencias pasadas (McGinn y Young, 1996).
- f. Las sesiones son estructuradas, pero flexibles. Existe una estructura básica de las sesiones que permanece más o menos constante a lo largo de la terapia.
- g. Se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el sistema de procesamiento de los pacientes. Se puede recurrir a técnicas predominantemente cognitivas para modificar comportamientos motores, o a técnicas esencialmente conductuales para modificar estructuras cognitivas o afectivas.

Con relación al desarrollo de esta terapia, Núñez y Tobón (2005) plantean que surgió en la década de los años setenta con la creación de nuevas terapias enfocadas en la modificación de los patrones de pensamiento disfuncional, bajo el planteamiento de que los procesos cognitivos son los determinantes de la conducta y no el ambiente.

Finalmente, se han propuesto, dentro de la terapia cognitiva, dos corrientes, una técnica y otra conceptual.

Dentro del primer grupo se incluyen: a) Condicionamiento Encubierto; b) Entrenamiento Autoinstruccional e Inoculación del Estrés; c) Detención del pensamiento; d) Entrenamiento en Solución de Problemas; d) Autocontrol Encubierto (Thoresen, 1981), en donde el propio individuo y con la asesoría del terapeuta, realiza a nivel cognitivo, una reestructuración sistemática de los antecedentes y consecuentes internos actuales de la conducta problema.

Dentro del segundo grupo, el conceptual, se incluyen: a) La Terapia Racional Emotiva Conductual; b) La Terapia Cognitivo-Conductual; c) La Terapia Centrada en los Esquemas.; d) La Terapia de Valoración cognitiva; e) La Tera-

pia Lingüística de Evaluación; f) La Terapia de Constructos Personales; g) La Psicoterapia Cognitivo-Narrativa; h) La Terapia cognitiva posracionalista; i) La Psicoterapia Constructiva.

Algunas de las técnicas enunciadas, excepto el Autocontrol Encubierto, serán descritas con mayor profundidad en el capítulo 3 de este libro y las identificadas con los literales d, e, f, g, h, i del segundo grupo, pueden consultarse en Caro (1997).

2.3. Terapia cognitivo-conductual

Progresivamente, la terapia cognitiva se fue articulando a la terapia de la conducta, sin asumir de forma estricta sus planteamientos sobre el control ambiental de la conducta. Un principio fundamental de este enfoque es darle a las cogniciones un papel esencial en la conducta, buscando determinar lo que los consultantes se dicen a sí mismos para entender su malestar emocional y las reacciones en el entorno.

Actualmente, este enfoque de la psicoterapia se conoce comúnmente como Terapia Cognitivo-Conductual, en adelante, TCC. Retoma los aspectos positivos y más destacables de las estrategias tanto conductuales como cognitivas, tratando de integrarlas en un solo cuerpo de conocimientos. La mayoría de las publicaciones, tanto en libros, páginas Web como en revistas, hace referencia a ella, en tales términos.

Aunque los tratamientos cognitivos y conductuales tienen un planteamiento teórico y una práctica clínica diferente, comparten muchos de sus principios fundamentales y, en muchos casos, son administrados conjuntamente con la intención de obtener los mayores beneficios posibles para un paciente determinado y optimizar la intervención clínica.

Stern, Herman y Slavin (2005) la definen así: *“La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una forma de psicoterapia que hunde sus raíces en la teoría del aprendizaje y se basa en estudios empíricos para obtener información sobre la naturaleza de los trastornos, guiar el desarrollo de nuevas intervenciones y documentar la efectividad de los tratamientos existentes. La TCC no se limita al comportamiento y al intelecto puro. Por el contrario, se ocupa del funcionamiento emocional del paciente e insiste en modificar las respuestas comportamentales, emocionales y cognitivas desadaptadas que caracterizan a cada trastorno individual”*.

Identifican las siguientes características:

- **Es de duración breve.** Depende del tiempo que se necesite para ayudar al paciente a desarrollar patrones alternativos de respuesta conductuales y cognitivos.
- **Es activa.** La terapia facilita un contexto para el aprendizaje; y el papel del terapeuta es proporcionarle al paciente los datos, las habilidades y la oportunidad necesarios para poder desarrollar patrones alternativos.
- **Es estructurada.** Cada parte de las sesiones se dedica a intervenciones concretas. En muchos casos al paciente se le colocan deberes (tareas) para que practique entre sesiones. Cada estrategia terapéutica tiene unos pasos explícitos y secuenciales en su aplicación.
- **Es cooperativa.** El terapeuta y el paciente colaboran conjuntamente para eliminar los trastornos y resolver los problemas vitales.
- **Busca resultados:** Se centra en modificar emociones, conductas y procesos cognitivos disfuncionales.

Dentro de las características prácticas, Heman y Oblitas (2005) mencionan las siguientes:

- Brevedad.
- Centrada en el presente (en el “aquí y ahora”), en el problema y en su solución.
- Su carácter preventivo de futuros trastornos.
- Va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados.
- Paciente y terapeuta, se comunican y colaboran activamente (estilo de cooperación) por igual en el proceso.
- El proceso incluye tareas de auto-ayuda que se realizan entre las sesiones.
- Si el paciente realiza las actividades acordadas con el terapeuta entre las sesiones, se incrementa la eficacia y la brevedad.
- Pese a lo breve y sencillo del método, logra modificaciones importantes y perdurables.
- El enfoque es altamente didáctico, porque el paciente aprende la(s) estrategia(s) para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente al terapeuta.

2.4. Terapias de tercera generación

Luciano y Sonsoles (2006) expresan que son unas terapias conectadas con algunas consideradas “no científicas”, por ejemplo, las terapias de corte existencial y experiencial. Mencionan las siguientes características:

- Parte de un marco global de referencias sobre las ventajas y desventajas de la condición humana, es decir, considerar tanto las fortalezas como las debilidades inherentes al ser humano.
- Mantiene una filosofía contextual-funcional, es decir, los factores ambientales o situacionales son esenciales para explicar el funcionamiento psicológico y la relación con ellos es de carácter funcional.
- Es coherente con un modelo funcional de la cognición y el lenguaje (la teoría del marco relacional).
- Sustenta una teoría nueva de la psicopatología en la que resulta central el concepto de evitación experiencial destructiva.

Desde esta nueva perspectiva, se entiende que la conexión entre investigación básica, psicopatología y métodos clínicos, es esencial para progresar en la prevención y tratamiento de los trastornos psicológicos.

Por su parte, Hayes (2004 a, citado por Mañas, s.f.) la ha definido y caracterizado del siguiente modo:

«Fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, la tercera ola de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el cliente. La tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de las terapias cognitivas y conductuales y las conduce hacia cuestiones, asuntos y dominios principalmente dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados».

Estas terapias de tercera generación provienen de la tradición de la terapia del comportamiento (e.g., Hayes et al., 1999; Luciano et al., 2004) y se caracterizan por:

- Abandonan el compromiso de utilizar exclusivamente cambios de primer-orden.
- Adoptan un corte más contextualista que mecanicista.
- Utilizan estrategias de cambio más experimentadas por la persona en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio de primer-orden o directas.
- Amplían y modifican de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar.
- No se centran en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados (especialmente la cognición o el pensamiento) con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona. En lugar de esto, se focalizan en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos.

De otro lado, Pérez (2006) al enfatizar su ubicación histórica y surgimiento, afirma que la tercera generación de la terapia de conducta se sitúa a partir de la década de 1990, aunque no sería dada de alta hasta 2004 y su emergencia se debe tanto al desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical, como a las limitaciones de la terapia cognitivo-conductual, a pesar de sus reconocidas aportaciones.

Con relación a estas terapias, Márquez-González (2010) plantea que esta «tercera ola» agrupa enfoques terapéuticos que proponen un replanteamiento contextual de la terapia de conducta, enfatizando la importancia del contexto en el que tiene lugar la conducta problemática y las funciones de esta, más que la topografía de sus «síntomas». De este modo, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia dialéctico conductual, la terapia basada en la atención plena, la terapia de activación conductual, la terapia conductual integral de pareja y la psicoterapia analítico funcional, consideran que lo relevante es su estructura funcional, es decir, las funciones psicológicas de las conductas desadaptadas deben analizarse en el contexto en que aparecen.

Finalmente, se podrían resumir las características esenciales de estas terapias de tercera generación en las siguientes categorías conceptuales:

EXPERIENCIAL. El paciente en vez de evitar, eliminar o reducir el malestar generado por el problema psicológico, lo que debe hacer es vivenciarlo tal cual como se presenta, atendiendo, concentrándose y analizando las diversas manifestaciones del mismo (afectivas, fisiológicas, conductuales, cognitivas, etc.).

TOLERANCIA. Relacionada con la anterior, el paciente como se enfrenta directamente al malestar sin evitarlo, lo tolera, lo soporta, lo aguanta, lo resiste, lo admite sin sufrir daño, lo cual facilita la comprensión profunda de él (qué, cómo, cuándo, dónde, por qué).

ACEPTACIÓN. Las dos características anteriores, llevan al paciente a admitir y aceptar su problema tal cual como se presentan, proceso que ayuda a darle un significado nuevo y diferente al inicial.

FUNCIONALIDAD. Se establecen relaciones funcionales tanto de causalidad como de covariación entre todos los factores que contribuyen al origen y mantenimiento del problema psicológico: cognitivos, afectivos, conductuales, interpersonales, motivacionales, fisiológicos. Además, este concepto, se deriva de la teoría del marco relacional (Dougher y Hayes, 2000; Hayes y Wilson, 1995; Luciano y Hayes, 2001, citados por Luciano y Sonsoles, 2006) en la cual se conceptúa el análisis psicológico considerando al organismo como un todo siempre en acción donde priman las funciones que controlan el comportamiento. Esta teoría representa una continuación de las leyes establecidas en la investigación bajo el paraguas el análisis funcional del comportamiento, pero supone un avance cualitativo. Es una teoría dirigida al análisis funcional del lenguaje y la cognición, propone leyes que establecen las condiciones para la formación y alteración de funciones, vía procedimientos indirectos, frente a los conocidos y bien establecidos procedimientos directos del manejo de contingencias para el establecimiento y cambio de funciones reforzantes, aversivas, motivacionales y discriminativas de aproximación y evitación. , la cognición concebidos como aprendizaje relacional.

CONTEXTUAL. Los factores ambientales o situacionales son esenciales para explicar el funcionamiento psicológico disfuncional.

INTEGRAL. Estas terapias tienden a articular y relacionar todos los componentes que giran en torno al problema psicológico (cognitivos, conductuales, afectivos, interpersonales, fisiológicos, motivacionales) otorgándole a cada uno su peso y valor respectivo.

Capítulo 3

Descripción de las técnicas terapéuticas

En este capítulo se describen las diversas estrategias terapéuticas que corresponden a cada una de las denominaciones enunciadas en el capítulo anterior, en función de las siguientes categorías: nombre, autor, año de divulgación, generación, objetivo, fundamentos teóricos, elementos que la conforman, procedimiento de aplicación, indicaciones clínicas, condiciones para su empleo y eficacia y formas o variantes

3.1 Relajación

Autores: Jacobson (1938), Relajación muscular progresiva; Shultze y Luthe (1959), Formación autógena; Benson (1975), Meditación de mantras.

Generación: Primera.

Objetivos

- Estabilizar y regular los cambios fisiológicos y psicológicos (emocionales y cognitivos) que se presentan en el individuo como resultado de la ansiedad.
- Enseñar a una persona a controlar su propio nivel de activación sin ayuda de recursos externos (Labrador y cols. 1993).

Fundamentación teórica

La historia de la técnica de relajación tiene muchos años pero en el ámbito de la modificación de conducta se remonta sesenta años atrás cuando aparecen las dos obras fundamentales: *Progressive Relaxation* y *Das Autogene Training* (Jacobson, 1929 y Schultz, 1932, citados por Labrador y cols., 1993). Enfatizan la importancia de la *tensión o activación* en el desarrollo de los desequilibrios, trastornos o malestar personal, que a su vez repercuten en múltiples conductas, desde el rendimiento laboral al estado de ánimo y sensación de bienestar. Su utilización se basaba en considerarla una respuesta incompatible o antagónica con los efectos fisiológicos producidos por la ansiedad y la activación mantenida.

Al referirse a los efectos de la relajación, destacan los siguientes: disminución de la tensión muscular tónica y la frecuencia e intensidad del ritmo cardíaco; aumento de la vasodilatación arterial con el consiguiente incremento en el riego periférico y en la oxigenación celular; disminución de la frecuencia respiratoria; aumento en la intensidad y la regularidad del ritmo inspiratorio/expiratorio; disminución de la actividad simpática general, en los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina por las glándulas suprarrenales, del consumo de oxígeno y eliminación del CO₂ ; reducción en el nivel de ácido láctico en la sangre arterial; disminución en el metabolismo basal, de los índices de colesterol y ácidos grasos en plasma; incremento del nivel de leucocitos con mejora en el funcionamiento del sistema inmunológico; incremento en los ritmos cerebrales *alfa* y *theta*.

Se basa en el principio de “**Inhibición recíproca**”, o generar respuestas contrarias a la ansiedad o incompatibles con ella. En este sentido, las respuestas fisiológicas antagónicas a la ansiedad como la relajación, debilitarían el vínculo entre el estímulo y el malestar que éste provoca. Wolpe (1978, p. 47)) lo expresa así: “Cuando una respuesta resulta inhibida por la respuesta incompatible, y se sigue una importante reducción del impulso, entonces habrá una significativa inhibición condicionada de la respuesta”.

Otra posible razón de porqué disminuyen los síntomas de ansiedad, es el patrón fisiológico y cognitivo integrado (Seer, 1979), que produce un decremento de la tensión fisiológica relacionada con las frecuencias cardíaca y respiratoria, tensión muscular, transmisión dérmica y tensión arterial, y los cambios a nivel psicológico como el sentimiento de bienestar, de tranquilidad, de calma, de paz interior.

Elementos que la componen

Sus componentes están en función del tipo de técnica de relajación: relajación muscular progresiva (Jacobson, 1938); entrenamiento autógeno (Shultze y Luthe, 1959); meditación de mantras (Benson, 1975); relajación mental; yoga, escuchar con atención, música instrumental suave, clásica, de la “Nueva Era” y sonidos de la naturaleza.

Variantes

Relajación Muscular Progresiva (R.M.P)

Consiste en tensar y relajar diferentes grupos musculares, trabajando desde las manos hasta la cabeza y los hombros, bajando después a los pies.

Cada grupo muscular se tensa durante 10'', e inmediatamente se relaja durante 15''. Los ciclos de tensión y relajación se realizan de forma secuencial con los siguientes grupos musculares y cada uno se repite de 2 a 3 veces:

- Manos: cerrando el puño y apretando. Relajar. Repetir.
- Antebrazos: doblar las manos por las muñecas, estirar los dedos hacia arriba. Relajar. Repetir.
- Bíceps: intentar tocarse los hombros con los puños respectivos. Relajar. Repetir.
- Hombros: levantar los hombros como si se quisieran tocar las orejas. Relajar. Repetir.
- Frente: levantar las cejas el máximo posible. Relajar. Repetir.
- Rostro: arrugar la nariz y cerrar los ojos (apretándolos). Relajar. Repetir.
- Labios: apretar los labios uno contra otro. Relajar. Repetir.
- Lengua: apretar la lengua contra el paladar. Relajar. Repetir.
- Cuello: girar la cabeza suavemente hacia la derecha. Relajar (colocar la cabeza al frente). Repetir. Luego, girar la cabeza hacia la izquierda. Relajar (colocar la cabeza al frente). Repetir. Tratar de tocar el pecho con el mentón. Relajar (colocar la cabeza al frente) Repetir. La tensión hacia atrás no se recomienda.
- Pecho: inspirar profundamente de modo que se expandan los músculos del tórax. Contener el aliento durante 5'' y después soltarlo suavemente. Repetir el ciclo.
- Estómago: apretarlo. Mantenerlo así durante 5'' y relajarlo. Permitir que se normalice la respiración y repetir.
- Espalda: hacer un arco con la espalda (separándola de la silla). Relajar. Repetir.
- Piernas y muslos: levantar las piernas de la silla 15 cms. aproximadamente. Relajar (dejarlas caer suavemente contra el piso). Repetir.
- Pantorrillas: llevar los dedos de los pies hacia atrás. Relajar. Repetir.
- Pies: encorvar los dedos de los pies. Relajar. Repetir.

Al realizar cada ciclo de tensión-relajación es importante hacer notar a la persona la diferencia entre las sensaciones de la tensión (malestar, incomodidad), y la relajación (comodidad, calor, pesadez, bienestar).

Para monitorear el proceso es necesario realizar un registro semanal del mismo, con el fin de verificar y controlar la respuesta positiva de esta estra-

tegia terapéutica. La siguiente tabla de registro se tomó de Carnwath y Miller (1986, pag. 92).

Tabla de registro de relajación

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Tiempo de práctica							
Tiempo empleado en practicar							
Tensión diaria generalizada (0-10)							
Tensión anterior a la práctica (0-10)							
Tensión posterior a la práctica (0-10)							
Acontecimientos que reducen/aumentan la ansiedad/tensión							

Entrenamiento autógeno

Implica el uso de fórmulas autógenas en un estado de concentración pasiva. La persona repite cinco (5) veces diversas auto instrucciones para inducirse la relajación. Sus ventajas son la brevedad y simplicidad del proceso, al mismo tiempo que mantiene la participación cognitiva activa del paciente en todas las etapas. Es una forma de autosugestión. Su procedimiento está estructurado en siete (7) etapas como se puede observar en la tabla de la siguiente página. Carnwath y Miller (1986) p.100.

Yoga

De acuerdo con Labrador y cols. (1993), el propósito general del yoga es lograr el autodominio y la expansión del espíritu humano, a través del equilibrio activo y total -mental y corporal- del sujeto. Se fundamenta en:

- La respiración, cuyo objetivo es controlar el fluido vital.
- Las posturas (*ashanas*) tanto corporales como mentales, para lograr un estado corporal armónico.
- La concentración, dirigida a ordenar los pensamientos, facilitar el control sobre los estímulos externos y el conocimiento intuitivo.

El yoga permite un dominio del cuerpo y un control sobre las funciones fisiológicas, pero exige práctica frecuente.

Instrucciones para la formación autógena

La formación autógena es un método para superar el estrés y la ansiedad, concentrándose en sensaciones de las distintas partes del cuerpo. Es fácil de aprender y el procedimiento se puede realizar en poco tiempo y en cualquier situación. En diferentes momentos se podría sentir que el cuerpo y las extremidades se ponen más calientes y pesadas y son señales normales de que la técnica es efectiva y de que el individuo se está relajando. Los ejercicios no suponen un esfuerzo ni un trabajo. Lo mejor es soltarse (lo que se conoce como "concentración pasiva")

Se harán una serie de afirmaciones, de un modo pausado y sosegado. Cada afirmación sucesiva que el individuo debe hacerse para sus adentros (en silencio) se refiere a una parte determinada del cuerpo (seguida de una afirmación general de paz y bienestar). Concentrarse en estas afirmaciones altera las sensaciones del cuerpo. Cada afirmación se repetirá mentalmente cinco veces antes de pasar a la siguiente. No hay que apresurarse en terminar cada ejercicio sino que debe tomarse el tiempo necesario y disfrutar de la nueva sensación de relajación y paz que se produce.

Cuando se haya terminado, sentarse cómodamente en un sillón confortable o tumbarse en una cama o el suelo, de modo que todos los miembros estén totalmente apoyados. Cerrar los ojos. No se debe forzar la respiración, simplemente dejar que se produzca. Las afirmaciones son las siguientes:

Etapa 1

1. Estoy en paz conmigo mismo y totalmente relajado. Repetir cinco veces.

Etapa 2

1. Mi brazo derecho es pesado... Estoy en paz... Repetir cinco veces
2. Mi brazo izquierdo es pesado... Estoy en paz... Repetir cinco veces
3. Mi pierna derecha es pesada... Estoy en paz... Repetir cinco veces
4. Mi pierna izquierda es pesada... Estoy en paz... Repetir cinco veces
5. Mi cuello y mis hombros son pesados... Estoy en paz... Repetir cinco veces

Etapa 3

1. Mi brazo derecho está caliente... Estoy en paz... Repetir cinco veces
2. Mi brazo izquierdo está caliente... Estoy en paz... Repetir cinco veces
3. Mi pierna derecha está caliente... Estoy en paz... Repetir cinco veces
4. Mi pierna izquierda está caliente... Estoy en paz... Repetir cinco veces
5. Mi cuello y mis hombros están calientes... Estoy en paz... Repetir cinco veces

Etapa 4

1. Mi respiración es tranquila y regular... estoy en paz... Repetir cinco veces.

Etapa 5

1. Mi ritmo cardiaco es tranquilo y regular... estoy en paz... Repetir cinco veces.

Etapa 6

1. Mi frente está fresca... estoy en paz... Repetir cinco veces.

Etapa 7

1. Estoy despejado, fresco y totalmente relajado... estoy en paz... Repetir cinco veces.

Cuando se hayan completado las etapas de autoafirmaciones en silencio, estirar suavemente los brazos, las piernas y el cuerpo y abrir los ojos. Acordarse de practicar con regularidad y pedir al terapeuta la ayuda que se precise para mejorar la técnica.

Meditación de mantras

Esta es una forma de meditación concentrada que emplea un dispositivo mental llamado mantra (Benson, 1975) o cántico que el paciente repite una y otra vez en silencio. Otros mantras pueden utilizar imágenes visuales mentales, tal como una rosa o una llama. El objetivo es concentrarse en el mantra y reducir los pensamientos conceptuales.

El método se caracteriza por su naturaleza permisiva, no coactiva, y los ejercicios requieren unos 20 minutos. Si en algún momento la atención se dispersa, solamente se pide a la persona que recupere su atención y recite el mantra. Los ejercicios se inician con un control respiratorio.

Al describir esta estrategia, Everly (1989, citado por Labrador y Cruzado, 1993) distingue cuatro (4) tipos fundamentales de meditación, según el tipo de clave o estímulo repetitivo utilizado para concentrar la atención y generar el estado de relajación:

1. Repetición mental de una palabra o frase (mantra).
2. Repetición física (concentrar la atención en un aspecto físico repetitivo, como la propia respiración o la estimulación rítmica al correr o bailar).
3. Contemplación de un problema (por ejemplo, cuál es el sonido de un aplauso).
4. Concentración visual focalizando la atención en una imagen.

Relajación mental

Esta técnica conduce a la relajación de la mente y del cuerpo. Antes de comenzar la sesión de relajación, se elige una imagen o un recuerdo favorito. El paciente se recrea con esta imagen durante unos cinco minutos. Una imagen muy relajante es estar acostado en una playa hermosa y soleada. Se deben utilizar los sentidos para intensificar al máximo esta sensación. Si se elige la imagen sugerida, la persona deberá visualizar el sonido de las olas rompiendo suavemente contra la costa, la placidez de las gaviotas volando, la sensación cálida del sol sobre la piel, de la brisa marina y del contacto con la arena caliente, el color de la arena y la forma de las nubes que pasan por el cielo, oler la fragancia del aire fresco del mar, llenarse de la sensación de paz, tranquilidad y bienestar que produce estar solo en ese lugar tan maravilloso. Otras imágenes placenteras pueden ser: un bosque, una comida favorita, un recuerdo de unas excelentes vacaciones, etc. Lo más importante es recrear la imagen elegida lo más activamente posible, experimentando sus sonidos, vistas, formas, temperaturas, colores, olores, texturas.

Condiciones para su empleo y efectividad

En toda estrategia terapéutica, es esencial tener en cuenta algunos factores personales y ambientales, con el fin de garantizar el adecuado uso y aumentar la probabilidad de su eficacia. Con relación a la técnica de relajación, Gill y Brennan (1959, citados por Carnwath y Milller, 1986) sugieren lo siguiente para conseguir los efectos terapéuticos deseados: limitar la recepción sensorial y la actividad corporal, restringir la atención, proporcionar una estimulación intensa y monótona, alterar la calidad de la conciencia corporal. Por su parte, Benson (1975), citado por estos mismos autores, recomienda un ambiente de calma, disminución del tono muscular, una actitud pasiva, restricción de la atención hacia un mecanismo mental, ojos cerrados, práctica en casa, sugerir la relajación corporal y cognitiva.

Por su parte, Carnwath y Miller, (1989, citados por Labrador y cols., 1993) enuncian -en la tabla transcrita- un conjunto de variables implicadas en la eficacia de los procedimientos de relajación.

Principales variables implicadas en la eficacia de los procedimientos de relajación

1. Instrucciones administradas por el tarapeuta:
 - Respondiendo a demandas individuales
 - Dando ánimos
 - Modelando eficazmente
2. Elevada motivación y compromiso por parte del cliente:
 - Práctica intensa en casa (o en el medio habitual)
 - Generación de expectativas de mejoría
 - Aumento de la autonomía del cliente.
3. Sesiones de prácticas frecuentes y regulares
4. Un ambiente de calma
5. Una actitud pasiva, receptiva
6. Limitación de la atención sensorial
7. Limitación de la actividad corporal
8. Proporcionar instrucciones sencillas y monótonas
9. Reducción de la tensión muscular
10. Aumento de la conciencia corporal
11. Sugerir la relación corporal y cognitiva

Indicaciones clínicas

Las técnicas de relajación han mostrado su eficacia en varios problemas clínicos tales como insomnio, hipertensión arterial, cefalea tensional, asma bronquial, estrés general, trastorno de ansiedad generalizada, síndrome del colon irritable, dolor crónico y trastorno de pánico con agorafobia.

3.2 Desensibilización sistemática (D.S.)

Autor: Joseph Wolpe (1958)

Generación: primera

Objetivos

- Reducir la ansiedad de desadaptación.
- Retirar el valor ansiógeno asignado a algunas situaciones de estímulo, producto de experiencias negativas de aprendizaje tanto directas como indirectas.
- Eliminar conductas de evitación a situaciones temidas.

Fundamentación teórica

Principio de la “inhibición recíproca”: Si se da una respuesta inhibitoria de la ansiedad (relajación) en presencia de un estímulo evocador de la ansiedad, se romperá o debilitará el vínculo entre ese estímulo y la ansiedad.

Contracondicionamiento: Sustituir una respuesta inadecuada (ansiedad patológica) frente a un estímulo por otra respuesta adecuada (no experimentar ansiedad ante ese estímulo).

Habituação al estímulo ansiógeno: La exposición repetida al estímulo ansiógeno hace que el paciente se “acostumbre” a él, lo cual hace que la respuesta de ansiedad se agote.

Extinción clásica: Presentar el estímulo condicionado (escena ansiógena) en ausencia del estímulo incondicionado (situación aversiva original en la cual se presentó el condicionamiento).

Elementos que la componen

- a. Presentación de la técnica al paciente. Antes de implementar la técnica en sí misma, se le explica al paciente sus objetivos, su naturaleza, su eficacia y el rol que realizará durante el proceso de aplicación. Es importante

describirle al paciente que él se imaginará, en estado de relajación, las situaciones que en la vida real le generan ansiedad y temor.

- b. Entrenamiento en relajación muscular. Para este fin se puede emplear cualquiera de los métodos enunciados en la técnica de relajación.
- c. Elaboración de jerarquías. Una jerarquía es un conjunto graduado de escenas que representan las situaciones reales que le generan ansiedad al paciente. Hay varios tipos: temáticas, espaciales, temporales, espacio-temporales.
 - En las **temáticas**, todas las escenas o ítems se refieren al mismo tópico (por ejemplo, a la misma fobia -agorafobia-).
 - En las **espaciales**, las escenas se gradúan en función de la distancia física hacia el estímulo temido.
 - En las **temporales**, las escenas se gradúan en función del tiempo para establecer el contacto con la situación ansiógena.
 - En la **espacio-temporal**, la graduación se realiza combinando las dos anteriores.

Para la graduación de los ítems dentro de la jerarquía, en especial las temáticas, se emplean las Unidades Subjetivas de Ansiedad (U.S.A.). Es una escala que se extiende de 0-10 o de 0-100. La primera es la más utilizada por su practicidad y claridad tanto para el paciente como para el terapeuta. Los siguientes valores en U.S.A. corresponden a los niveles de ansiedad: 0-1 (ninguna ansiedad); 2-4 (ansiedad leve); 5-7 (ansiedad moderada), y 8-10 (ansiedad severa).

La calidad de una jerarquía no depende del número de ítems que la conforman, sino de la gradación de tales ítems dentro de ella; es decir, todos los niveles de ansiedad, previamente enunciados, deben estar representados.

La jerarquía debe elaborarse conjuntamente con el paciente, y los insumos para este proceso son la información recogida en la historia clínica (motivo de consulta y descripción del problema por el paciente), o un listado de las situaciones ansiógenas estructurado por el paciente, incluyendo sus respectivos valores en U.S.A. de cada una de ellas, el cual debe ser presentado al terapeuta.

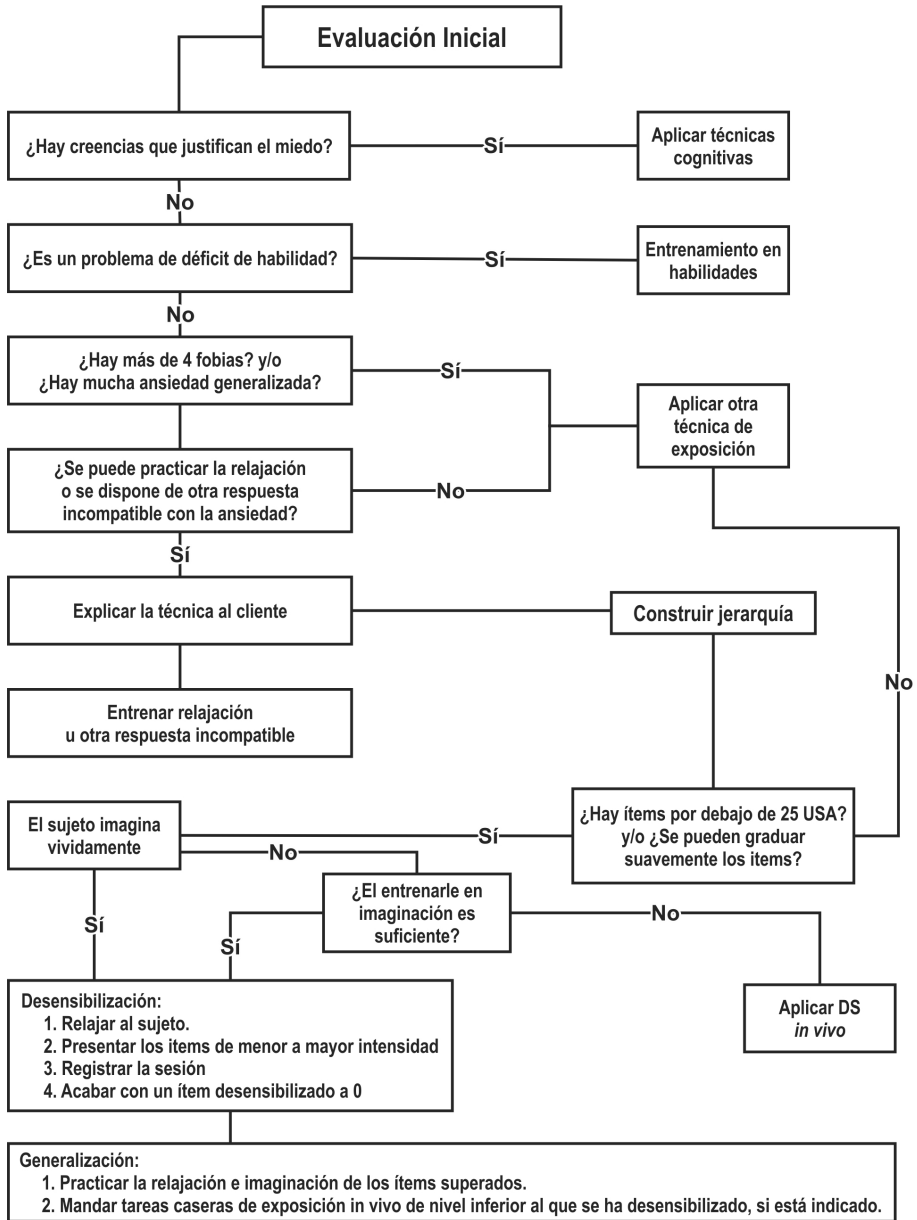
- d. Presentación gradual de las escenas ansiógenas o ítems de la jerarquía, en estado de relajación. Esta presentación puede ser: imaginaria, en vivo y virtual (software específico). En este sentido, nos referimos a tres tipos de desensibilización sistemática: imaginaria, en vivo y virtual.

Procedimiento de aplicación

Para realizar una sesión de desensibilización sistemática imaginaria (D.S.I.), se realizan los siguientes pasos:

1. Inducir la relajación en un tiempo relativamente breve. Para lograrlo, se sugiere emplear la técnica de visualización, es decir, que el paciente recree en su mente una imagen agradable y placentera.
2. Estando el paciente relajado, se le presenta la primera escena de la jerarquía (con el nivel más bajo de ansiedad), durante un tiempo de 10 segundos. Este tiempo se contabiliza a partir del momento en que el paciente informe que la escena ansiógena es clara. Se le dice al paciente “si en el transcurso de este intervalo de tiempo experimenta alguna molestia e incomodidad, por favor me lo señala (levantado el brazo derecho).”
3. Si el paciente levantó del brazo durante este intervalo de tiempo (10 segundos), el terapeuta le indica suspender la escena.
4. Entonces el terapeuta debe solicitar al paciente un autoreporte de lo vivido durante la exposición a esta escena ansiógena, en términos de “U.S.A.”, en la escala de 0-10, siendo 10 el máximo de ansiedad experimentada.
5. Luego de este autoreporte se restablece la relajación, en un tiempo relativamente breve empleando la técnica de visualización de una imagen agradable.
6. Una vez que el terapeuta se ha cerciorado del estado de relajación del paciente, se presenta nuevamente la misma escena con el procedimiento igual a la primera vez de la presentación de la escena ansiógena.
7. El paciente es expuesto a la misma escena hasta que pueda imaginarla sin experimentar ansiedad (valores U.S.A. de cero).
8. Se continúa la exposición con la segunda escena de la jerarquía y las siguientes, empleando un procedimiento igual a como se hizo con la primera escena.
9. Se registra la sesión de D.S. como se ilustra en el siguiente ejemplo:
A. 1 (X5) 7, 5, 2, 1, 0
A: Jerarquía
1: Primera escena de la jerarquía (la de menor ansiedad)
(X5): Número de presentaciones sucesivas de la primera escena.
7,5,2,1,0: Valores en U.S.A. de cada presentación. El valor más alto, corresponde a la primera presentación, el segundo a la siguiente y así sucesivamente.

En el siguiente diagrama se ilustra la aplicación de la D.S.:



Fuente: Labrador y Cols. (1993, p. 402)

Variantes

D.S. automatizada: las instrucciones de relajación y la jerarquía se graban en casete o en video.

D.S. autodirigida: el sujeto se aplica el procedimiento apoyándose con materiales.

D.S. en grupo: la aplicación se realiza en grupo.

D.S. mediante movimiento ocular: combina la exposición en imaginación a los estímulos ansiógenos con la inducción de movimientos sacádicos. Más detalle de esta variante en: Labrador y Cols. 1993, p. 417.

D.S. en vivo: los estímulos no se presentan en la imaginación, sino en su forma real. El sujeto se aproxima realmente al estímulo generador del miedo realizando ejercicios de relajación.

D.S. por contacto: es una variante de la D.S. en vivo, en la cual el terapeuta actúa como modelo, exponiéndose a los estímulos generadores de ansiedad y posteriormente lo realiza el sujeto.

D.S. enriquecida: se utilizan medios de apoyo para favorecer la imaginación de escenas como fotografías distintivas, o estímulos como: ruidos, olores, sensaciones táctiles que hagan la escena más vívida.

D.S. de autocontrol: el sujeto continúa visualizando la escena aunque le provoque la ansiedad y ha de imaginarse a sí mismo relajándose en dicha situación. Las escenas presentadas se refieren a situaciones estresantes relacionadas con distintos problemas.

D.S. con autoinstrucciones: se entrena al sujeto en la elaboración de autodeclaraciones de afrontamiento o de autoinstrucciones que debe aplicar cuando se le presentan las escenas en la imaginación.

Indicaciones clínicas

La D.S. ha mostrado su efectividad en muchos problemas clínicos, como en las fobias a las alturas, a los animales, los exámenes, viajar en avión, al agua, las inyecciones, las multitudes, comer en público, los ascensores y otros espacios cerrados, la oscuridad, tartamudez, disfunciones sexuales, ataques asmáticos e insomnio (Carnwath y Miller, 1986; Stern, Herman y Slavin, 2005; Rimm y Masters, 1980).

Condiciones para su empleo y efectividad

Rimm y Masters (1980) mencionan tres condiciones para aplicar la D.S.

1. El paciente ha de ser susceptible al procedimiento de relajación.
2. Buena capacidad de imaginación.
3. Que el paciente padezca de pocas fobias- no más de dos-. Esto es justificable por cuanto si se tienen muchas, para cada una habría que elaborar una jerarquía y su aplicación se tornaría muy dispendiosa y agotadora tanto para el terapeuta como para el paciente.

3.3 Terapia asertiva / formación en habilidades sociales

Autores: Joseph Wolpe (1958, 1969); Lazarus (1966) y Andrew Salter (1949 y 1964).

Generación: primera.

Objetivos

- Desarrollar la habilidad interpersonal para expresar los pensamientos, sentimientos, actitudes, creencias y conductas de forma socialmente adecuada y apropiada.
- Adquirir habilidades que permiten a una persona mantener interacciones sociales satisfactorias en su ámbito real de actuación.
- Desarrollar competencias sociales o comportamientos pro-sociales.

Fundamentación teórica

Se basa en los mismos principios teóricos de la D.S. (inhibición recíproca y contracondicionamiento).

La conducta asertiva, tal cual como se definió, es incompatible con la ansiedad en el contexto social e interpersonal. Así, la asertividad cumple la misma función que la relajación en la D.S., inhibir la ansiedad.

El contracondicionamiento, en esta estrategia terapéutica, significa que la conducta asertiva sustituye las conductas pasivas y agresivas que interfieren las relaciones interpersonales.

Elementos que la componen

- a. Instrucción y orientación: El terapeuta proporciona al paciente instrucciones verbales de cómo llevar a cabo conductas asertivas en los contextos sociales problemáticos. Por ejemplo, el terapeuta le explica al paciente como realizar un “buen contacto visual” y su importancia en la relación interpersonal.
- b. Ensayo de conducta o juego de roles: Terapeuta y paciente representan la conducta no asertiva en la situación específica donde se emite. Se realiza un juego de roles entre ambos donde el paciente asume su propio rol y el terapeuta el de la otra persona, con la cual se presenta el problema interpersonal.
- c. Retroalimentación: Se refiere a la información que se le brinda al paciente inmediatamente después de cada representación o juego de roles de la conducta no asertiva. Puede ser verbal, en la cual el terapeuta le dice de manera abierta, respetuosa y específica, los aspectos positivos y negativos del juego de roles; audiovisual, a través de la cual se graban las dramatizaciones y, posteriormente, se le muestran al paciente para que él mismo se observe cómo lo hizo; por modelado, en el cual el terapeuta le hace una “demostración” al paciente de cómo realizó el juego de roles, tanto en sus aspectos positivos como negativos.
- d. Modelado: Con el fin de facilitar el proceso de adquisición de la conducta asertiva, se invierten los roles entre el terapeuta y el paciente. Así, el primero asume el rol del paciente, pero ejecutando la conducta deseable o la que se quiere modificar; y el paciente toma el rol de la otra persona. El objetivo de este componente es que el paciente observe cómo el terapeuta realiza la conducta asertiva y la aprenda, para que más adelante la pueda emitir sin dificultad.
- e. Reforzamiento social: El terapeuta refuerza en el paciente los progresos observados en las diferentes sesiones.
- f. Moldeamiento: El aprendizaje de la conducta asertiva deberá ser de manera progresiva, es decir, reforzar cada aproximación de la conducta a la meta final.
- g. Ejercicios en casa (práctica): Con el fin de consolidar el aprendizaje logrado en las sesiones de terapia y facilitar una generalización de los resultados en el contexto real de funcionamiento del paciente, el terapeuta recomienda al paciente “tareas para la casa” o realizar una práctica con personas significativas de su entorno social y familiar.

Procedimiento de aplicación

Rimm y Masters (1980) exponen los siguientes pasos en la implementación de esta terapia:

1. Paciente y terapeuta representan la conducta problema que se presenta en vida real.
2. El terapeuta proporciona retroalimentación (verbal, audiovisual, modelado) acentuando las características positivas; y presenta las faltas en forma amistosa y no punitiva.
3. El terapeuta modela la conducta más deseable y el paciente representa el papel de la otra persona, cuando esto sea apropiado.
4. El paciente ensaya nuevamente la conducta modelada por el terapeuta.
5. El terapeuta premia con generosidad la mejoría. Si es necesario se repiten los pasos 3 y 4 hasta que terapeuta y paciente estén satisfechos con la respuesta, y el paciente pueda efectuar la respuesta con poca o ninguna ansiedad.
6. Si la interacción es muy extensa, se divide en pequeños segmentos que se manejan en secuencia. A continuación, terapeuta y paciente efectúan la interacción total con el propósito de consolidar los avances.
7. En un intercambio que implique expresión de sentimientos negativos, se debe instruir al paciente para empezar con una respuesta relativamente ligera (la respuesta efectiva mínima), pero también para que utilice respuestas más fuertes en caso de que la respuesta inicial no se efectiva.

Variantes

Entrenamiento asertivo individual: Todos los componentes de la terapia se realizan con un solo consultante o paciente.

Entrenamiento asertivo en grupo: El grupo lo conforman generalmente dos terapeutas (terapeuta y coterapeuta) y 5 a 10 pacientes. Dentro de las ventajas sobre el tratamiento individual se destacan las siguientes: se facilita el consenso para lo que es apropiadamente asertivo en una situación dada, el suministro de varios modelos, un variado grupo de personas “objeto” para los ejercicios de aserción y un reforzamiento social masivo para lograr mejores actuaciones en los papeles de cualquiera de los miembros.

Indicaciones clínicas

Esta técnica ha resultado efectiva en el tratamiento de los siguientes problemas clínicos: fobia social; trastornos de personalidad por evitación, por dependencia y pasivo-agresivo; dificultades de comunicación paterno-filiales, impulsividad y agresividad, problemas de pareja, anorexia, timidez y delincuencia juvenil.

Condiciones para su empleo y efectividad

- Que la conducta problema esté dentro del marco de la relación interpersonal, comunicación social y expresión abierta de pensamientos y sentimientos, es decir, que el problema intervenido implique una “conducta social activa.”
- Especificar clara y concretamente la conducta no asertiva y la situación particular donde se presenta.
- Alguna habilidad del terapeuta para la “dramatización” o representar papeles.
- Motivación por parte del paciente para mejorar su conducta.
- Practicar lo aprendido en las sesiones con regularidad y en el ambiente social y real del consultante.

3.4 Terapia implosiva

Autor: Stamfl (1961), siendo más reconocida en los escritos de Stamfl y Levis (1967) y Hogan (1968), citados por Rimm y Masters (1980).

Generación: Primera

Objetivo

Eliminar la evitación a situaciones generadoras de ansiedad, producto de experiencias negativas durante la infancia tales como rechazo, castigo, privación, humillación.

Fundamentación teórica

La terapia se basa en el principio de la *extinción clásica*, es decir, se presenta el *estímulo condicionado* (situación asociada a la ansiedad) en ausencia del *estímulo incondicionado* (presentación de las consecuencias aversivas reales que en el pasado acompañaron a la situación). Cuando se experimenta

dicha ansiedad sin la aparición de tales consecuencias aversivas, ellas dejan de ser anticipadas y la ansiedad se disipa.

Además, esta terapia se basa en suposiciones específicas concernientes a la psicodinámica del paciente, es decir, el trauma en la infancia se propone como fuente de la mayoría de las conductas de evitación. La influencia del pensamiento psicodinámico (o psicoanalítico) se ve reflejada en la especificación de ciertas áreas de conflicto, que servirán de base para las imágenes presentadas en el tratamiento: oralidad, anidad, aspectos sexuales, agresión, castigo, lesiones físicas, rechazo, pérdida de control, culpabilidad, reactividad del sistema nervioso central o vegetativo (corazón acelerado, transpiración y tensión muscular excesivas). La descripción detallada de cada una de estas áreas se puede encontrar en Rimm y Master (1980) y Carnwath y Milller (1986).

Estructura y procedimiento de aplicación

1. Razonamiento terapéutico: Explicar el proceso de la terapia al paciente. Las instrucciones positivas previas a la terapia producen un resultado más favorable que sin ellas.
2. Desarrollo de la jerarquía de evitación: Hacer una lista de todas aquellas situaciones que el paciente evita y relacionarlas con algunos traumas infantiles (áreas de conflicto mencionadas). Todos los elementos de la jerarquía están diseñados para producir un nivel máximo de ansiedad.
3. Presentación de la(s) escena(s) implosiva(s) previamente elaborada(s): Se solicita al paciente que se siente con los ojos cerrados y que se concentre en la escena. Se le dice que “*viva la escena*” con todas las expresiones apropiadas de emoción y sentimiento, sin cuestionar la exactitud o la relevancia de la descripción del terapeuta. A continuación, el terapeuta describe el trauma de la infancia con la mayor precisión posible, reproduciendo las sensaciones visuales, auditivas u otras experiencias sensoriales asociadas a la situación.

Durante la presentación de la escena, se debe evaluar la presencia de ansiedad en el paciente indicada por sonrojamiento de la cara o cuello, aumento de la actividad motora y transpiración, muecas. También se debe estar atento a las señales de evitación o de intentos para disminuir el impacto a la experiencia infantil. Dicha situación, si se presenta, debe eliminarse para que se mantenga la exposición imaginaria total a la ansiedad. Un indicador de evitación es que el paciente hable voluntariamente,

lo cual distrae e interfiere con el procedimiento. La presentación de cada escena, debe durar aproximadamente 30 minutos.

4. Retroalimentación: Discusión entre terapeuta y paciente de lo que ha ocurrido.
5. Práctica en casa: Se le recomienda al paciente practicar la(s) escena(s) implosiva(s) una vez al día, hasta la próxima sesión. Dicha práctica facilitará la generalización y mantenimiento de los resultados de la sesión clínica y el autocontrol de sus miedos. Se considera finalizado el tratamiento, cuando el paciente es capaz de afrontar cómodamente nuevas circunstancias ansiógenas, sin el apoyo del terapeuta.

Variantes

Las escenas que se le presentan al paciente, solamente pueden ser en la imaginación. Por su asociación con traumas infantiles y las situaciones extremas que comúnmente se presentan, no permiten presentaciones en vivo.

Indicaciones clínicas

Fobias o temores asociados a experiencias infantiles traumáticas.

Condiciones para su empleo y efectividad

- Producir el máximo de ansiedad en el paciente y tratar de que el paciente no presente conductas de evitación durante la exposición a la escena implosiva.
- En caso de que el paciente presente llanto, se debe detener la escena y esperar unos minutos para volver a presentarla.

3.5 Terapia de inundación o inmersión

Autor: Mallenson (1959)

Generación: primera.

Objetivo

Eliminar o extinguir la ansiedad asociada a situaciones de estímulo y prevenir la presentación de respuestas de evitación a tales estímulos.

Fundamentación teórica

El cambio clínico se explica por el principio de la extinción clásica, es decir, la ansiedad asociada al estímulo se extingue, se reduce o se elimina, por la presentación de tal situación temida, sin que se presenten las consecuencias aversivas originales de la situación.

Stern, Herman y Slavin (2005), al referirse a este aspecto plantean que “la exposición sirve para ayudar a los pacientes a desarrollar respuestas emocionales y comportamentales alternativas ante diversas situaciones que producen temor, permitiendo que las respuestas emocionales desadaptativas se disipen (se habitúen y finalmente se extingan) mediante la exposición continuada a la situación o al acontecimiento problema” (pp. 72).

Se diferencia de la terapia implosiva, porque no hace referencia, en el proceso terapéutico, a interpretaciones psicodinámicas y no incluye elaboraciones temáticas amplias y teatrales en la presentación de los estímulos fóbicos. Simplemente, se expone el paciente al estímulo temido, tal cual como es.

Estructura y procedimiento de aplicación

1. Razonamiento terapéutico: Explicar el proceso de la terapia al paciente. Las instrucciones positivas previas a la terapia producen un resultado más favorable que sin ellas.
2. Desarrollo de la jerarquía de evitación: Hacer una lista de todas aquellas situaciones que el paciente teme y evita. La jerarquía es similar a la empleada en la desensibilización sistemática.
3. Exposición a cada una de las escenas de la jerarquía, de forma masiva, duradera y frecuente, sin relajación. Esta última, es la que la diferencia de la desensibilización sistemática.
4. Retroalimentación: Comentar con el paciente los ejercicios de exposición. Señalar los aspectos positivos y negativos.
5. Autoexposición en vivo: El paciente se expone a la situación real temida, sin la ayuda u orientación del terapeuta.

Variantes

Imaginada: el paciente se expone a la situación temida de manera simbólica. En vivo, el paciente se expone a la situación temida de forma real.

Con modelado: el terapeuta se expone a la situación temida, el paciente lo observa y luego el paciente realiza lo que hizo el terapeuta. A esta variante también se le denomina “desensibilización por contacto”.

Indicaciones clínicas

Fobias, rituales compulsivos.

Condiciones para su empleo y efectividad

Como su nombre lo indica, la eficacia se aumenta cuando la presentación del estímulo temido es masiva (no gradual), repetida y duradera. Además, el paciente debe evitar las respuestas de escape o evitación (prevención de respuesta). La confrontación directa y frecuente con la situación temida hace, al principio, que el paciente experimente una ansiedad intensa, pero esta se va agotando a medida que las exposiciones se hacen más frecuentes y duraderas.

La retroalimentación regular y el apoyo emocional brindados por el terapeuta, facilitan y potencian su eficacia.

3.6 Exposición graduada

Autores: Rimm y Masters (1980) plantean que esta técnica fue inicialmente usada por Herzberg (1941) en el tratamiento de una paciente que sufría de agorafobia severa y que se negaba a salir de la casa sola. Otros autores también la emplearon, con una buena efectividad, en pacientes con agorafobia (Jones, 1956; Meyer, 1957; White, 1962).

Generación: primera.

Objetivo

Reducir o eliminar las conductas de evitación y temor, generadas por situaciones específicas, a través de la reexposición gradual del individuo a tales situaciones.

Fundamentación teórica

El cambio clínico se explica por el principio de la extinción clásica, es decir, la ansiedad asociada al estímulo se extingue, se reduce o se elimina, por la presentación de tal situación temida, sin que se presenten las consecuencias aversivas originales de la situación.

Estructura y procedimiento de aplicación

1. Razonamiento terapéutico: Como en las anteriores, conviene explicar el proceso de la terapia al paciente.
2. Desarrollo de la jerarquía de evitación: Hacer una lista de todas aquellas situaciones que el paciente teme y evita. La jerarquía es similar a la empleada en la desensibilización sistemática.
3. Exposición a cada una de las escenas de la jerarquía, de forma gradual, duradera y frecuente.
4. Retroalimentación: Comentar con el paciente los ejercicios de exposición. Señalar los aspectos positivos y negativos.
5. Autoexposición en vivo: El paciente se expone a la situación real temida, sin la ayuda u orientación del terapeuta.

Variantes

- a. Sin relajación.
- b. Con relajación.
- c. Con modelado.
- d. Empleo de coterapeutas.

Indicaciones clínicas

Fobias específicas.

Condiciones para su empleo y efectividad

- Presentar las situaciones temidas de manera gradual, es decir, primero las más leves, luego las moderadas y finalmente las más fuertes. Además, conservar esta gradualidad, al trabajar una situación ansiógena. Lo anterior obedece a que el paciente puede tolerar mejor las sucesivas exposiciones.
- La frecuencia y duración de la exposición.
- La retroalimentación de las diversas exposiciones.
- Autoexposiciones graduadas.
- Apoyo social del terapeuta o coterapeutas.

Tales condiciones para lograr un cambio importante son referidas por Stern, Herman y Slavin (2005) al afirmar que la exposición a los estímulos puede realizarse de manera gradual o por etapas, o brusca e intensamente

(inmersión) y agregan que la mayoría de los terapeutas y los pacientes prefieren las exposiciones graduales.

3.7 Técnicas operantes o manejo de contingencias

Autor: Thorndike (1898); Skinner (1953).

Generación: primera.

Objetivos

- Moldear o introducir conductas inexistentes en el repertorio del organismo (animal o humano).
- Mantenerlas una vez aprendidas.
- Reducir conductas inadecuadas o no deseadas socialmente.

Fundamentación teórica

Con relación a este aspecto, en el conductismo de Watson se ve reflejado sus bases iniciales. En tal sentido, García (1989, págs.137-138), refiere: “en 1919, aparece *Psychology from the Standpoint of a Behaviorist*, texto eminentemente polémico donde traza el programa conductista y presenta los resultados obtenidos en su laboratorio (un hospital materno-infantil) fundado para estudiar las conductas innatas y aprendidas de los infantes.”

Otro de los sistemas psicológicos del siglo XX, en dónde se hallan las bases teóricas de esta técnica terapéutica es el Conexionismo, propuesto por Thorndike (1898, citado por García, 1989, p.g.124) el cual estudió experimentalmente el aprendizaje animal y planteó la ley del efecto: “las conexiones se fortalecen o se debilitan según las consecuencias que resulten de ellas. Se fortalecen cuando van seguidas de un estado satisfactorio (que el animal busca o no evita), y se debilitan y van seguidas de un estado molesto (que el animal evita)”. Tal como se planteó, Thorndike introduce los conceptos de premio y castigo en el proceso del aprendizaje animal, denominado por él “Aprendizaje Instrumental”.

Otro fundamento teórico, se encuentra en el denominado *Análisis Experimental de la conducta* propuesto por Skinner. Al analizar este enfoque teórico, García (1989, pgs. 156-157) refiere algunas obras de dicho autor, pero especialmente dos, que contribuyeron al surgimiento y consolidación de su propuesta científica acerca del condicionamiento operante: *Contingencies of*

Reinforcement (1969), en la cual expone la versión más acabada de sus ideas y Schedules of Reinforcement (1957).

Los principios fundamentales del condicionamiento operante son los siguientes:

Reforzamiento positivo: presentación de un acontecimiento positivo (agradable) después de la emisión de la respuesta.

Reforzamiento negativo: la emisión de la respuesta aplaza, evita o elimina la presentación de un acontecimiento negativo (desagradable, aversivo). El efecto en ambos (positivo/negativo) es el aumento de la frecuencia de la respuesta.

Castigo positivo: Presentación de un acontecimiento negativo (desagradable, aversivo) después de la emisión de una respuesta inadecuada.

Castigo negativo: Supresión o retirada de un acontecimiento positivo (agradable) después de la emisión de una respuesta inadecuada. El efecto en ambos (positivo/negativo) es la disminución de la frecuencia de la respuesta.

Extinción: Cese de la presentación de un acontecimiento reforzante de una respuesta. El efecto es la disminución de la frecuencia de la respuesta anteriormente reforzada.

Control de estímulos: Reforzamiento de la respuesta en presencia de un Estímulo Discriminativo (ED) el cual aumenta la probabilidad de emisión de esa respuesta y disminuye su probabilidad en presencia de otro estímulo.

Contingencia: Es la relación que existe entre la emisión de la conducta (respuesta operante) y la consecuencia de ese evento (apetitivo o aversivo). Si a la aparición de la conducta *aparece* la consecuencia (apetitiva o aversiva) la contingencia es positiva. Si a la aparición de la conducta *desaparece* la consecuencia, la contingencia es negativa.

Estructura y procedimiento de aplicación

Técnicas para el desarrollo de conductas:

Son técnicas de cambio gradual y se fundamentan en la utilización de:

1. Reforzamiento de forma contingente a la aproximación de una conducta meta.
2. Extinción de aquellas respuestas que no se dirigen a la conducta final.

3. Control de estímulos o entrenamiento en discriminación, consistente en el refuerzo de los pasos progresivos hacia una conducta final, ante estímulos discriminativos, que poco a poco se van retirando.

Técnicas para la creación y mantenimiento de conductas

Moldeamiento (*shaping*): Desarrollar una conducta nueva de forma gradual mediante el reforzamiento sucesivo de las aproximaciones más parecidas topográfica y funcionalmente a la conducta final que se pretende conseguir. Esto implica, al mismo tiempo, la extinción de las respuestas que son muy distintas a la conducta final. En el procedimiento de aplicación se deben especificar la conducta final, elección de la conducta inicial o de partida, elección de los pasos del moldeado y moldeamiento propiamente dicho.

Los principales ámbitos de aplicación son en la educación especial (autismo y retraso mental), en el desarrollo del habla y en las distintas pautas motoras o la rehabilitación de funciones motoras.

Encadenamiento: Se refiere a la formación de conductas compuestas a partir de otras sencillas que ya existen en el repertorio del sujeto; es decir, segmentos elementales de conducta se unen hasta formar una conducta compleja mediante el reforzamiento de sus combinaciones.

Cada conducta del complejo resultante tiene una doble función:

- ✓ Como estímulo discriminativo para la siguiente.
- ✓ Como estímulo reforzador de la anterior.

Consiste en la unión de secuencias de respuesta en un ambiente estructurado. Todos los pasos de la cadena son parte de la conducta final.

Esta técnica suele emplearse en el desarrollo de habilidades de autonomía personal, tanto en el ámbito de la educación especial como normal (vestirse, asearse los dientes, ducharse).

Técnicas para la reducción de conductas

Van dirigidas a la reducción o eliminación de una o varias conductas inadecuadas. Entre dichas técnicas se describen las siguientes:

Extinción: Consiste en establecer unas condiciones de manera que el sujeto no obtenga ningún reforzador ante la presencia de una conducta desadaptada, es decir, no proporcionar el reforzador que está controlando dicha conducta. Aunque existe un “efecto rebote” inmediato (incremento de la fre-

cuencia de emisión de tal conducta), esta va disminuyendo gradualmente si se continúa aplicando el procedimiento. En el lenguaje cotidiano, esta técnica equivale a “ignorar la conducta inadecuada” por la persona que rodea al sujeto.

Reforzamiento diferencial: Es un procedimiento constructivo o positivo para disminuir las conductas inadaptadas. Existen tres tipos de reforzamiento diferenciados:

- a. Reforzamiento diferencial de tasas bajas (RDTB): Se utiliza en conductas que se quieren debilitar, pero no suprimir. Consiste en aplicar reforzamiento contingente a una conducta, siempre que ésta se mantenga en tasas bajas (ejemplo: el maestro que sólo reforzará al alumno que acapara la conversación de un tema con el grupo de clase, cuando éste participe en un menor número de veces).
- b. Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO): Consiste en reforzar cualquier conducta, excepto la que se desea disminuir o eliminar, reforzar la no emisión de la conducta problema durante un período de tiempo (ejemplo: se ignora una conducta agresiva y se refuerza cualquier comportamiento pro-social, o sea, no agresivo). Resulta útil en conductas autolesivas, agresivas.
- c. Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles (RDI): Reforzar conductas incompatibles a las que se desea eliminar. (ejemplo: administrar reforzamiento positivo a un niño con retraso mental, que trabaja de pie, cuando éste se sienta en una silla.) Es aplicable a muchos problemas. Azrin y Nunn (1987) desarrollaron el “*Entrenamiento en reacción de competencia*”, que es actualmente el tratamiento de elección en el caso de los tics, tricotilomanía y onicofagia. Consiste en aprender a ejecutar una respuesta que sea físicamente incompatible con la reproducción de hábito inadecuado.

Castigo negativo o coste de respuesta: Consiste en la retirada de un reforzador positivo contingente a una conducta no deseada. Su efectividad depende de la magnitud del reforzador retirado (ejemplo: un maestro que priva a un alumno del tiempo de recreo por mal comportamiento durante la clase). Es importante que el sujeto sepa de antemano las consecuencias de su comportamiento.

Tiempo fuera o *time out*: Es la supresión contingente de la oportunidad de obtener reforzamiento positivo, durante un período de tiempo, ante la emisión de una conducta inadecuada. Es especialmente útil como alternativa al castigo físico o verbal e incluso cuando no se pueda aplicar extinción por el riesgo que comporta dicha conducta (ejemplo: un niño responde agresiva-

mente a una indicación del padre /madre /maestro, increpándole). Existen dos modalidades:

- a. El padre/madre/maestro abandona físicamente al niño en una situación conflictiva.
- b. El niño debe abandonar el espacio físico donde se ha emitido la conducta inadecuada durante un período de tiempo previamente establecido y, trasladarse a un espacio de la casa/clase, que contenga el mínimo número de estímulos distractores, con el fin de reflexionar sobre su conducta y evidentemente eliminar reforzadores (por ejemplo: el lavadero, un rincón de la clase, el recibidor, etc.).

Saciación: Consiste en recibir un reforzador hasta tal punto que ya no resulta reforzante. Pierde por lo tanto la condición de reforzante e incluso puede convertirse en aversivo. Hay dos procedimientos:

- a. Saciación de estímulo o de reforzador: Administrar el reforzador que mantiene la conducta de forma excesiva y durante un tiempo excesivo, hasta que pierde su carácter recompensante.
- b. Saciación de respuesta o práctica masiva: Hacer repetir al sujeto la conducta inadecuada de forma masiva. Se ha empleado especialmente en casos de bruxismo y en los trastornos por tics: muecas bucales, parpadear, sacudidas cefálicas; o, en casos del *síndrome de Guilles de la Tourette*. Al sujeto se le coloca frente a un espejo y debe emitir el tic durante un período de tiempo limitado.

Sobrecorrección: procedimiento desarrollado por Foxx y Azrin (1973). Consiste en administrar contingentemente consecuencias aversivas a una conducta inadecuada. Tiene un carácter educativo. Se emplea básicamente en: niños con retraso mental, niños con autismo, trastornos conductuales, problemas de eliminación (enuresis y encopresis), y respuestas orales (vómitos, pica, coprofagia). Existen dos modalidades:

- a. Sobrecorrección sustitutiva: Consiste en que el niño o adolescente restaure el daño que ha hecho e incluso mejore el estado original (ejemplo: un adolescente que ha hecho una pintada con *spray* en la pared de la escuela, debe borrarla y pintar de nuevo la pared entera).
- b. Sobrecorrección de práctica positiva: Es la práctica repetida de una conducta positiva (ejemplo: un niño que realiza conductas agresivas o amenazadoras hacia sus compañeros, se le instruye para que se disculpe repetidas veces por su conducta).

Principio de premack: Usar una respuesta de alta probabilidad para reforzar otra de baja probabilidad. (ejemplo: padres y maestros dicen: “Antes de que salgas a jugar debes terminar tu tarea.” Observar y percatarse de las ocupaciones predilectas del niño.)

Técnicas de mantenimiento de conductas

Son procedimientos que se utilizan para mantener un comportamiento previamente aprendido, es decir, que el sujeto lo siga emitiendo.

Reforzamiento intermitente: Presentar el reforzador de manera discontinua, es decir, no reforzar la conducta cada vez que se presente, sino presentar unas veces si y otras veces no, según reglas preestablecidas, las cuales están en función del número de respuestas (programas de razón fijo y variable), y en función del transcurso del tiempo (programas de intervalo fijo y variable).

Procedimiento de aplicación

Está implícito en la descripción de cada una de las técnicas descritas.

Con relación a los pasos generales que deben seguirse para el manejo conductual, Wielkiewicz (1992) plantea los siguientes:

- Paso 1. Identificar el problema.
- Paso 2. Afinar la definición del problema.
- Paso 3. Evaluar la tasa de línea de base.
- Paso 4. Identificar el reforzador y la contingencia.
- Paso 5. Iniciar el programa.
- Paso 6. Observar los efectos del programa y dar comienzo a los pasos para fortalecer la generalización más allá del ámbito de entrenamiento.
- Paso 7. Modificar el programa cuando se requiera.
- Paso 8. Desvanecer el programa.

Detalles de este procedimiento se encuentran en el capítulo tres (3) del libro citado.

Condiciones para su empleo y efectividad

La persona que aplique dichas técnicas debe tener un buen conocimiento y capacitación en el análisis experimental de la conducta y el análisis conductual aplicado.

3.8 Técnicas operantes en instituciones (economía de fichas)

Autores: Ayllon y Azrin (1974).

Generación: primera.

Objetivo:

Modificar conductas socialmente inadecuadas en personas que se encuentran en un ambiente controlado o institucional (escuela, colegio, hospital, centros de rehabilitación, hogar) para lograr una mejor adaptación al ambiente.

Fundamentación teórica

Esta técnica está basada en los principios del condicionamiento operante. La ficha o el punto es un reforzador secundario que, en sí mismo, no tiene ningún valor, pero al asociarlo con un reforzador primario adquiere su propiedad reforzante. Las fichas se entregan, no se entregan, o se quitan, de acuerdo con la ocurrencia o no ocurrencia de la conducta en determinada situación.

Ayllon y Azrin (1974, citados por Soler y cols., 2009, p. 374) se consideran los dos grandes pioneros de este sistema motivacional aplicado en la modificación de conducta a nivel institucional de manera sistematizada, organizada y con un fuerte sustento en los principios del análisis experimental del comportamiento, quienes hicieron recomendaciones para una aplicación adecuada del procedimiento, a partir de su experiencia en un hospital psiquiátrico.

Elementos que la componen

- a. Conducta(s) a modificar.
- b. Reforzador secundario seleccionado (ficha, punto, tarjeta, dibujo, etc.).
- c. Sistema de intercambio del reforzador secundario por los reforzadores primarios o naturales de tipo físico y social, los cuales se consideran como una forma más directa de reforzamiento.
- d. Reforzadores últimos o de apoyo. Rimm y Masters (1980) mencionan algunos tangibles como el dinero, alimentos y juguetes, lo mismo que privilegios de conducta intangibles, como privilegios de institución, pases, idas a cine, espectáculos, etc.

Procedimiento de aplicación

Definir de manera precisa las conductas a modificar. Definir la moneda en uso (ficha, punto, tarjeta, estrella). Establecer claramente el sistema de intercambio de las fichas por los privilegios o reforzadores últimos. Especificar la contingencia y la magnitud del reforzamiento, es decir, cuántas fichas por la ocurrencia de la conducta (cuándo reforzar, a quién reforzar y con cuáles reforzadores).

Una vez que el programa se haya implementado y finalizado en el ambiente controlado, debe iniciarse un proceso de desvanecimiento, es decir, ir retirando paulatinamente los reforzadores secundarios presentados como consecuencia de la conducta, con el objetivo de mantener los cambios en el ambiente natural.

Al respecto, Rimm y Masters (1980) sugieren que el desvanecimiento puede llevarse a cabo aumentando el tiempo entre las concesiones de fichas o las liberaciones, reduciendo el número de recompensas en fichas ganadas por medio de las conductas meta, aumentando el número de fichas necesario para ganar los reforzadores de apoyo o por alguna combinación de tales procedimientos.

Variantes

La estructura de una economía de fichas es la misma según la problemática de los sujetos a quienes se les aplica y el ambiente controlado en donde se implementa. Lo que sí puede variar es el tipo de reforzador secundario utilizado (ficha, puntos, tarjetas, dibujos, etc.)

Indicaciones clínicas

Se aplica en instituciones que asisten a niños con retardo mental, delincuencia juvenil, pacientes psiquiátricos, niños y adolescentes escolares.

Condiciones para su empleo y efectividad

Capacitación en los aspectos teóricos y prácticos del análisis experimental del comportamiento al personal que va a dar o quitar las fichas y realizar el intercambio de éstas por los reforzadores elegidos.

La persona que proporciona los reforzadores debe estar siempre disponible y atenta.

Realizar el procedimiento de desvanecimiento del programa de forma adecuada.

Soler y cols. (2009, pg. 375) refieren que para que este sistema funcione de manera adecuada, previa y concertadamente se fija el valor de intercambio de las fichas que se otorguen y las conductas que van a ser premiadas y adoptadas por el sujeto. El programa refuerza con fichas la conducta deseada (cada vez que ella ocurra), para motivar al sujeto a implementarla; sin embargo, cuando las conductas se consoliden, se deben espaciar los intervalos de intercambio para lograr una deshabitación progresiva de las fichas y de los reforzadores que obtiene el sujeto y remplazarlos por reforzadores sociales como elogios y reconocimientos.

3.9 Autocontrol conductual

Autores: Thoresen, C. y Mahoney, M. (1974)

Generación: segunda.

Objetivo

Modificar y/o controlar la conducta problema por el propio sujeto.

Fundamentación teórica

La técnica se basa en los principios del condicionamiento operante: estímulo discriminativo, topografía de la respuesta (frecuencia, intensidad, duración), refuerzo positivo y negativo, costo de respuesta, castigo, extinción.

El sujeto es simultáneamente el objeto y el sujeto en el proceso de modificación de la conducta problema; es el que se aplica el tratamiento con la asesoría y orientación del terapeuta. Se espera que el individuo conozca las variables externas e internas que controlan y mantienen su conducta problema y él mismo lleve a cabo la reestructuración de tales variables, para que se presente un cambio en el comportamiento.

La habilidad de autocontrol está estrechamente relacionada con la capacidad de una persona para discriminar las pautas y causas en las conductas por regular, esto es, los acontecimientos que suelen preceder a una conducta problema y las consecuencias que se derivan de dicha conducta. Se podría reemplazar la antigua máxima griega “Conócete a ti mismo” por la de “Conoce tus variables de control”.

Elementos que la componen

Thoresen y Mahoney (1981) describen cada uno de sus elementos constitutivos:

- a. Estímulos antecedentes o iniciadores (EAI). Son los eventos externos o internos que preceden a la respuesta controlada positiva o negativa.
- b. Respuesta controlada positiva (RC+). Es la conducta socialmente aceptada o deseada, cuya probabilidad de ocurrencia debe aumentar.
- c. Respuesta controlada negativa (RC-). Es la conducta que debe reducirse o extinguirse, es decir, es la conducta problema a modificar.
- d. Decisión consciente (DC). Es la decisión que toma el consultante para modificar su propia conducta, por cuanto ello mejorará de manera significativa su bienestar consigo mismo y con los demás.
- e. Consecuencias de RC+. Son los efectos positivos inmediatos, a corto y a mediano plazo que surgen de emitir la conducta deseada o adecuada.
- f. Consecuencias de RC-. Son los efectos negativos inmediatos, a corto y a mediano plazo que surgen de emitir la conducta problema.
- g. Respuesta autocontroladora (RAC). Son las acciones que el consultante realiza intencional y conscientemente para modificar las consecuencias de una o más RC-, o bien, mediante un cambio de los estímulos antecedentes iniciadores (EAI). En otras palabras, es la reestructuración por parte del mismo consultante de los antecedentes y consecuentes actuales de su propia conducta problema.
- h. Variables externas de mantenimiento (VEM). Se refiere a todos los factores sociales, familiares, culturales que ayudan a sostener (mantener) los cambios operados a través del programa de autocontrol implementado.

Procedimiento de aplicación

1. Capacitar al paciente acerca de la técnica de autoregistro.
2. Solicitar al paciente realizar el autoregistro de su conducta problema durante un tiempo razonable, es decir, durante unos ocho o diez días.
3. Estructurar conjuntamente con el paciente y de manera gráfica, los ocho (8) elementos descritos en el apartado anterior, pero aplicados a su conducta problema.
4. Diseñar el tratamiento: identificar, en la conducta problema, cada uno de los ocho (8) elementos que conforman la técnica de intervención.

5. Implementar los dos principios generales del autocontrol: la **planificación del ambiente** (control de estímulos) y la **programación de la conducta** (consecuencias autoaplicadas). El primero consiste en modificar los estímulos discriminativos de tipo externo o interno que aumentan la probabilidad de ocurrencia de la conducta problema (respuesta controlada negativa). Por ejemplo, si la ansiedad aumenta la conducta de comer compulsivamente, como en el problema de la obesidad, una forma de modificar dicho antecedente, es enseñarle al paciente técnicas de relajación.

Con relación al segundo principio, consecuencias autoaplicadas, éstas representan un cambio en el ambiente de uno, que sigue, en vez de preceder, a la conducta que se trata de controlar. Las siguientes, son las respuestas autocontroladas de programación de la conducta propuestas por los autores citados en esta sección:

Autoobservación: el registro, representación grafica y/o muestra de información relativa a una respuesta controlada (como por ejemplo, confeccionar un gráfico de la evolución del propio peso).

Autoreforzo positivo: la autoaplicación o consumo de una motivación fácilmente obtenible, sólo después de haber dado una respuesta concreta y positiva (criterio de respuesta previamente establecido entre terapeuta y consultante). Por ejemplo, asistir a una actividad cultural o social del agrado del consultante, por haber logrado rebajar el propio peso.

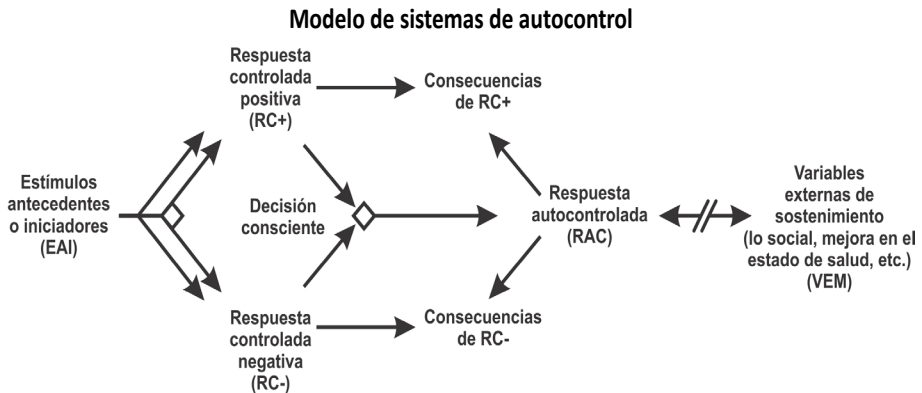
Autoreforzo negativo: evitar o escapar de un estímulo desagradable fácilmente evitable sólo después de haber dado una respuesta concreta y positiva (por ejemplo, quitar de la pared, una fotografía de una persona obesa, cuando se cumple el régimen alimenticio prescrito).

Autocastigo positivo: autoaplicación de un estímulo desagradable después de una respuesta concreta y negativa (por ejemplo, oler una sustancia repugnante cada vez que se come algo a deshoras).

Autocastigo negativo: auto suspenderse un estímulo agradable después de una respuesta concreta y negativa; por ejemplo, no ir a cine o a una fiesta con los amigos después de haber consumido varios cigarrillos.

Es de anotar, que la programación de la conducta implica contingencias auto impuestas, es decir, el consultante se somete a determinadas consecuencias sólo después de haber mostrado cierta conducta. Tales estrategias, han resultado muy eficaces en la automodificación de la conducta.

Con el fin de comprender mejor esta técnica, se ilustra el siguiente esquema, tomado de Thoresen y Mahoney, (1981, pag. 35).



Respuestas autocontroladoras (RAC)

1. Planificación del medio:

Modificación de los EAI (control del estímulo) y programación previa de las consecuencias de RC.

Sometimiento autorregulado al estímulo (por ejemplo, insensibilización autoadministrada).

Autodirectrices

2. Programación de la conducta:

Autoobservación

Autorrecompensa (positiva y negativa, manifiesta y oculta).

Autocastigo (positivo y negativo, manifiesto y oculto).

Variantes

Varios autores (Bandura, 1969; Bower, 1970; Kanfer y Phillips, 1970; Staats, 1972, citados por Thoresen y Mahoney, 1981) han presentado pruebas convincentes de que los procesos encubiertos (sentimientos, pensamientos, imágenes, creencias), no son sólo útiles, sino también esenciales para comprender el complejo comportamiento humano.

En tal sentido, se puede hablar del *análisis funcional encubierto* (cognitivo) de la conducta problema. Así, los procesos encubiertos pueden actuar como antecedentes-clave, o desencadenante de la conducta problema (por ejemplo, los deseos de fumar); como conductas a modificar (por ejemplo, sentimiento de culpa); como consecuencias de otras acciones (por ejemplo, reflexiones autocríticas).

Con base en lo anterior, se puede hablar de una variante del autocontrol, el encubierto. Los estímulos antecedentes iniciadores, la conducta problema

y las consecuencias autoaplicadas se presentan de manera encubierta (internamente). Ejemplo: estímulo antecedente iniciador (sentimiento de preocupación por estrés), conducta (deseo de fumar), consecuencias autoaplicadas (pensamiento en contra de fumar o a favor de no fumar).

Indicaciones clínicas

Esta técnica ha mostrado su efectividad en problemas de obesidad, hábitos de estudio, tabaquismo, alcoholismo, ludopatía o juego patológico, consumo de sustancias psicoactivas.

Condiciones para su empleo y efectividad

Reconocimiento por el consultante de la conducta problema; motivación para el cambio de la conducta problema; aprendizaje de la técnica de auto registro; controles frecuentes con el terapeuta, cuya función es de asesor y orientador del proceso, para una retroalimentación o ajustes de la intervención; conocimientos generales y básicos sobre los principios del análisis conductual aplicado.

3.10 Retroalimentación biológica (*bio-feedback*)

Autores: Di Cara y Miller, 1968; Miller y Carmona, 1967; Miller y Di Cara, 1967.

Generación: primera.

Objetivo: Controlar y regular de forma voluntaria diversas funciones autónomas (involuntarias) asociadas a algunos trastornos mentales y del comportamiento (ansiedad, depresión, estrés) al recibir información fisiológica de un aparato electrónico que monitoriza continuamente determinadas parámetros fisiológicos.

Fundamentación teórica

Es una estrategia derivada de los principios del condicionamiento operante y consiste en el proceso por el cual la información fisiológica generalmente imperceptible se hace observable a través del uso de instrumentación y con el propósito de alterar una respuesta particular o a la ampliación de las señales que proporcionan información acerca de los estados corporales.

Elementos que la componen

- a. Presentación de la técnica al consultante.
- b. Equipo electrónico de biofeedback.
- c. Ejercicios de relajación y mentales durante el proceso.
- d. Señales auditivas y/o visuales brindadas por el monitor.
- e. Discusión con el terapeuta de tales señales.

Procedimiento de aplicación

Este proceso se desarrolla en las siguientes etapas:

1. Explicar los objetivos de la técnica: “controlar las funciones corporales por medio del control mental y emocional”.
2. Describir el equipo electrónico a emplear y su funcionamiento: electrodos, monitor, procesos de detección y transformación de las respuestas fisiológicas, su amplificación, su procesamiento y simplificación, su conversión a señales auditivas y visuales e información de tales señales a través del monitor).
3. Realizar los ejercicios de relajación y de tipo mental (imaginación, autoinstrucciones, etc.)
4. Visualizar lo que ocurre en el monitor del equipo, como consecuencia de los ejercicios anteriores.
5. Discutir tales cambios a nivel fisiológico con el terapeuta.

Variantes

Bioretroalimentación natural: Consiste en el proceso a través del cual el paciente atiende deliberadamente a todos los cambios fisiológicos y psicológicos que se generan en su cuerpo y es consciente de los mismos. En este caso, algunas de las respuestas fisiológicas como por ejemplo la tensión muscular, la frecuencia respiratoria y cardíaca son percibidas por el sujeto, pero son objetivables a través del autoreporte del mismo sujeto. La ampliación de estas respuestas se hace por medios naturales, sin intervención de alta tecnología. La relajación muscular progresiva, el entrenamiento autógeno, la meditación trascendental y la hipnosis pertenecen a esta variante.

Bioretroalimentación tecnológica: Las variables fisiológicas son detectadas, registradas y ampliadas por medio de aparatos electrónicos, mecánicos y electromecánicos, permitiéndole al sujeto captarlas a nivel visual y auditivo.

Sin embargo, también se han propuesto diferentes formas de Biofeedback, con base en la variable fisiológica que se esté registrando e intervi-

niendo: electroencefalografía o Neurofeedback (EEG-ondas cerebrales); electro cardiografía (ECG-frecuencia cardíaca); electromiografía (EMG-tensión muscular); electrogastrografía (EGG-motilidad gástrica); biofeedback de temperatura (Fernández y Carrobles,1981 y Centro Médico de la Universidad de Maryland, 2011).

Indicaciones clínicas

Ladoucer, Bouchard y Granger (1981) refieren la rehabilitación muscular, cefaleas de tensión, arritmias cardíacas, hipertensión arterial, epilepsia, insomnio, asma y problemas relacionados con la tensión muscular y ansiedad.

Por su parte, el Centro Médico de la Universidad de Maryland (2011) refiere que el Biofeedback muestra ser efectivo en varios problemas de salud como la incontinencia urinaria y fecal, enfermedad de Raynaud, fibromialgia, insomnio, hipertensión arterial, estrés, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, migraña, depresión, estreñimiento, dolor crónico, espasmos musculares.

Como puede observarse, esta técnica ha sido utilizada para el tratamiento tanto de problemas físicos como psicológicos.

Condiciones para su empleo y efectividad

Como cualquier otra estrategia terapéutica, la motivación para el cambio es muy necesaria, además de las capacidades de imaginación, relajación, observación, visualización de las señales proporcionadas por el monitor del equipo y concentración.

3.11 Condicionamiento encubierto

Autor: Joseph Cautela (1966)

Generación: segunda

Objetivo

Modificar de forma imaginaria o simbólica, conductas desadaptativas, utilizando los principios del condicionamiento.

Fundamentación teórica

Aplica la teoría y los supuestos teóricos del condicionamiento (clásico, operante, vicario) a la experiencia privada. Los pensamientos, imágenes,

recuerdos y sensaciones se describen como estímulos encubiertos, respuestas encubiertas o consecuencias encubiertas. En el modelo del condicionamiento encubierto, frecuentemente se discuten los mediadores inferidos como si fuesen representaciones o aproximaciones de eventos públicamente observables.

Los estímulos antecedentes, los comportamientos en sí mismos y los estímulos consecuentes, son presentados al paciente de manera imaginaria más que de una manera manifiesta (*in vivo*). Los estímulos encubiertos obedecen a las mismas leyes que los estímulos manifiestos. Las conductas encubiertas influyen de manera previsible sobre las conductas manifiestas.

Los eventos encubiertos pueden funcionar como estímulos, como respuestas y como consecuencias. Un ejemplo de lo primero, es la autoactivación mediada, es decir, una actividad simbólica puede generar efectos fisiológicos: si una persona se imagina una situación catastrófica, por ejemplo, ser víctima de un atraco, la persona experimenta temor o miedo, el cual se manifiesta con taquicardia, sudoración, dificultad para respirar, etc. En este sentido, Stern y Lewis, (1968, citado por Mahoney, 1983) en una serie de investigaciones, han documentado los correlatos fisiológicos de la actividad simbólica.

Por su parte, Gossberg y Wilson (1968, citados por Mahoney, 1983) evidencian la relación entre actividades encubiertas y respuestas fisiológicas, la posibilidad de activación a través de la imaginación. Así, sujetos a quienes se les pidió imaginar escenas de temor, desplegaron respuestas autónomas mayores que los sujetos que imaginaron escenas neutras.

Los eventos encubiertos pueden funcionar como respuestas. En este sentido, cualquier conducta problema, por ejemplo, depresión, tiene una modalidad cognitiva, caso de un pensamiento suicida o una autoinstrucción negativa. Otro ejemplo, sería la experiencia alucinatoria en un paciente esquizofrénico.

Los eventos privados también tienen la posibilidad de servir como consecuencias de la conducta. En tal sentido, se considera que los eventos simbólicos pueden reforzar o castigar respuestas explícitas o encubiertas. Muchas de estas consecuencias encubiertas toman la forma de representaciones simbólicas de consecuencias externas. Un ejemplo de castigo encubierto, es que el paciente se imagine los efectos nocivos de consumir una droga psicoactiva (mareo, temblor, hipotermia o debilidad muscular, entre otras). El refuerzo encubierto, se ilustra cuando un paciente con bajo apetito, imagina el sabor agradable al consumir un pastel.

Técnicas

Ladoucer, Bouchard y Granger (1981) describen las siguientes técnicas:

Sensibilización encubierta (SE): Es el primer método basado en la representación mental. La palabra *sensibilización* indica que es importante crear en el paciente una conducta de evitación mediante la asociación de un estímulo aversivo con los estímulos evocadores de la conducta no deseada. El sujeto será sensibilizado a los estímulos indeseables para que emita un comportamiento de evitación en lugar de un comportamiento de aproximación.

Reforzamiento positivo encubierto (RPE): Se caracteriza por la representación mental de un comportamiento deseado, seguido de manera inmediata por un estímulo reforzador, presentado a sí mismo de forma imaginaria. Por lo tanto, se aumenta la probabilidad de aparición del comportamiento manifiesto.

Reforzamiento negativo encubierto (RNE): Su objeto es aumentar la probabilidad de aparición de un comportamiento. Está basado en las reglas del reforzamiento negativo. Consiste en determinar inicialmente qué situaciones son aversivas para el paciente. Después, el paciente deberá imaginar una de estas situaciones, y cuando indique que se la está representando claramente, el terapeuta le pide que reemplace inmediatamente la escena por la del comportamiento cuya frecuencia se quiere aumentar (conducta deseada).

Extinción encubierta (EE): Consiste en pedir al paciente que se represente mentalmente el comportamiento, cuya frecuencia se quiere disminuir, sin que esté seguido por las consecuencias positivas deseables.

Modelado encubierto (ME): Se trata de que el paciente se represente de manera simbólica a una tercera persona llevando a cabo el comportamiento deseado. Es especialmente útil para los pacientes que no pueden imaginarse a ellos mismos llevando a cabo el comportamiento que desean desarrollar.

Procedimiento de aplicación

Para ilustrar este aspecto, en cada una de las técnicas descritas del condicionamiento encubierto, se hará a través de un ejemplo.

Sensibilización encubierta (SE). Conducta problema: tabaquismo.

Ejemplo: “Imagínese fumando un cigarrillo. Cada vez que lo aspira y luego expulsa el humo, usted se siente mareado, con dificultad para respirar, con un sabor a metal dentro de su boca, náuseas y con ganas de vomitar.”

Reforzamiento positivo encubierto (RPE). Conducta problema: Temor a hablar en público.

Ejemplo: “Imagínesse que Ud. le está exponiendo un tema a su profesor y compañeros de curso. Lo está haciendo con mucha seguridad, claridad y dominio. Una vez concluida su intervención, su profesor y compañeros lo aplauden y lo felicitan verbalmente diciéndole:

-¡Excelente presentación, nos sentimos muy orgullosos de ti!”

Reforzamiento negativo encubierto (RNE). Conducta problema: dificultades para estudiar

Ejemplo: “Imagínesse que un amigo lo esta molestando diciéndole el apodo que más le disgusta. Cuando esta escena sea clara, por favor, reemplázela por otra, la cual consiste en que Ud. está en su cuarto, haciendo muy concentrado la tarea de matemáticas para el día de mañana.”

Extinción encubierta (EE). Conducta problema: obesidad.

Ejemplo: “Imagínesse que se está comiendo el pastel preferido, pero Ud. siente que está insípido.”

Modelado encubierto (ME). Conducta problema: Temor a hacer preguntas en el aula de clase.

Ejemplo: “Imagínesse a su mejor compañero de curso, planteándole una pregunta a su profesor acerca del tema de clase, y observa como el profesor le dice que su pregunta es muy interesante.”

Indicaciones clínicas

Sensibilización encubierta: alcoholismo, obesidad, tabaquismo, problemas de orientación sexual (parafilias).

Reforzamiento positivo encubierto: modificación de la percepción de sí mismo, ansiedad ante los exámenes.

Reforzamiento encubierto: ansiedad ante los exámenes en estudiantes.

Extinción encubierta: conducta adictiva en general (a sustancias y comportamentales).

Modelado encubierto: zoofobias, dificultades de asertividad.

Condiciones para su empleo y efectividad

Que el paciente tenga una buena capacidad de imaginación.

3.12 Modelamiento

Autores: Bandura y Walters (1963)

Generación: segunda.

Objetivos

- Adquirir habilidades cognitivas y nuevos patrones de conducta por procedimientos indirectos o vicarios.
- Fortalecer o debilitar respuestas a través de dos efectos: el inhibitorio, en donde el observador constata la carencia de consecuencias positivas o la contingencia de consecuencias negativas tras la realización de la conducta por parte del modelo y, el efecto desinhibitorio, es decir, la desinhibición de una conducta del observador después de constatar que el modelo la realiza sin experimentar consecuencia negativa alguna.
- Facilitar la ejecución de respuestas ya existentes en el repertorio del sujeto.

Fundamentación teórica

El aprendizaje es una actividad de procesamiento de información en la que la información sobre la estructura de la conducta y sobre los acontecimientos ambientales es transformada en representaciones simbólicas que sirven de guía para el comportamiento. En este sentido, el principio teórico que sustenta esta técnica, es el aprendizaje por observación o la imitación o el modelado, el cual se desarrolla en cuatro etapas:

- 1) Atención. La persona atiende selectivamente hacia el comportamiento de otra persona por cuanto lo considera significativo para ella y lo observa.
- 2) Retención. La conducta que es observada previamente, es guardada en la memoria de forma simbólica, por medio de imágenes y símbolos verbales.
- 3) Ejecución. En el momento en que el individuo necesite emitir el comportamiento previamente imitado, lo extrae de su memoria y lo reproduce.
- 4) Consecuencia o motivación. La conducta emitida o ejecutada, se ve enfrentada a un conjunto de consecuencias positivas, negativas, externas e internas, es decir, los refuerzos, los cuales se consideran como eventos que aumentan, disminuyen y mantienen un comportamiento.

Elementos que la componen

- a) Modelo (M): sujeto real, ficticio o simbólico.
- b) Estímulo modelador (EM): acción o conducta del modelo.

- c) Observador (O): persona(s) que observa(n) la conducta exhibida por el modelo .
- d) Procesos cognitivos (PC): conductas observables y medibles.
 - Atención: atender selectivamente a la conducta del modelo.
 - Memoria: la conducta observada en el modelo, para ser guardada en la memoria, es codificada por medio de imágenes y símbolos verbales.
 - Lenguaje: instrucciones verbales dadas por el modelo (terapeuta) al paciente (observador) de los aspectos a los cuales debe atender de la conducta del modelo.

Procedimiento de aplicación

El sujeto, al cual se le va modificar su conducta problema, se expone, de forma real o simbólica, al comportamiento específico y adecuado del modelo a imitar. Por lo tanto, el procedimiento general es el siguiente:

1. Establecimiento de los objetivos terapéuticos a corto, mediano y largo plazo.
2. Jerarquización (dificultad progresiva), en caso necesario, de las conductas a imitar.
3. El terapeuta proporciona instrucciones específicas al consultante sobre los aspectos clave a los que debe atender durante el proceso de modelado tales como los estímulos presentes, las dimensiones relevantes de la conducta del modelo y las consecuencias que se derivan tras la realización de la conducta.
4. El modelo ejecuta las conductas previamente establecidas y describe verbalmente qué está haciendo y las consecuencias anticipadas de su comportamiento.
5. Instruir al paciente para que lleve a la práctica lo observado en la sesión.
6. El terapeuta solicita al paciente que describa la conducta realizada por el modelo, sus antecedentes y sus consecuentes.
7. Apoyar al paciente durante la realización (señales verbales o guías físicas) y proporcionar retroalimentación positiva.
8. Realizar los ensayos de conducta necesarios hasta la consolidación de la conducta.
9. Planificación de tareas terapéuticas entre las sesiones.

Variantes

Labrador y cols. (1993), describen las siguientes modalidades:

Modelado participante (modelado y práctica guiada, desensibilización de contacto). El terapeuta hace una demostración de la conducta a adquirir y el consultante lo observa. Seguidamente, el consultante practica o ensaya la conducta modelada por el terapeuta.

Modelado encubierto. El consultante se imagina a otra persona (el modelo) realizando con éxito la conducta a aprender o modificar.

Automodelado. El sujeto aprende o modifica conductas por medio de la observación de su propia conducta, a través de una grabación audiovisual.

Modelado de autoinstrucciones. el sujeto se da autoinstrucciones que guíen sus acciones.

Este procedimiento fue propuesto por Meichenbaum (1977) y se realiza a través de los siguientes pasos:

1. El terapeuta modela la tarea /conducta hablando en voz alta, mientras el sujeto observa.
2. El sujeto ejecuta la misma tarea / conducta mientras el terapeuta instruye al sujeto en voz alta.
3. El sujeto ejecuta la tarea/conducta nuevamente, mientras se instruye a sí mismo en voz alta.
4. El sujeto ejecuta la tarea/conducta nuevamente, mientras se instruye a sí mismo en voz baja (movimiento de los labios).
5. Finalmente, el sujeto ejecuta la tarea/conducta de forma encubierta (sin movimiento de labios).

Terapia del rol fijo. El consultante juega un rol de una persona “ficticia” cuya conducta es consistente con un sistema de constructos más beneficioso para el paciente. Ejemplo: a una persona pasiva y dependiente se le asigna un papel activo y enérgico.

Ejemplo: persona pasiva, dependiente, inasertiva, se le ASIGNA un papel activo y enérgico. Es semejante cuando en el proceso terapéutico se realiza una inversión de roles, como ocurre en la Terapia Asertiva/Formación en Habilidades Sociales.

La adquisición de la conducta imitativa. Observar la conducta de los demás y reproducirla cuando es adecuado es un repertorio de comportamiento que tiene consecuencias altamente reforzantes. Se pueden imitar respuestas motoras gruesas, finas e imitaciones vocales y verbales. El entrenamiento en imitación presupone que el niño tiene algunos repertorios básicos como sen-

tarse, escuchar, trabajar en una tarea, mirar y atender durante un tiempo mínimo de dos a cinco minutos, sin realizar conductas perturbadoras, rabieta, autoestimulación.

La adquisición de los repertorios imitativos facilita el aprendizaje del lenguaje, habilidades motoras y conductas de autocuidado en niños con dificultades del desarrollo.

Para conocer el procedimiento paso a paso, consultar a Labrador y cols. (1993), en las páginas 618 a 620.

También se presentan las variantes en función de las siguientes variables.

1. La conducta del observador:
 - Modelo pasivo: el sujeto únicamente observa la conducta del modelo, sin reproducirla durante la sesión de entrenamiento.
 - Modelo activo: el sujeto observa la ejecución del modelo y a continuación reproduce la conducta modelada en la misma sesión de tratamiento.
2. La presentación del modelo:
 - Modelado simbólico: el modelado es realizado a través de una grabación en vídeo, película, cassette o en cualquier otro soporte audiovisual.
 - Modelado en vivo: el modelo lleva a cabo la conducta en presencia del observador.
3. La adecuación de la conducta del modelo:
 - Modelado positivo: modelar la conducta apropiada o conducta-meta.
 - Modelado negativo: modelar la conducta no deseada.
 - Modelado mixto: utilización del modelado negativo seguido del modelado positivo.
4. El número de observadores:
 - Modelado individual: el modelado se realiza ante un único observador, generalmente en contextos terapéuticos.
 - Modelado grupal: el modelado se produce ante un grupo, generalmente en contextos educativos.
5. El número de modelos:
 - Modelado simple: presentación de un único modelo.
 - Modelado múltiple: se utilizan diversos modelos, diferentes y semejantes al observador.
6. La identidad del modelo:

- Automodelado: el modelo es el propio observador. Utilización de medios audiovisuales.
 - Modelado: modelo y observador son personas diferentes. La estrategia más habitual.
7. La naturaleza del modelo:
- Modelado humano: el modelo es una persona que debe poseer características de semejanza y/o prestigio para el observador.
 - Modelado no humano: dibujos animados, marionetas, muñecos o seres fantásticos. Son utilizados como modelos, preferentemente con niños.

Indicaciones clínicas

Labrador y cols. (1993, págs. 621 a 624) enuncian una gran variedad de situaciones problemáticas en las cuales esta estrategia terapéutica ha mostrado una gran aplicabilidad: abuso de niños; maltrato infantil; auto-protección ante incendios y otras catástrofes; adherencia al tratamiento médico; preparación a intervenciones dentales y quirúrgicas; implantación de conductas de examen de senos y revisiones periódicas; prevención de náuseas, vómitos y ansiedad anticipatoria ante la quimioterapia en pacientes con cáncer; mantenimiento y restauración de habilidades cognitivas en ancianos; fobias a animales y al agua; agorafobia y trastorno de pánico; eliminación de conductas disruptivas en niños hiperactivos e impulsivos; déficit en habilidades sociales; entrenamiento a padres, maestros, cuidadores y enfermeras para ayudar a afrontar al paciente, su familia u otras personas con problemas como demencia, drogadicción, trastornos generalizados del desarrollo o esquizofrenia. Estas personas actúan como co-terapeutas o agentes terapéuticos facilitando y complementado el proceso de tratamiento y/o rehabilitación.

Condiciones para su empleo y efectividad

Adecuados procesos de atención, retención, capacidad motora y motivación.

Las limitaciones en el modelado pueden producirse por déficit de atención del observador, carencia de habilidades cognitivas necesarias para simbolizar y ejecutar lo observado y falta de motivación del individuo. Tales dificultades se presentan en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), autismo, trastornos depresivos.

Al respecto, Labrador y cols. (1993), al referirse a la transferencia y generalización de los aprendizajes adquiridos en el contexto del tratamiento al ambiente habitual y natural de los clientes, describen los siguientes: a) proveer los principios generales que gobiernan la actuación correcta o eficaz; b) llevar a cabo un sobreaprendizaje, es decir, modelarlos varias veces, practicarlos en juego de roles (role-playing) con frecuencia, observar las actuaciones de otros miembros del grupo en role-playing, exponerlos a la vista del cliente en una pizarra o en una tarjeta de habilidades para el cliente y practicarlos en ambientes reales varias veces como parte de las tareas para casa; c) elementos idénticos, es decir, semejanza entre los estímulos físicos e interpersonales del contexto de entrenamiento a los de la vida real; d) variabilidad estimular, es decir, utilizar varios modelos, en los role-playing cambiar los co-actores, cambiar los contextos y graduar orden de dificultad; e) reforzamiento en la vida real; f) las tareas para casa y g) entrenar en prevención de recaídas y hacer frente a posibles fracasos.

3.13 Terapia aversiva

Autores: Skinner (1938; Estes, 1944 y Solomon, 1964, citados por Rimm y Masters, 1980).

Generación: primera.

Objetivos

- Disminuir la probabilidad o frecuencia de una conducta socialmente reprobada.
- Reducir la atractividad de cierta conducta no deseable y del estímulo que la provoca.
- Desarrollar conductas de evitación.

Fundamentación teórica

Se basa esencialmente en dos principios, el castigo y el contracondicionamiento aversivo. Hilgard y Bower (1966, citados por Rimm y Masters, 1980) afirman que el castigo consiste en la presentación de un evento aversivo o desagradable después o como consecuencia de la emisión de una conducta no aceptada socialmente. Este estímulo aversivo puede ser la aplicación de un reforzador negativo (dar una palmada) o la retirada de un reforzador positivo (privación de un privilegio valioso).

El contracondicionamiento aversivo implica la aplicación simultánea de un reforzador negativo (evento aversivo) al mismo tiempo que el individuo esté percibiendo los estímulos que provocan la conducta problema, o al mismo tiempo que el individuo está emitiendo la conducta problema.

Otros conceptos relacionados con esta estrategia terapéutica son el entrenamiento de *escape y el aprendizaje por evitación*. En el escape, el estímulo aversivo está presente y el sujeto emite una conducta para terminar con su presencia. En la evitación, el estímulo aversivo no está presente, pero existe un estímulo que lo precede o anuncia (evento pre-aversivo) y el sujeto emite una conducta para aplazar o evitar la presentación del estímulo aversivo.

Variantes

- a. Estímulos eléctricos de baja intensidad.
- b. Uso de drogas que producen malestar en el individuo. Las más utilizadas son los vomitivos (apomorfina hidroclohidrica).
- c. Costo de respuesta o castigo negativo. Consiste en la retirada contingente de un estímulo agradable o reforzador positivo. Kazdin (1962, citado por Rimm y Masters, 1980) afirma que este procedimiento constituye una forma efectiva de control aversivo, los efectos de la supresión de la conducta problema son más persistentes y existe poca probabilidad de efectos secundarios negativos (miedo, temor, ira), muy típicos del castigo positivo.
- d. Sensibilización encubierta. Se refiere a la descripción imaginaria, tanto de los estímulos aversivos como de la conducta problema. La presentación simultánea de estos dos factores (aversión y conducta problema) está diseñada para que el consultante desarrolle una evitación de la conducta problema, por ejemplo, beber en exceso, como consecuencia de la asociación temporal de estos dos elementos (contracondicionamiento aversivo), de manera similar a los procedimientos que utilizan estimulación aversiva física (Rimm y Masters, 1980 pag.433).

Indicaciones clínicas

Parafilias, alcoholismo, tabaquismo, agresividad, obesidad, hiperactividad, pre-delinuencia, conducta autodestructiva

Condiciones para su empleo y efectividad

Por su naturaleza desagradable y aversiva, algunas de las variantes (estímulos eléctricos y estímulos químicos -drogas-) que se emplearon en el pasado, por sus implicaciones éticas, han caído en desuso. El castigo negativo, aún se emplea con mucha frecuencia, especialmente en la modificación de las conductas problemáticas en niños y adolescentes. La sensibilización encubierta, cuando se decide emplearla, es importante describirle al paciente su objetivo y naturaleza y pedirle su consentimiento informado. Esta última variante requiere una buena capacidad de imaginación por parte del paciente para lograr su efectividad.

3.14 Terapia racional emotiva conductual

Autor: Albert Ellis (1962)

Generación: segunda

Objetivo

Reestructurar las creencias irracionales asociadas a los trastornos psicológicos.

Fundamentación teórica

Ruiz y Sánchez (s.f.) plantean que en esta terapia se destaca una fuerte concepción filosófica (siguiendo en gran medida la tradición estoica) donde los humanos son seres propositivos en busca de metas personales, que constituyen a su vez, las “filosofías personales” de cada cual.

Estos mismos autores, refiriéndose a la relación cognición-procesos psicológicos, plantean: a) el pensamiento, el afecto y la conducta están interrelacionados, afectándose mutuamente; b) los principales componentes de la salud y de los trastornos psicológicos se encuentran a nivel del pensamiento. Tales componentes son las creencias irracionales (exigencias) asociadas al trastorno psicológico y las creencias racionales (preferencias) a los procesos de salud psicológica.

Con respecto al énfasis humanista-filosófico, enuncian dos principios:

- a) Las personas, en cierto modo, sufren por defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional.

- b) Las personas son más felices, de modo general, cuando persiguen sus metas de modo antiexigente, antiabsolutista o de manera racional.

Por su parte, Mahoney (1977, citado por Kirtchner y cols., 1998) describe la revolución cognitivista que estudia los procesos encubiertos, especialmente de orden cognitivo a partir de un paradigma experimental. en el cual las variables cognitivas cobran mayor fuerza. La terapia-evaluación se centró en las distorsiones cognitivas y su modificación. Se analiza la interacción cognición-emoción-conducta. La mejoría clínica dependía en gran medida de la corrección de los errores cognitivos. Se introduce la variable REGULACION, la cual significa que el individuo es capaz de cambiar y controlar su propia conducta por efecto de su propia reflexión.

Los anteriores presupuestos corresponden al modelo cognitivo de la psicopatología, la evaluación y la terapia de los problemas psicológicos, siendo Albert Ellis, uno de sus representantes principales.

Elementos que la componen

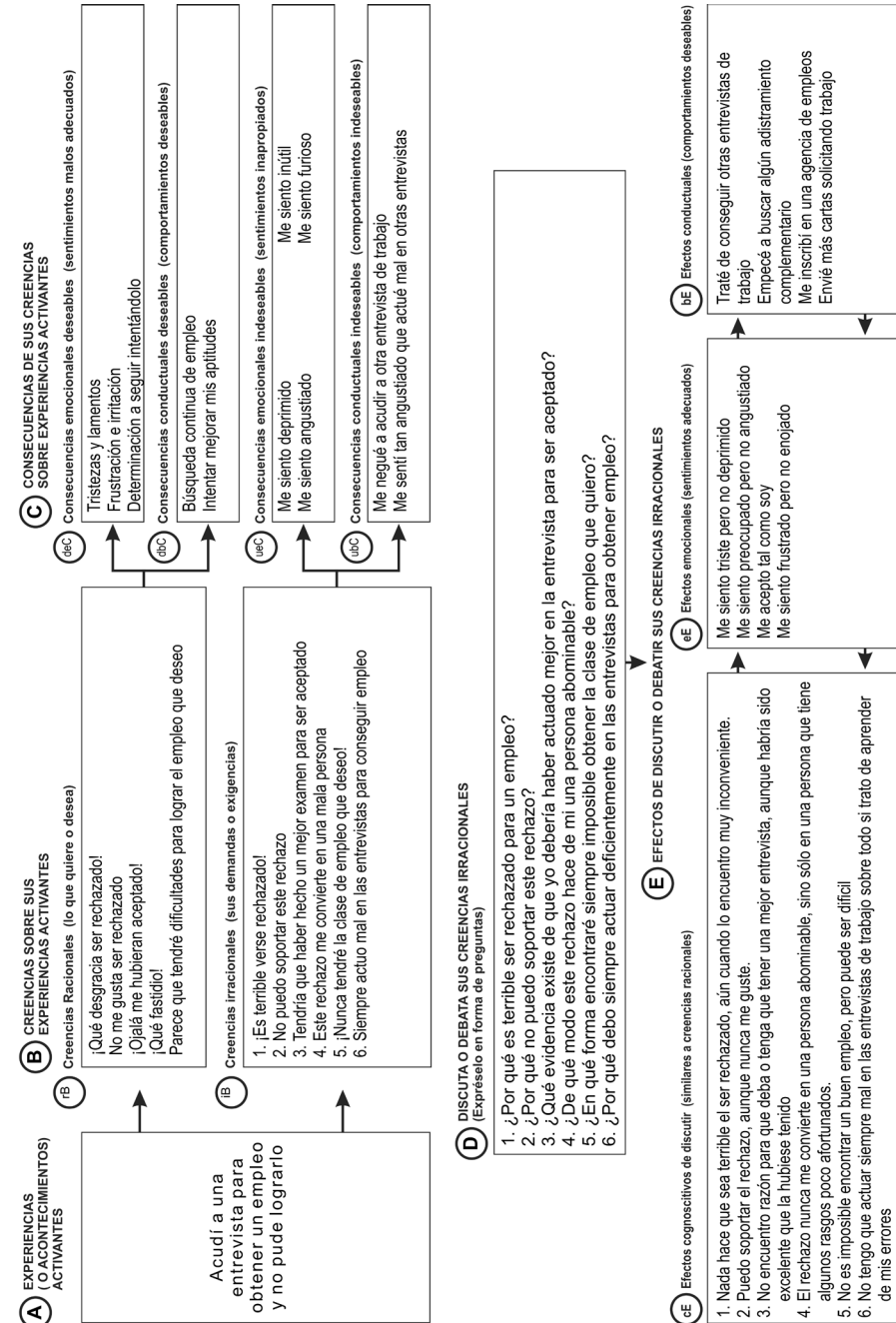
Utiliza el modelo **A-B-C-D-E**- del funcionamiento psicológico, donde cada una de las letras tiene el siguiente significado:

- A: Acontecimiento o experiencia activante.** Evento que se le presenta al sujeto en un momento de su vida personal.
- B: Interpretación** hecha por el sujeto del evento sucedido, la cual está representada por las creencias racionales e irracionales.
- C: Consecuencias emocionales y conductuales**, que son producto de B y no de A.
- D: Discusión o debate** entre el terapeuta y el sujeto, de las creencias irracionales.
- E: Cambio terapéutico** a nivel cognitivo (transformación de las creencias irracionales en racionales); a nivel emocional (transformación de sentimientos inapropiados en apropiados) y a nivel conductual (transformación de conductas indeseables en deseables) como resultado de la reestructuración de las creencias irracionales.

En los siguientes cuadros tomados de Ellis y Abrahams (1980, pp. 172 y 174) se ilustran los elementos descritos, tanto a nivel teórico (primer cuadro p. 85) como a nivel de un caso clínico (segundo cuadro p. 86).

INSTRUCCIONES: Llene primero, por favor, las secciones de deC (consecuencias emocionales indeseables) y uBC (consecuencias conductuales indeseables). Después, llene todas las A-B-C-D-E. Le rogamos escriba con letra legible y sea breve.

<p>A EXPERIENCIAS (O ACONTECIMIENTOS) ACTIVANTES</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>											<p>B CREENCIAS SOBRE SUS EXPERIENCIAS ACTIVANTES Consecuencias emocionales deseables (sentimientos malos adecuados)</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>											<p>C CONSECUENCIAS DE SUS CREENCIAS SOBRE EXPERIENCIAS ACTIVANTES Consecuencias emocionales deseables (sentimientos malos adecuados)</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>											<p>D DISCUTA O DEBATA SUS CREENCIAS IRRACIONALES (Expreselo en forma de preguntas)</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>										
<p>eE Efectos cognoscitivos de discutir (similares a creencias racionales)</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>											<p>eE Efectos emocionales (sentimientos adecuados)</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>											<p>bE Efectos conductuales (comportamientos deseables)</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																					



Procedimiento de aplicación

1. Explicar al paciente las relaciones recíprocas entre el pensamiento, la emoción y la conducta, enfatizando la influencia de la cognición sobre los otros dos procesos.
2. Identificar las creencias irracionales y racionales que genera el paciente alrededor del acontecimiento sucedido.
3. Identificar las consecuencias emocionales y conductuales, tanto deseables como indeseables vivenciadas por el paciente.
4. Debatir o cuestionar conjuntamente con el paciente, las creencias irracionales identificadas.

El objetivo que se pretende en esta etapa es enseñar al paciente a utilizar el método científico para el análisis de su pensamiento irracional. El cuestionamiento es un proceso lógico y empírico en el cual se ayuda al paciente para que se detenga y piense. Ayudarle a internalizar una nueva filosofía. Esta etapa es el centro de la TREC.

Se han propuesto cuatro estilos de debate básico:

- **Socrático:** preguntas enfocadas hacia la carencia de funcionalidad, falta de lógica e inconsistencia empírica. Además de usar preguntas, puede también darse breves explicaciones para corregir errores en el punto de vista del paciente.
- **Didáctico:** Explicaciones de tipo didáctico. Ejemplo: explicar por qué una idea irracional (iB), en particular, es autodestructiva. Por qué su alternativa racional (rB) podría ser más productiva, a largo plazo.
- **Chistoso/Juguetón:** uso del humor. Exageración de una idea irracional en forma jocosa, lo cual generaría un efecto paradójico. Para implementar este estilo de debate, se requiere una buena relación terapeuta-paciente; el paciente tiene sentido del humor; jocosidad a la idea irracional del paciente y no al paciente como persona.
- **Revelador de sí mismo:** comunicar al paciente que el terapeuta ha experimentado un problema similar al suyo; en alguna época, pensó de una manera irracional y reemplazó dicha forma de pensar irracional por una racional y resolvió satisfactoriamente el problema. Este estilo, ayuda a disminuir el énfasis en las diferencias entre terapeuta y paciente y facilita a éste último, la utilización del terapeuta como modelo.

5. Verificar y monitorear el cambio terapéutico a los niveles enunciados, por medio de la entrevista, autoinformes específicos sobre ideas irracionales y pensamientos automáticos (cuestionario de creencias irracionales - I.B.T.-) y autoregistros.

Indicaciones clínicas

Trastornos depresivos, de ansiedad, de personalidad, psicósomáticos, adicciones, de conducta alimentaria, comportamiento suicida, problemas de pareja y familia, disfunciones sexuales.

Condiciones para su empleo y efectividad

Para facilitar y aumentar el éxito de todo el proceso terapéutico, Ellis (1989, citado por Ruiz y Cano, s.f.) clasifica las técnicas en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellos.

Técnicas cognitivas:

- **Detección:** buscar las creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras a través de autoregistros.
- **Refutación:** el terapeuta plantea al paciente una serie de preguntas con el fin de contrastar las ideas irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Pueden ser del tipo “¿Qué evidencia tiene para mantener ésta idea?, ¿Dónde está escrito que eso es así?, ¿Por qué sería eso el fin del mundo?”
- **Discriminación:** ayudarle a diferenciar al paciente la idea irracional de la racional
- **Tareas cognitivas para casa:** realización de autoregistros de eventos y biblioterapia sobre la TREC.
- **Definición:** Enseñar al paciente a utilizar el lenguaje de forma más racional y adecuada. Ejemplo: en vez de decir “no puedo” decir “todavía, no puedo”.
- **Técnicas referenciales:** se motiva al paciente a elaborar un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.

Técnicas de imaginación:

- **Imaginación racional emotiva (IRE).** El paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.

- La proyección en el tiempo. El paciente se imagina afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrófica.
- Hipnosis. Uso de técnicas hipnosugestivas articuladas a frases racionales.

Técnicas emotivas:

- Uso de la aceptación incondicional con el paciente: se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta.
- Métodos humorísticos: Se anima al paciente a ver la idea irracional con cierta jocosidad o ponerle algo de humor.
- Autodescubrimiento: El terapeuta muestra al paciente que es un ser humano y ha tenido problemas similares a los del paciente. De esta forma, se fomenta un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.
- Uso de modelado vicario: Se emplean historias, leyendas, parábolas, etc. para mostrar las creencias irracionales y su reestructuración.
- Inversión del rol racional: Se solicita al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.
- Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados. Ejemplo: hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo.
- Autoinstrucciones racionales: Realizar monólogos con frases racionales. Ejemplo: "Soy una persona que aprendo de mis errores".
- Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: se anima al paciente a elaborar textos racionales y de distanciamiento de las ideas irracionales.

Técnicas conductuales:

- Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas
- Técnica de "quedarse allí": Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como una forma de tolerarlos.
- Ejercicios de no demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.
- Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.
- Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad: Enseñarle al paciente a expresar sus sentimientos, ideas, opiniones y actitudes positivas y negativas de una manera socialmente apropiada.

3.15 Terapia Cognitivo-Conductual

Autor: Aaron Beck (1967, 1976,1979)

Generación: segunda

Objetivo

Modificar las distorsiones cognitivas, los pensamientos automáticos y los supuestos personales o esquemas cognitivos.

Fundamentación teórica

La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que plantea que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976). La estructura cognitiva equivale a los conceptos de esquema cognitivo y supuestos personales.

Beck (1981, citado por Ruíz y Cano, s.f.) describe el concepto de COGNICIÓN, como la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no en el sistema de cogniciones de las personas son:

Un sistema cognitivo maduro. Se refiere al proceso de información real. Contiene los procesos racionales y de resolución de problemas a base de contrastación de hipótesis o verificación.

Un sistema cognitivo primitivo. Se refiere al concepto de supuestos personales, es decir, el individuo organiza todas sus experiencias anteriores y se guarda en su memoria en forma de estructuras cognitivas (esquemas), las cuales van a guiar y determinar el comportamiento. Esta organización cognitiva sería la predominante de los trastornos mentales y del comportamiento. Esta forma de pensamiento es muy similar a la concepción freudiana de los "procesos primarios" y a la de Piaget de "egocentrismo" y primeras etapas del desarrollo cognitivo.

Por su parte, Mahoney (1977, citado por Kirtchner y cols., 1998) describe la revolución cognitivista que pretende el estudio de los procesos encubiertos, especialmente de orden cognitivo a partir del paradigma experimental. A partir de este movimiento, las variables cognitivas cobraron mayor fuerza. La terapia-evaluación se centró en las distorsiones cognitivas y su modificación. Se analiza la interacción cognición-emoción-conducta. La mejoría clíni-

ca dependía en gran medida por la corrección de los errores cognitivos. Se introduce la variable **regulación**, la cual significa que el individuo es capaz de cambiar y controlar su propia conducta por efecto de su propia reflexión.

Los anteriores presupuestos corresponden al modelo cognitivo-conductual en las áreas de la psicopatología, la evaluación y la terapia, siendo Aaron Beck, uno de sus representantes principales.

Existen unas categorías conceptuales que son inherentes a esta estrategia terapéutica y que de alguna forma, la fundamentan teóricamente. Son las siguientes:

- **Triada cognitiva:** percepción que tiene el individuo de sí mismo, del mundo y del futuro. Puede ser positiva y negativa. La primera está relacionada con la salud psicológica y la segunda, con la psicopatología.
- **Esquemas cognitivos:** “son estructuras funcionales de representaciones de conocimiento y de la experiencia anterior, más o menos permanentes, que guían la búsqueda, codificación, organización, almacenaje y recuperación de la información. Los esquemas juegan un papel fundamental, guiando nuestros pensamientos, sentimientos y conductas, mediante la interpretación de las demandas ambientales que nos afectan” (Beck, 1967, 1987, citado por Caro, 1997, pág.120).
- **Distorsiones cognitivas:** son errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales. Varios autores (Freeman y Reinecke, 1995; Ruíz e Imbernon, 1996 y Ruíz y Cano, s.f.) proponen las siguientes distorsiones:
 - a. Filtraje o abstracción selectiva. Consiste en seleccionar un solo aspecto de la situación que tiñe toda la interpretación de la situación y no se percata de otros que lo contradicen. Ej. El paciente depresivo se centra en sus fracasos y olvida sus éxitos (se abstrae de estos últimos). Palabras clave para detectarla son: “No puedo soportar esto”, “Es horrible”, “Es insoportable”.
 - b. Pensamiento polarizado. Se refiere a valorar las experiencias en forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Ej. Una persona que no encuentra trabajo piensa: “Soy un incompetente e inútil”. Palabras clave para detectarla: “Fracasado”, “Cobarde”, “Inútil”.
 - c. Sobregeneralización. Consiste en sacar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí. Ej. Una persona que se siente triste y piensa “Siempre estaré así”. Palabras claves para identificarla: “Todo...Nadie...Nunca... Siempre...Todos...Ninguno”.

- d. Interpretación del pensamiento o Inferencia arbitraria. Hace referencia a la tendencia a obtener conclusiones arbitrarias y negativas en ausencia de pruebas o en contradicción directa con las pruebas existentes. Ej. Un persona está esperando a otra en una cita y esta tarda diez minutos y sin mediar prueba alguna, piensa: “Se que me está mintiendo y engañando”. Palabras clave para identificarla: “Eso es porque.....”, “Eso se debe a ...”, “Se que eso es por”.
- e. Catastrofizar. Consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales, en ponerse sin prueba alguna en lo peor para uno mismo. Ej. Una persona oye la noticia de que una persona perdió el control y se suicidó, piensa: “¿I si me ocurre a mí igual?”.
- f. Personalización. Se refiere a la tendencia excesiva de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo. Ej. Una mujer que escuchaba a su marido quejarse de lo aburrido del fin de semana, pensaba: “Seguro que piensa que soy aburrida”.

Un tipo de personalización consiste en el hábito de compararse con otras personas de manera frecuente: “Soy menos sociable que Alberto”. Palabras clave para detectarla: “Lo dice por mí”, “Hago esto mejor (o peor) que tal”.

- g. Culpabilidad. Consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos bien totalmente a uno mismo, bien a otros, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos. Ej. Una madre cada vez que sus hijos lloraban o se alteraban tendía a irritarse con ellos y consigo misma echándose la culpa de no saber educarlos mejor. Las palabras clave aparecen en torno a: “Mi culpa”, “Su culpa”, “Culpa de...”.
- h. Magnificación y Minimización. Hace referencia a una tendencia sistemática a sobreestimar la importancia de los acontecimientos negativos y a subestimar la magnitud o importancia de los acontecimientos positivos. Por ello pueden denominarse “distorsiones binoculares” porque el individuo o bien se halla exagerando cosas fuera de las proporciones lógicas o reduciéndolas. Ej. A una trabajador le hacen un reconocimiento social en su empresa por su buen rendimiento y él se dice: “Este premio se lo dan a cualquiera” (Minimización). Ej. Un estudiante obtiene una nota reprobatoria en una evaluación y dice “Voy a perder la asignatura” (Magnificación).
- i. Razonamiento emocional. Implica adoptar las emociones propias como prueba del estado de las cosas. La lógica es “Yo siento; por lo tanto yo soy”. Ejs., “Me siento culpable, por lo tanto debo ser una mala persona y

morir”. La persona depresiva puede afirmar “Me siento arrollado y desesperado, por lo tanto mis problemas deben ser imposibles de resolver”.

- **Pensamientos automáticos:** son los contenidos de las distorsiones cognitivas. McKay (1981, citado por Ruíz y Cano, s.f.) menciona las características generales de tales pensamientos:
 1. Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
 2. Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencias suficientes.
 3. Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.

Elementos que la componen

La terapia consta de tres fases así:

1. **Fase didáctica.** La terapia se inicia con la introducción al paciente al modelo de trabajo a utilizar en el proceso. Esta fase también se denomina “socialización terapéutica” y con base en ella, se construye el “empirismo colaborativo” entre el paciente y el terapeuta.
Se llevan a cabo las siguientes acciones:
 - Explicar al paciente la relación entre el pensamiento-emoción-conducta.
 - Explicar al paciente los conceptos inherentes a la terapia (esquema cognitivo, triada cognitiva, distorsión cognitiva, pensamiento automático). Apoyar su comprensión, con ejemplos extraídos de las cogniciones disfuncionales del propio paciente.
 - Explicar la hoja de autoregistro. Es un recurso evaluativo esencial antes, durante y finalizado el tratamiento.
2. **Fase cognitiva-conductual.** Se pretende en esta fase desarrollar en el paciente pensamientos y comportamientos más adecuados, incompatibles con el círculo vicioso pensamiento-emoción-conducta (P-E-C). Para lograr este objetivo, Freeman y Reinecke (1995) describen en forma detallada y con su aplicación a la conducta suicida, un conjunto de estrategias cognitivas y conductuales, que se enuncian en el apartado siguiente “procedimiento de aplicación”.
3. **Finalización de la terapia y prevención de recaídas.** El proceso terapéutico termina cuando se hayan alcanzado las metas terapéuticas propuestas: modificación de las distorsiones cognitivas identificadas antes del tratamiento y la recuperación del bienestar emocional y la emisión de conductas más adecuadas que faciliten una mejor adaptación al entorno que rodea al paciente.

Una recaída significa regresar o volver al estado inicial del problema antes de la implementación del tratamiento; por lo tanto, se espera que el paciente mantenga a través del tiempo, los resultados positivos del proceso de intervención psicoterapéutico. Con el objetivo de prevenir la recaída, se recomienda y se hace necesario las siguientes actividades: práctica continua en la detección y evaluación de los pensamientos disfuncionales que pueden presentarse, lo cual facilita una desconexión de ellos; continuar con la adherencia a la estrategia cognitiva, “Clasificación de las distorsiones”, desarrollada durante la aplicación del tratamiento; realizar autoregistros de las situaciones, pensamientos, conductas y sentimientos asociados a la problemática intervenida, identificar algunos acontecimientos vitales que pueden estar desencadenando la reaparición del problema e intentar afrontarlos y mitigarlos.

Procedimiento de aplicación

Freeman y Reinecke (1995) describen las siguientes técnicas:

Técnicas cognitivas:

1. **Comprensión del significado idiosincrático:** Preguntar al paciente sobre el significado de sus verbalizaciones. Ejemplo: el paciente dice “me siento desolado”. El terapeuta le dice al paciente ¿Qué significa para usted el término “desolado”?
2. **Cuestionar las pruebas:** Es una forma de desafiar los pensamientos disfuncionales. Consiste en examinar el grado en que el pensamiento se apoya en pruebas disponibles y si otras interpretaciones se corresponderían mejor con las pruebas. Requiere también examinar las fuentes de datos. Ejemplo: ¿Qué evidencia tiene usted para pensar de esta forma...?
3. **Reatribución:** El terapeuta ayuda al paciente a distribuir la responsabilidad entre todas las partes relevantes, es decir, ayudar al paciente a no sentirse culpable de todo ni atribuir falsamente la culpa a la otra persona.
4. **Examen de las opciones alternativas:** El terapeuta anima al paciente a generar las diversas opciones para solucionar la situación conflictiva que genera el malestar emocional.
5. **Descatastrofizar:** Si el paciente considera una experiencia como potencialmente catastrófica, el terapeuta puede ayudar al paciente a evaluar si está sobreestimando la situación problemática. Puede preguntar ¿Qué es lo peor que te puede suceder?.

6. Ventajas y desventajas: Solicitarle al paciente que haga un listado con las ventajas y desventajas de mantener una creencia o conducta particular, así como las ventajas y desventajas al modificarlas. El paciente logrará una perspectiva más equilibrada, adaptativa y razonable. Adicionalmente, esta técnica puede usarse para examinar la capacidad de adaptación para actuar, pensar y sentir en ciertas formas.
7. El proceso de convertir la adversidad en ventaja: Como suele suceder con mucha frecuencia, para cada cosa que se pierde, se gana otra importante. La vida es un proceso de pérdidas y ganancias. Esta técnica consiste en analizar los aspectos positivos de una situación adversa, es decir, el paciente busca las posibles consecuencias positivas o favorables. Esta perspectiva está relacionada con el concepto psicológico de RESILIENCIA.
8. Clasificación de las distorsiones: Uno de los primeros pasos hacia el autoconocimiento es la identificación de los errores propios del pensamiento. La lista de distorsiones previamente enunciada puede ser aprendida por el paciente. Una vez aprendida, el paciente puede ver la “personalización” o la “lectura de la mente” que está haciendo. Aunque no sea necesario para mejorar, esta técnica puede ser útil para que el paciente empiece a hablar en el lenguaje terapéutico, a “ver” las cosas desde la perspectiva de la terapia cognitiva y a aprender el estilo y el formato de sus distorsiones.

Por ejemplo el paciente se dice a sí mismo “nunca he sido feliz en mi vida”. El terapeuta le dice ¿Qué estás haciendo? El paciente le contesta “Estoy sobregeneralizando”. En este ejemplo, la primera afirmación del paciente es el pensamiento automático y la segunda, es la clasificación que ha hecho de éste pensamiento en la distorsión cognitiva “Sobregeneralización”.

9. Descubrimiento guiado de la asociación: Mediante preguntas sencillas como “¿Y entonces, qué?”, “¿Qué implica esto?” y “¿Qué sucederá entonces?”, el terapeuta puede ayudar al paciente a examinar el significado que atribuye a los sucesos. Esta técnica implica que el terapeuta trabaje con el paciente para conectar ideas, pensamientos e imágenes y el terapeuta proporciona las conjunciones a las verbalizaciones del paciente.
10. Exageración o paradoja: Llevando una idea hasta su extremo, el terapeuta puede ayudar al paciente a moverse hacia una posición más central o moderada. De la misma forma que con la descatastrofización, se debe tener cuidado para no insultar, ridiculizar o avergonzar al paciente. El terapeuta que decide emplear esta técnica debe tener una fuerte relación

profesional con el paciente, una buena temporalización y un buen sentido para saber cuándo retirarse de la técnica.

11. Graduar: La graduación es particularmente útil para el paciente que ve las cosas de manera dicotómica. Ver las cosas como pertenecientes a un continuo, fuerza al paciente a ganar distancia y perspectiva.
12. Focalización: Hay un límite en la cantidad de cosas que una persona puede pensar cada vez. Ocupando su mente con pensamientos neutrales, el paciente puede bloquear los pensamientos disfuncionales durante un período de tiempo. Esto puede consistir en contar, pensar en imágenes tranquilas y agradables y centrar su atención en estímulos externos. Esta técnica facilita cierto grado de control sobre su pensamiento

Técnicas conductuales:

1. Programación de actividades: las autoverbalizaciones más frecuentes de los pacientes depresivos suelen ser, “No hay horas en un día para hacer todo lo que debo hacer”, “Estoy sentado todo el día sin nada que hacer”. Esta estrategia, facilita el control de estos pensamientos negativos. Sólo es necesario planificar con una hora, un día o una semana de antelación y, hacer un uso más adecuado del tiempo disponible.

Con relación a sus aplicaciones, Freeman y Reinecke (1995) describen las siguientes: (a) evaluar el uso del tiempo que hace el paciente en la actualidad, (b) ayudar a planificar mejor y más productivamente el tiempo para afrontar la desesperación, (c) empezar a familiarizar a los pacientes con la idea de hacer tareas en casa y (d) trabajar con los pacientes para comprobar la idea de que no están haciendo nada.

2. Valoraciones de dominio y placer: el dominio o maestría hace referencia a la sensación de logro, significado o valor que un individuo dispone sobre una determinada actividad y el placer al disfrute que obtiene de la actividad. Uno de los objetivos al implementar esta técnica con los pacientes depresivos consiste en animarles a realizar una mayor variedad de actividades agradables y estimulantes. Esto, además, sirve para aliviar la disforia y conseguir una mayor sensación de competencia y merecimiento.
3. Asignación gradual de tareas: se deriva de las estrategias conductuales de “moldeado”. Cada pequeño paso secuencial se aproxima a la meta y ayuda a los pacientes a empezar a desarrollar sus actividades gradualmente. Es importante evitar que los primeros pasos sean demasiado largos porque los pacientes pueden experimentar el fracaso. Muchos pasos pequeños pueden ser más efectivos que unos pocos pasos grandes.

4. Biblioterapia: esta técnica es complementaria al proceso terapéutico propiamente dicho y es muy útil como tarea para la casa. Consiste en sugerirle al paciente la lectura de documentos de autoayuda y superación personal o literatura que esté relacionada con la problemática del paciente y su respectivo afrontamiento. Es necesario destacar que esta técnica es una parte de la psicoterapia general y no sustituye el trabajo terapéutico.

Es importante aclarar que no todas se utilizan con un paciente. En el caso de las técnicas cognitivas, su elección se hace en función de la naturaleza y frecuencia del tipo de distorsión cognitiva. Por ejemplo, si la problemática de un paciente refleja la distorsión cognitiva “inferencia arbitraria”, la técnica cognitiva a utilizar para modificarla sería “cuestionar las pruebas”, por cuanto existe una concordancia entre las dos. Otro ejemplo: personalización (distorsión cognitiva)/ reatribución (técnica cognitiva).

Se recomienda inicialmente implementar las técnicas cognitivas y posteriormente las conductuales.

Indicaciones clínicas

Depresión unipolar no psicótica, trastornos de ansiedad, de personalidad, alimenticios, esquizofrenia, problemas de pareja, comportamiento suicida.

Condiciones para su empleo y efectividad

Que el paciente tenga las siguientes competencias: comprensión, análisis y síntesis, introspección, motivación, adherencia a las tareas sugeridas por el terapeuta, participación activa, colaboración, experimentador.

3.16 Terapia de resolución de problemas

Autores: D’ Zurilla y Goldfried (1971)

Generación: segunda.

Objetivo

Desarrollar la habilidad para identificar, descubrir y generar medios efectivos para manejar los problemas de la vida cotidiana o enfrentar los problemas clínicos asociados al déficit en solución de problemas.

Fundamentación teórica

Se apoya en uno de los principios de la Psicología cognitiva, el procesamiento de la información. El ser humano recibe, codifica, registra, analiza y evoca información para lograr manejar y adaptarse adecuadamente a las demandas internas y externas.

Otra concepto relacionado es el “problema”, el cual consiste en una situación de estímulo para lo cual el sujeto no tiene en ese momento una solución lista y la debe buscar. (Davis, 1973, citado por Mahoney, 1983).

Nezu (2004, citado por Higuera, 2013) lo definen como “una situación real o anticipada en la vida que requiere respuestas por parte del sujeto para un funcionamiento adaptativo, pero que no están disponibles o no son identificables por él, debido a la existencia de barreras u obstáculos”.

Otros conceptos relacionados son los referidos por Hastie 2001, citado por Higuera, 2013:

- Decisiones. Son combinaciones de situaciones y conductas que pueden ser descritas en términos de tres componentes: acciones alternativas, consecuencias y sucesos inciertos.
- Resultado. Son situaciones describibles públicamente que ocurrirían cuando se llevan a cabo las conductas alternativas que se han generado.
- Consecuencias. Son las reacciones evaluativas subjetivas, medidas en términos de bueno o malo, ganancias o pérdidas, asociadas con cada resultado.
- Incertidumbre. Se refiere a los juicios de quien toma la decisión de la propensión de cada suceso de ocurrir. Se describe con medidas que incluyen probabilidad, confianza y posibilidad.
- Preferencias. Son conductas expresivas de elegir, o intenciones de elegir, un caso de acción sobre otros. Tomar una decisión se refiere al proceso entero de elegir un curso de acción.
- Juicio. Son los componentes del proceso de decisión que se refieren a valorar, estimar, inferir que sucesos ocurrirán y cuáles serán las reacciones evaluativas del que toma la decisión en los resultados que obtenga.

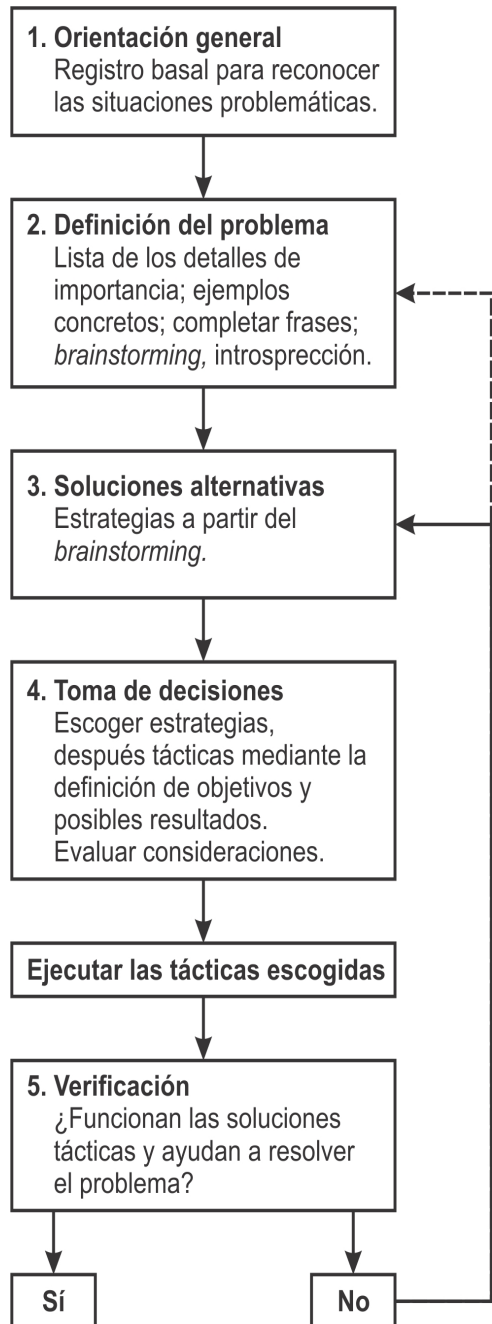
Por lo tanto, el proceso de toma de decisiones sería encontrar una conducta adecuada para la situación en la que hay una serie de sucesos inciertos.

Estructura y procedimiento de aplicación

D'Zurilla y Goldfried (1971) describen cinco fases:

1. Orientación general del problema: se refiere al reconocimiento, aceptación y ubicación en una o varias de las áreas del funcionamiento del ser humano, por parte del sujeto, de la situación problemática.
2. Definición y formulación del problema. Debe ser en términos concretos y específicos, con el fin de facilitar su solución.
3. Generación de alternativas. Plantear las posibles soluciones al problema.
4. Toma de decisiones. Analizar cada una de las alternativas generadas en función de sus ventajas y desventajas de su elección y la probabilidad de llevarla a cabo. Se elige la mejor solución, después del análisis exhaustivo de cada una de ellas.
5. Verificación. Poner en práctica la solución elegida y monitorizar sus consecuencias. La resolución del problema se completa cuando el paciente consigue un resultado satisfactorio.

El siguiente esquema, tomado de Carnwath y Miller (1986, pag.51) ilustra las etapas descritas.



Otro método propuesto para la resolución de problemas, aunque muy similar al de los autores originales, es el denominado IDEAL, planteado por Bransford y Stein (1994, citados por Nieto y cols., 2004). Esta sigla corresponde a los componentes importantes en los procesos de la resolución de problemas o adopción de decisiones. La letra I (identificación del problema); la D (definición y representación del problema); la E (exploración de posibles estrategias de solución); la A (actuación fundada en una estrategia) y la L (logros, observación y evaluación de los efectos de la decisión). Finalmente, agregan que éste método puede ayudar a adquirir mayor conciencia de los procesos de resolución de problemas y, por tanto, a mejorar la capacidad de pensamiento y aprendizaje.

Indicaciones clínicas

Trastorno de ansiedad generalizada, Juego patológico o ludopatía, depresión, trastornos bipolares, conductas adictivas, conflictos familiares, problemas de la vida cotidiana que requieran una adecuada toma de decisiones.

Condiciones para su empleo y efectividad

Para facilitar su implementación y aumentar la efectividad, Goldfried (1980, citado por Miller y Carnwath, 1989) plantea las siguientes estrategias: *brainstorming* (tormenta de ideas); introspección; hacer autoretratos; definir prioridades de problemas; prestar atención a las consecuencias de cada alternativa para el paciente, las personas relacionadas directamente con el paciente (familia, conyugue, amigos, etc.), los resultados a corto y largo plazo; consideración por parte del paciente de factores tales como recursos personales (fuerzas, logros, cualidades reconocidas por los demás y experiencias previas de importancia), limitaciones personales (impedimentos físicos y emocionales, dificultades económicas), recursos asistenciales (familia, conyugue, amigos, instituciones, colegas, bibliotecas, autoayuda y organizaciones de consejo), impedimentos ambientales (restricciones debidas a circunstancias domésticas y de trabajo); utilización de hojas de registro de automonitorización.

3.17 Entrenamiento autoinstruccional

Autor: Meichembaum (1975, 1982)

Generación: segunda.

Objetivo

Modificar los problemas emocionales y conductuales, a través de la utilización del diálogo interno por medio de autoinstrucciones o autoafirmaciones positivas, racionales y facilitantes.

Fundamentación teórica

Durante varios siglos se ha reconocido el papel de los “monólogos privados” en la experiencia emocional y en la regulación de la conducta. En este sentido, Coué, psicoterapeuta francés, (1922, citado por Mahoney, 1983) popularizó la autodeclaración optimista “Día a Día, en todos los aspectos, estoy cada vez mejor y mejor”.

Al crecer la popularidad de las psicologías de la “autodeclaración”, la investigación de laboratorio acerca del “lenguaje encubierto” siguió un camino diferente. Gran parte del trabajo en esta área, lo realizaron dos psicólogos rusos (Luria, 1961 y 1963; Vygotsky, 1962).

Luria propone tres estadios en el control internalizado de la conducta:

- a. Inicialmente la actividad del niño se encuentra controlada por las instrucciones y las reacciones de los agentes externos, por ejemplo, los padres.
- b. Posteriormente comienza a regular algunas de sus propias acciones a través de autoconversaciones audibles.
- c. Finalmente, estas autodeclaraciones se hacen encubiertas y amplían su influencia regulatoria.

En consecuencia, es posible enseñar a las personas a emplear esta manera de hablarse a sí mismas, en forma de preguntas de valoración, sugerencias, recordatorios de etapas sucesivas, ánimos para que se ayuden a relajarse, mejorar su rendimiento en las actividades cognitivas y físicas, aumentar su motivación y volverse más perceptivas y alertas.

En este sentido, Meichembaum (1975, 1982, citado por Mahoney, 1983) es el que más estudios ha realizado, enfocados al entrenamiento de auto-

verbalización o autoinstrucción. Este aspecto se relaciona con el papel de la repetición cognoscitiva y la solución anticipatoria de problemas en sujetos sometidos a un estrés inminente. Su postura al respecto, se evidencia en el programa de hablarse para sí mismo en niños con problemas de hiperactividad, agresividad, mala conducta y hábito de mentir. Son 5 etapas secuenciales que se realizan, una vez se haya identificado el problema y se ha definido la conducta que se debe aprender:

1. El niño observa la manera en que un modelo adulto efectúa la conducta. Mientras el niño está observando, el modelo describe la conducta en voz alta.
2. El niño efectúa la misma tarea mientras el modelo le da instrucciones.
3. El niño efectúa la tarea mientras repite las instrucciones en voz alta.
4. El niño susurra las instrucciones mientras efectúa la tarea.
5. El niño efectúa la tarea sin hablar (de manera encubierta).

Elementos que la componen

Farré (1992, citado por Ayuso y Salvador, 1992) plantea las siguientes fases generales:

- a. Entrenamiento del paciente para que identifique los pensamientos inadecuados.
- b. Modelado por parte del terapeuta de la respuesta adecuada, a la vez que verbaliza las estrategias de acción eficaces para la tarea.
- c. El paciente ejecuta la tarea conductual a la vez que verbaliza en voz alta las instrucciones apropiadas ofrecidas por el terapeuta, y a continuación repite el ensayo dándose las autoinstrucciones de manera encubierta.

Procedimiento de aplicación

Para implementarla, deben seguirse las siguientes etapas:

Presentación didáctica y autodescubrimiento guiado del papel de las autoinstrucciones en el malestar subjetivo y las inadecuaciones conductuales (explicación y fundamento del método):

1. Se le explica al paciente de qué manera el pensamiento influye en los estados emocionales y su conducta. Pensar es mantener un diálogo interno; si el contenido de nuestro pensamiento es negativo, la persona se conducirá en esa dirección. Por el contrario, si nuestro diálogo interno es positivo y racional, nuestro estado emocional y nuestra conducta también serán positivos.

El paciente debe comprender la importancia y el poder del pensamiento y la influencia de estos sobre sus sentimientos. El terapeuta debe explicar la secuencia situación-pensamiento-emoción-conducta.

2. Entrenamiento en discriminación y observación sistemática de las autoinstrucciones (autoobservación):

El objetivo de la autoobservación es llevar al paciente a detectar aquellos pensamientos que interfieren su conducta. La autoexploración y búsqueda de autoverbalizaciones negativas, se circunscribe a la problemática específica y no a cualquier tipo de pensamiento. La autoobservación se facilita si se realiza dentro de un contexto de antecedentes y consecuentes, componentes del análisis funcional de la conducta). ¿Qué pasó antes? ¿Qué pensé? ¿Qué sentí? ¿Qué hice?

Es importante diferenciar las autoverbalizaciones anticipatorias (lo que espero que ocurra) de las restrictivas (lo que pienso que no debo o no puedo hacer).

3. Ejecuciones graduadas (autodeclaraciones racionales, positivas y facilitadoras):

Para realizar esta etapa, deben llevarse a cabo, por parte del terapeuta y el paciente, las etapas propuestas por Meichembaum (1975, 1982, citado por Mahoney, 1983) y enunciadas anteriormente.

4. Autoreforzo:

El terapeuta debe animar al paciente a que se refuerce a sí mismo los logros. Esta autorecompensa no debe seguir necesariamente a la autoverbalización total, sino que puede estar distribuida a lo largo de todo el diálogo interno.

Indicaciones clínicas

Impulsividad, ansiedad interpersonal, ansiedad ante los exámenes, las preocupaciones producto de situaciones estresantes, tratamiento de atención con hiperactividad, agresividad.

Condiciones para su empleo y efectividad

Capacidad en seguimiento de instrucciones, conducta imitativa y comprensión.

3.18 Detención del pensamiento

Autores: Bain (1928); Taylor (1955); Wolpe y Lazarus (1966).

Generación: primera.

Objetivo

Bloquear y/o detener los pensamientos negativos asociados a los sentimientos y conductas inadecuadas. Suprimir o eliminar reflexiones indeseadas (obsesiones).

Fundamentación teórica

Varios terapeutas han sugerido que la distracción cognoscitiva abrupta y la incompatibilidad, constituyen los supuestos procesos subyacentes. Si es posible distraer la atención desde las reflexiones encubiertas, estas (teóricamente) terminarán. Más aún, la subvocalización de una autoinstrucción imperativa puede ser incompatible con otras subvocalizaciones no adaptativas. (Bergin, 1969 y Wisocki y Rooney, 1974, citados por Mahoney, 1983, pag. 96).

Elementos que la componen

Rimm y Masters (1980) proponen las siguientes etapas:

- a. Interrupción “abierta” por parte del terapeuta de “pensamientos abiertos”.
- b. Interrupción “abierta” por parte del terapeuta de “pensamientos cubiertos”.
- c. Interrupción “abierta” por parte del paciente de “pensamientos abiertos”.
- d. Interrupción “cubierta” por parte del paciente de “pensamientos cubiertos”.
- e. Aserción “abierta”.
- f. Aserción “cubierta”.

Nota:

El termino **abierto** = en voz alta.

El termino **cubierto** = mentalmente, para sí mismo.

Procedimiento de aplicación

Etapa 1: Se le solicita al paciente que relate la situación en la cual se le presentan los pensamientos negativos o que le preocupan. En el momento en que el paciente esté refiriendo tales pensamientos, inmediatamente el terapeuta exclama en voz alta y fuerte la palabra “ALTO O PARE”. Obviamente, el paciente puede sorprenderse por esta actitud e inmediatamente el terapeuta le explica el procedimiento. Pueden hacerse otros dos ensayos.

Etapa 2: Se le pide al paciente que se imagine la situación en donde se le presentan los pensamientos negativos o que le preocupan. Se le pide al paciente, que cuando aparezcan en su mente, dichos pensamientos, levante un brazo (señal para el terapeuta). Tan pronto el paciente haga este movimiento, el terapeuta exclama en voz alta y fuerte la palabra “ALTO O PARE”. Inmediatamente después, debe hacerse retroalimentación verbal de lo experimentado por el paciente, con el fin de monitorear el proceso y asegurarse de su adecuada aplicación.

Etapa 3: en esta etapa, el control del proceso pasa del terapeuta al paciente. El paciente se imagina la situación en la cual se presentan los pensamientos negativos y tan pronto aparezcan en su mente, el paciente exclama en voz alta y fuerte la palabra “ALTO O PARE”. Inmediatamente después, hacer retroalimentación verbal.

Etapa 4: Igual que la etapa anterior, pero esta vez, el paciente se imagina la situación y dice la palabra “ALTO O PARE” mentalmente, para sí mismo. Hacer retroalimentación verbal.

Etapa 5: Se hace todo igual como en la etapa 4, pero después de que el paciente interrumpe el pensamiento negativo, se dice para sí mismo, en voz alta, una autodeclaración o autoafirmación positiva. Puede ser contraria a la idea disfuncional o puede ser otra relacionada con ella. Hacer retroalimentación verbal.

Etapa 6: Se realiza todo igual como en la etapa 5, pero la autodeclaración positiva, la dice para sí mismo, mentalmente.

Nota:

En cada una de las etapas se pueden efectuar mínimo tres ensayos. Podrían realizarse más, dependiendo de la necesidad y el no control suficiente del pensamiento negativo.

Indicaciones clínicas

Trastorno obsesivo-compulsivo; “pensamientos que preocupan o auto-derrotantes” asociados a una situación estresante.

Condiciones para su empleo y efectividad

Capacidad de imaginación y de comprensión.

3.19 Terapia centrada en los esquemas

Autor: Jeffrey E. Young (1988)

Generación: segunda e inicial de la tercera.

Objetivo

Modificar las Esquemas Desadaptativos Tempranos, asociados a diversos trastornos mentales y del comportamiento.

Fundamentación teórica

Representa una nueva e innovadora ampliación de la terapia cognitiva de Beck (1979).

Originalmente desarrollada para la conceptualización y tratamiento de los trastornos de personalidad. Las técnicas tradicionales de la terapia cognitiva resultaban ineficaces para el tratamiento de tales trastornos, por cuanto no alcanzaban los requerimientos en varias áreas: a) dificultad para identificar emociones y cogniciones; b) descentramiento frente a su problemática; c) no adherencia de las tareas para casa; d) resistencia a una relación terapéutica colaboradora; e) dificultad para modificar sus creencias rígidas.

Esta terapia, en comparación con otras terapias cognitivas como la de Ellis y Beck, le da mayor énfasis a la relación terapéutica, el funcionamiento interpersonal y las emociones y, una mayor atención a los acontecimientos de la primera infancia como determinantes de los problemas del adulto.

Toda la conceptualización de la psicopatología, evaluación y tratamiento gira en torno a los esquemas desadaptativos tempranos y sus características son planteadas por Young (1990, pp. 7-11) y Caro (1997, p. 224):

1. Son temas amplios concernientes al sí mismo y a sus relaciones con los demás.
2. Se desarrollan prematuramente en la infancia y se extienden desde el principio hasta el final de la vida y, son el producto de la acumulación de las interacciones negativas tempranas con otras personas significativas (padres, hermanos, amigos, tíos, abuelos, maestros, etc.), más que por un único evento traumático.
3. Llevan a emociones disfuncionales, conductas autodestructivas, experiencias interpersonales problemáticas.
4. Son multifacéticos, es decir, cada esquema tiene componentes cognitivos, emocionales, conductuales e interpersonales.
5. Están fuera de la conciencia.
6. Interrumpen la autodeterminación, la independencia, la relación interpersonal, la espontaneidad y los límites realistas.
7. Se mantienen rígidamente y por lo tanto, son difíciles de cambiar.
8. No susceptibles de cambiar mediante la T.C.C de Beck.

Agrega esta misma autora, que tales esquemas se agrupan en 5 dimensiones y cada una de ellas, representa una necesidad crítica de los niños para el funcionamiento adaptativo y en cada dimensión se encuentran varios esquemas:

A. Desconexión y rechazo. Individuos que fueron criados en ambientes en los que carecían de alimentación, afecto, aceptación y estabilidad.

- Abandono/Inestabilidad.
- Desconfianza/Abuso.
- Pérdida emocional.
- Imperfección/Vergüenza.
- Aislamiento social/Alienación.

B. Perjuicio en autonomía y desempeño. Refleja ambientes de la infancia complicados y sobreprotectores.

- Dependencia/Incompetencia.
- Vulnerabilidad al daño o la enfermedad.

- Inmadurez/Complicación.
- Fracaso.
- C. Límites inadecuados.** Niños que fueron criados por padres permisivos y demasiado indulgentes.
 - Derecho/Grandiosidad.
 - Autocontrol insuficiente/Autodisciplina.
- D. Tendencia hacia el otro.** Experiencias tempranas en las que las necesidades del niño son secundarias a las necesidades de los demás.
 - Subyugación.
 - Autosacrificio.
 - Búsqueda de aprobación/Búsqueda de reconocimiento.
- E. Sobrevigilancia e inhibición.** Se desarrolla cuando se educa a los niños en el perfeccionismo, en una familia rígida, con reglas extremadamente elevadas.
 - Negatividad/Vulnerabilidad al error.
 - Control excesivo/Inhibición emocional.
 - Reglas implacables/hipercrítica.
 - Condena.

La definición de los anteriores esquemas, se puede consultar en el texto de esta autora, en el capítulo 15.

Estructura y procedimiento de aplicación

El proceso terapéutico es descrito por Caro (1997):

Fase 1: Evaluación y educación

Pretende dos objetivos:

1. Identificación y activación de los **esquemas desadaptativos tempranos** que son particularmente relevantes para el paciente.
2. Educar al paciente sobre el papel de tales esquemas en el mantenimiento de patrones de vida desadaptativos.

Tales objetivos se logran por medio de las siguientes estrategias: hacer una revisión de vida; educar al paciente sobre los esquemas desadaptativos tempranos (E.D.T.) a través de la lectura de un libro de autoayuda *Reinventando tu vida*, donde se describen los esquemas, sus raíces, patrones de

mantenimiento y estrategias de cambio; aplicar y analizar el *Cuestionario de esquemas de Young*; activar los E.D.T. por medio de técnicas experienciales, es decir, se le solicita al paciente revivir experiencias negativas de la infancia de manera imaginaria; discutir los patrones conducidos por esquemas en la relación terapéutica.

Fase 2: Cambio

El objetivo es alterar los esquemas desadaptativos tempranos y los estilos de afrontamiento de la problemática o trastorno asociado.

Se emplean cuatro (4) tipos de estrategias:

Cognitivas: pretenden demostrar, lógica y racionalmente, que las creencias no tienen sentido a nivel empírico. Se enseña al paciente a buscar evidencia empírica para y en contra de sus E.D.T., examinando racionalmente sus esquemas; generar respuestas alternativas a sus pensamientos negativos y sistemas de creencias; uso de tarjetas de aviso de los E.D.T. en las cuales se escriben afirmaciones propuestas por el terapeuta y el paciente que desafían directamente cuando los esquemas se activan y de esta manera disminuir la intensidad del esquema; diálogo de esquemas, es decir, el paciente desarrolla una “voz saludable” que argumenta en contra de la “voz del esquema” por medio de afirmaciones que debiliten el esquema.

Técnicas experienciales: se emplean estrategias desarrolladas por los terapeutas de la Gestalt. Su lógica es provocar el lado emocional del paciente en sincronía con los cambios racionales facilitados por las estrategias cognitivas. Se llevan a cabo por medio de la imaginación, juego de roles, aireación emocional y el trabajo del niño interior.

Atención a la relación terapéutica: puede utilizarse de dos maneras, una para “recreancia limitada”, es decir, algunos pacientes necesitan una experiencia emocional correctiva con una figura paterna. Así, el terapeuta proporciona apoyo, estabilidad y aceptación con el fin de disminuir el impacto negativo de la educación inicial. La otra, para corregir esquemas cuando surgen en la interacción interpersonal. El terapeuta señala cómo surgen los E.D.T. en la sesión.

Técnicas conductuales: el paciente emite unas conductas que son automáticas y habituales que corresponden a los componentes conductuales de los E.D.T. y que continúan reforzando los aspectos cognitivos y emocionales de los mismos. Por lo tanto, el terapeuta recomienda al paciente realizar una serie de tareas con el fin de cambiar los esquemas a este nivel conductual.

Por ejemplo, el paciente exhibe un patrón de conducta crónico de autorechazo como “ser demasiado agresivo cuando es criticado”. En este caso, se le sugiere realizar juego de roles, encaminado a asumir una actitud más adecuada cuando se le presente esta situación.

Indicaciones clínicas

Trastornos de personalidad, distimia, ansiedad crónica, abuso de sustancias, pacientes no cooperadores, terapia de pareja y familia.

Condiciones para su empleo y efectividad

Buena capacidad de imaginación y razonamiento; habilidad y fortaleza para revivir experiencias emocionales negativas de la infancia; adherencia a las tareas asignadas por el terapeuta.

3.20 Inoculación del estrés

Autores: Meichembbaum y Cameron (1972,1977); Novaco (1978)

Generación: segunda.

Objetivo

Desarrollar la habilidad y competencia para adaptarse a los eventos estresantes, de tal forma que se tenga un mayor control sobre los mismos.

Fundamentación teórica

El término “inoculación” indica la progresiva exposición a dosis manejables de un estrés. Esta exposición gradual provoca excitación en el individuo, pero no agota su capacidad para hacerle frente.

Por su parte, Reynoso y Seligson (2005) plantean que esta técnica es una forma sistemática sobre cómo enseñar a los pacientes a relajarse y afrontar una gran variedad de experiencias estresantes. Agregan que sus autores se apoyaron en el modelo transaccional de Lazarus y Launier (1978) y en la teoría de afrontamiento de Lazarus (1981).

Estructura y procedimiento de aplicación

Jorquera (2002, citado por Vallejo, 2002) describe las siguientes fases:

1. **Preparación cognitiva.** Incluye una evaluación de las situaciones que provocan ira o cólera e información por parte del terapeuta de los principios que conforman la terapia, así como los correspondientes autorregistros.
2. **Adquisición de habilidades cognitivas** a través del uso de autoinstrucciones y habilidades conductuales, para obtener respuestas incompatibles con la ansiedad, por ejemplo, la relajación.
3. **Aplicación práctica.** Se lleva a cabo mediante inducciones de cólera imaginaria o realizando un ensayo de conducta. Previamente se habrá construido una jerarquía de situaciones percidas a las que el paciente se enfrentará en su vida diaria.

Por su parte, Farré (1992, citado por Ayuso y Salvador, 1992) refieren las mismas tres fases, pero con una denominación distinta.

1. **Reconceptualización.** Desarrollo de una buena relación terapéutica, evaluación conjunta de las quejas del paciente y formulación de hipótesis de trabajo sobre los problemas y su modificación.
2. **Adquisición y ensayo de habilidades.** Aplicación de la relajación, la restructuración cognitiva, la resolución de problemas, el entrenamiento en autoeficacia (evaluaciones realistas, expectativas de cambio gradual, atribuciones positivas y directrices realistas para la conducta futura) y el establecimiento de habilidades conductuales.

Con relación a esta fase, Reynoso y Seligson (2005), además de las técnicas enunciadas, mencionan la asertividad, uso de apoyo social, aprender a expresar afecto. Las estrategias enumeradas en esta fase 2, se han analizado en este manual y por lo tanto, deberán consultarse.

3. **Aplicación y consolidación.** Puesta en práctica a través de ensayos de conducta por medio de escenas simuladas, exposición gradual e imaginación. Finalmente, prevención de las recaídas con ensayos de enfrentamiento a los retrocesos.

Indicaciones clínicas

Vallejo (2002) refiere su utilización como técnica preventiva y para afrontar problemas de ansiedad. Además, nombra a Meichembaum y Cameron (1977) que la empleó en zoofobias.; a Novaco (1978, 1979) que la utilizó para controlar la agresividad y a Mitchel y White (1977) quienes la aplicaron en cefaleas tensionales y migrañas.

Condiciones para su empleo y efectividad

El paciente debe tener la capacidad de imaginación; reconocimiento de la situación estresante; resistencia para tolerar la exposición imaginaria o real al estímulo estresor y capacidad de autoobservación.

3.21 Terapias de tercera generación

A continuación, se describen de manera general las terapias de conducta de tercera generación. No es objetivo de este manual analizar en detalle cada una de ellas, y para ello se recomienda al lector consultar la bibliografía específica de cada uno de los autores que la proponen.

Terapia de aceptación y compromiso

Steven, C. Hayes; Stroschal & Wilson (1999).

Pretende dos objetivos principales: a. El cliente acepte aquellos aspectos de su experiencia que ha estado intentando modificar sin éxito tales como la ansiedad, las obsesiones, la tristeza, etc. b. Intentar que ello no paralice la vida de la persona, de tal forma que el cliente pueda dirigirse hacia aquellas metas que le son personalmente valiosas como sus relaciones sociales, laborales y familiares aun teniendo estas experiencias emocionales desagradables. A la base de éste sufrimiento se encuentra el anhelo para vivir una vida más rica, más libre y plena, incluso cuando dice no querer nada. En el fondo de ese malestar que traen los clientes a la consulta están las cosas más importantes y que ellos más valoran y quieren para sus vidas.

Vargas-Mendoza (2006) plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Hacer ver al paciente que los métodos que está aplicando no son eficaces y tiene que abrir su mente a otras alternativas.
2. Hacerle comprender que los intentos de control no son la solución.
3. Abrirse a la experiencia de los pensamientos, sentimientos y emociones sin hacer nada para que desaparezcan.
4. Profundizar la distancia con los propios pensamientos, que ya Beck planteaba como necesaria para poder realizar la terapia cognitiva consistente en considerar los pensamientos como hipótesis y no como verdades absolutas.
5. Desarmarse cognitivamente por medio de un cambio en el uso normal del lenguaje y las cogniciones.

Esta terapia emplea como métodos las paradojas, las metáforas y numerosas prácticas de exposición a pensamientos y sensaciones.

Con relación a esta terapia, Luciano y Sonsoles (2006, p. 87) mencionan las siguientes características:

- a) Está centrada en las acciones valiosas para uno.
- b) Contempla el malestar/sufrimiento como normal, producto de la condición humana en tanto que seres verbales.
- c) Define que se aprende a resistir el sufrimiento normal y esa resistencia genera el sufrimiento patológico.
- d) Promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y, por tanto, se basa en la experiencia del paciente como la clave del tratamiento. El mensaje es ¿qué te dice tu experiencia al hacer eso?, ¿qué estarías haciendo cada día si pudieras dedicarte a otra cosa que no fuera tratar de quitarte el sufrimiento?.
- e) Trata de romper la rigidez del patrón de evitación destructivo o la excesiva regulación por procesos verbales que la cultura amplifica al potenciar sentirse bien de inmediato y evitar el dolor como fundamental para vivir.
- f) Los métodos clínicos son las parábolas, las metáforas y los ejercicios experienciales.
- g) La clave no está en las técnicas/métodos per se, sino en su fin claramente especificado: generar flexibilidad de actuación donde había rigidez problemática, o sea, dejar que surjan los pensamientos, emociones, etc., y tomar la dirección de la aceptación - y no del control- de los mismos en el marco del compromiso personal del paciente con lo que valora.

Psicoterapia analítica funcional

Kohlenberg (1987).

Basada en el conductismo radical de Skinner. Se centra en el análisis funcional de la conducta del cliente que aparece en sesión y propone el uso de refuerzo natural y del moldeamiento en las relaciones terapéuticas y parte de que hay una equivalencia funcional existente entre el ambiente clínico y la vida diaria del cliente. Se centra en el análisis funcional de los patrones globales de conducta, especialmente aquellos que se presentan en la relación terapéutica. Postula que la relación terapéutica es esencialmente un intercambio verbal y que en la misma sesión ocurren problemas importantes. Considera el “reforzamiento natural” como contingencias implicadas en las conductas

generales de las personas, frente a los programas artificiosos de refuerzo propuestos por el terapeuta de conducta tradicional o de primera generación, la cual no le da mucha importancia a la relación clínica y hace énfasis en ella para facilitar las técnicas de intervención. Entre tanto, la PAF se opone a esta posición y lo relevante es la relación terapéutica como vía de cambio.

Esta psicoterapia gira alrededor de dos factores claves: el reforzamiento y la conducta verbal. En la sesión de terapia la consecuencia más inmediata y cercana de la conducta del cliente va a ser la reacción del terapeuta. Por otro lado, la conducta verbal es considerada como el principal material clínico que se genera en la sesión de terapia.

Sus componentes son las *conductas clínicas relevantes, la identificación de tales conductas y las reglas para una actuación terapéutica relevante*. Es una terapia conductista moderna, actualizada y aplicable a los trastornos de personalidad y los problemas interpersonales. Guarda afinidad con otras orientaciones terapéuticas, como son la terapia centrada en el cliente, que se interesa en las relaciones interpersonales; con el psicoanálisis comparte la importancia de la transferencia y con la psicoterapia breve psicodinámica comparte los efectos y manejo de la contratransferencia.

Terapia dialéctico conductual

Marsha Linehan (1991)

Su objetivo primordial es el de reducir los comportamientos de autolesión y los que ponen en peligro la vida. (Autolesión.com, s.f.)

Sostiene que algunas personas, debido a ambientes familiares de invalidación durante su formación y a factores biológicos aun desconocidos, reaccionan anormalmente al estímulo emocional. Su nivel de excitabilidad se aumenta demasiado de forma muy rápida y le toma más tiempo volver al punto de partida. A causa de su invalidación pasada, no tienen ningún método para enfrentarse a estas oleadas repentinas e intensas de emoción. Este método sirve para enseñarle habilidades que serán útiles para esta tarea. (Autolesión.com, s.f.)

Consta de dos partes:

- a. Sesiones de psicoterapia individual una vez por semana en la que se explore con detalle, una conducta problemática en particular o un evento de la semana anterior, comenzando con la cadena de eventos que conducen a ello, pasando por soluciones alternativas que pudieron haberse usado, y examinando aquello que le impidió al paciente usar soluciones

más adaptables al problema. El terapeuta enseña y refuerza activamente los comportamientos adaptables que ocurren durante la relación terapéutica. El contacto telefónico con el terapeuta entre sesiones forma parte de los procedimientos.

- b. Sesiones de terapia de grupo. Se enseña efectividad interpersonal, habilidades de tolerancia de la angustia/aceptación de la realidad, regulación de las emociones y habilidades conscientes (habilidades a desarrollar).

Terapia cognitiva con base en mindfulness

Puede entenderse como atención y conciencia plena, como presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual. Pretende que la persona se centre en el momento presente de un modo activo, procurando no interferir ni valorar lo que se siente o se percibe en cada momento. Busca que los aspectos emocionales u otros procesos de carácter no verbal, sean aceptados y vividos en su propia condición, sin ser evitados o intentar controlarlos.

El control sobre sucesos incontrolables, sujetos a procesamiento automático, requiere de la mera experimentación y exposición natural con la menor interferencia posible. Dejar que los fenómenos perceptivos y sensoriales se muestren como ellos son. Contrasta con una psicología que propugna el control, el bienestar, la eliminación del estrés, la ansiedad, etc. mediante procedimientos que a falta de esa experimentación natural pueden contribuir a mantenerlos (Vallejo, 2006).

Con relación a esta estrategia terapéutica, Hanh (2000, citado por Araya, 2010, pg. 109) refiere sus dos componentes:

1. Concentración. Significa poder mantener la atención un tiempo sostenido en un objeto y ligar la atención con lo que está siendo atendido. Un ejemplo sencillo, es cuando una persona mira por un par de minutos una hoja de un árbol, sin distraerse, sin pensar en ninguna otra cosa, sin mirar ningún otro objeto. La concentración no es sólo un ejercicio mental, sino que es un vínculo de unión entre el que observa y lo observado, no hay separación entre observador y lo observado y, por lo tanto, se rompe el dualismo.

2. Comprensión profunda. Implica tener un acercamiento profundo y sentido a lo observado, poder contemplar, con la máxima transparencia y comprensión lo que ocurre, con la menor interferencia de los propios prejuicios, pensamientos o intereses personales, además, implica percibir lo observado con el mayor grado de profundidad y amplitud posible. Grado de penetración con que son percibidas las cosas. Un ejemplo sencillo, es cuando una persona

mira una manzana, se detiene en ella y se da cuenta que está apoyada sobre un plato, es de color roja, grande, que tiene un cáscara lustrosa, que está fresca, podría hacerse consciente sobre su origen.

Esta comprensión, al igual que la concentración, puede variar entre las personas, algunas con mayor atención y profundidad que otras.

Otras definiciones referidas por el autor citado son las siguientes:

El neurobiólogo Vicente Simón (2007) la define desde una perspectiva más psicológica, como “la capacidad humana universal y básica, que consiste en ser conscientes de los contenidos de la mente, momento a momento”.

El psicólogo Chistopher Germer (2005), como aplicación terapéutica la define como “Darse cuenta del momento presente con aceptación” y enuncia ocho componentes centrales: (1) No conceptual, no centrarse solo en los procesos de pensamiento sino en las sensaciones, percepciones y emociones; (2) centrado en el presente, en el aquí y ahora; (3) no valorativo, aceptación de aquello que está ocurriendo sin hacer juicios; (4) intencional, siempre hay una intención directa de centrarse en algo; (5) observación participativa, debe implicar el cuerpo y la mente del observador participante; (6) no verbal, la experiencia mindfulness tiene más una referencia emocional y sensorial que verbal; (7) exploratorio, abierto a la novedad de la experiencia; y (8) liberador, cada momento de la experiencia vivida plenamente es una experiencia de libertad.

Psicología positiva

Martín Seligman (1990)

Estudia las bases del bienestar psicológico, de la felicidad y las fortalezas humanas. Tradicionalmente la ciencia psicológica ha dedicado mucho esfuerzo a estudiar los aspectos negativos y patológicos del ser humano, dejando de lado con frecuencia el estudio de aspectos más positivos como la sabiduría, la felicidad, la resiliencia, etc.

Las intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva están ya apareciendo en la literatura científica. A parte de esto, se conocen tres modelos de la misma, entre los que se mencionan: el modelo de las tres vías hacia la felicidad de Seligman, el modelo multidimensional del bienestar psicológico de Ryff y el modelo motivacional de Deci y Ryan. Las intervenciones positivas en el área clínica deberían estar sólidamente sustentadas por los datos empíricos guiados por la ya abundante investigación sobre felicidad y bienestar psicológico (Vásquez, Hervás & y Ho, 2006)

Realidad virtual en tratamientos psicológicos

Kijima y Hirose (1993)

La realidad virtual es una nueva tecnología que consiste en la generación de una serie de ambientes tridimensionales en los cuales el usuario, no solo tiene la sensación de estar físicamente presente, sino que además puede interactuar con ellos en tiempo real. Se ha usado como herramienta terapéutica para el tratamiento de distintos trastornos psicológicos (Botella, Cristina. & cols, 2006), pues se espera que la RV facilite la aplicación de la desensibilización sistemática y la adquisición de las habilidades cognitivo-sensoriales que permitan el manejo psicofisiológico del estrés cotidiano. (Camacho, Pérez, Ruvalcaba, Yanez, Alsina & Vera Noriega, 2007).

Cuando el tratamiento psicológico se realiza a través del ciberespacio, se denomina cyberterapia o terapia por internet. Emplea dispositivos como correo electrónico, chat, skype.

Terapia de activación conductual

Jacobson (1996)

Derivada de la terapia cognitivo-conductual de Beck, e incluye la utilización de técnicas cognitivas y conductuales. Supone que al modificar las cogniciones, se mejora la emoción y la conducta, es decir, se debe primero hacer la reestructuración cognitiva y luego, implementar las estrategias conductuales propuestas por este autor, por ejemplo, las técnicas de dominio/placer y la programación de actividades. Sin embargo, algunos autores empezaron a cuestionar este supuesto.

Al respecto, Pérez (2007) plantea que esta terapia tiene su origen en la “técnicas conductuales” que forman parte de la terapia cognitiva de Beck y agrega que inicialmente se trataba de comparar las técnicas conductuales solas con las técnicas conductuales más las cognitivas (terapia completa). El resultado fue que las técnicas conductuales solas son tan eficaces como la terapia completa y por lo tanto el cambio cognitivo no parece ser tan necesario del tratamiento, de manera que la aplicación de las técnicas conductuales sería un procedimiento más parsimonioso. A partir de este resultado, se empezaron a considerar las “técnicas conductuales” de la terapia cognitiva como una terapia por derecho propio, lo que llegaría a ser la Activación Conductual (AC) y además, expresa que esta terapia no desestima la cognición ni la emoción, sino que estas cambian como resultado de la actividad conductual.

Este autor la define de la siguiente forma: “La Activación Conductual (en adelante AC) es una nueva terapia para la depresión desarrollada sobre bases contextuales y funcionales. La AC sostiene que el contexto explica más eficientemente la depresión y es también el lugar más adecuado para llevar a cabo una terapia eficaz que los supuestos factores internos, fueran éstos neurobiológicos (típicamente ‘desequilibrios químicos’) o psicológicos (por ejemplo, ‘esquemas cognitivos’). Asimismo, la AC sostiene que las conductas que caracterizan a las personas deprimidas juegan un papel significativo en la depresión, en vez de ser meramente síntomas de un cuadro.

La AC gira sobre dos cuestiones: qué condiciones ocasionan esta conducta (contexto) y cuáles son las consecuencias de esta conducta para el cliente (función). Así, por ejemplo, la AC se interesa tanto en los eventos que ocurren en la vida de las personas, como en sus respuestas a tales eventos una vez que están deprimidas. En este sentido, un aspecto básico de la AC es la consideración acerca de que buena parte de la conducta de las personas deprimidas viene a funcionar en realidad como evitación conductual de importantes ámbitos de la vida, dadas las circunstancias actuales en las que no parece haber alicientes y acaso también predominen las situaciones desagradables sobre las confortantes. Este contexto depresógeno o deprimente se puede concebir de varias maneras, siendo las preferidas por la AC en términos de disrupción (rotura o interrupción más o menos abrupta) de las rutinas que constituían la vida cotidiana o, más técnicamente, en términos de bajo nivel de reforzamientos positivos y/o alto de control aversivo”

Por su parte, Valero (2009) plantea que “es una terapia que reconsidera y revitaliza los análisis funcionales que ya se hacían sobre los comportamientos depresivos, y propone soluciones con más imaginación y adaptadas al día-a-día. Según los autores, también, no es un libro de recetas, sino una forma o filosofía de tratamiento basada en el Análisis Funcional. Desde esta perspectiva, no hay incompatibilidad con otras técnicas más específicas de modificación de conducta; pero sí supone una forma bastante diferente de abordar los problemas depresivos respecto a la habitual terapia cognitivo-conductual. Aquí lo importante de los pensamientos y emociones depresivas es su función, y ésta se cambia cambiando el contexto donde ocurren. Así, cualquier técnica que aumente la actividad, el reforzamiento positivo del individuo, y en suma mejore su calidad de vida será de utilidad para resolver esos problemas.”

Capítulo 4

Tendencias actuales y futuras

A partir de la anterior descripción y reflexión alrededor de las terapias conductuales de tercera generación, se puede concluir que cada vez, los clínicos e investigadores tienden a **integrar** más los componentes teóricos, metodológicos y prácticos inherentes a cada uno de los enfoques psicoterapéuticos, en donde cada uno de ellos ha enfatizado sus elementos, objetivos y estrategias del proceso psicoterapéutico.

Este fenómeno es muy comprensible, por cuanto los trastornos y problemas emocionales, en sí mismos, son muy complejos porque en su origen, mantenimiento e intervención participan múltiples factores biológicos, ambientales o contextuales, cognitivos, emocionales, conductuales, interpersonales, proximales y distales, internos. Esta complejidad lleva necesariamente a que las intervenciones psicoterapéuticas deben ser de la misma naturaleza (complejas) y, de esta forma, abordar, en la medida de lo posible, la mayoría de tales factores, dando una gran relevancia a un enfoque molar (integral) más que molecular (analítico) en el análisis y modificación del problema psicológico.

Para darle sentido a la integración mencionada, se han planteado varias tendencias cuando se aborda y analiza el tema de la integración de las psicoterapias: el eclecticismo técnico, la integración teórica, los factores comunes y la colaboración. (Feixas y Botella, 2004 y Núñez y Tobón, 2005):

4.1. El eclecticismo técnico

Se centra en la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría que los ha originado. Enfatiza lo técnico en detrimento de la teoría. Se seleccionan las técnicas en función del nivel de eficacia que han demostrado en su contraste empírico. La aspiración de este tipo de integración es estructurar una matriz *tratamientos x problemas* que señale la técnica más eficaz a emplear para cada caso concreto. El modelo más representativo de esta aspiración es la moderna modificación o terapia de conducta, la cual acepta una gran variedad de técnicas, siempre que hayan

demostrado su eficacia y, se ve reflejado claramente en algunos manuales de técnicas de terapia y modificación de conducta como (p.e., Caballo, 1991) que incluye, junto a las técnicas tradicionales basadas en el condicionamiento clásico y operante, la intención paradójica, la terapia racional-emotiva, la cognitivo-estructural de Guidano y Liotti, la hipnoterapia y la técnica de la silla vacía guesáltica.

4.2. La integración teórica

En este enfoque se integran dos o más psicoterapias con el objetivo de que el resultado de esta *fusión* resulte mejor que cada una, de manera independiente. Se enfatiza en la integración de los conceptos teóricos de las psicoterapias, aunque también las técnicas quedan integradas a esta síntesis teórica.

Un ejemplo de este nivel de integración, es el de Dollard y Miller (1950, citado por Feixas y Botella, 2004) los cuales presentan un intento de sintetizar los enfoques psicoanalítico y conductual con relación a su concepción de la neurosis y de la psicoterapia con el objetivo de articular una teoría unificada. En su propuesta, dichos autores no sólo explican el principio del placer en términos de refuerzo, y la represión en términos de inhibición de respuesta, sino que formulan una compleja teoría acerca de la dinámica del conflicto y la ansiedad en la neurosis.

Existen dos modalidades de esta integración teórica, la híbrida y la amplia. En la *primera*, se combinan las teorías y prácticas correspondientes a dos enfoques terapéuticos ya establecidos. El enfoque que mejor representa este planteamiento híbrido, quizás en parte por ser heredero de los clásicos esfuerzos citados más arriba por integrar el psicoanálisis con el conductismo, es la terapia psicodinámica cíclica de Paul Wachtel (p.e., 1977; 1992, citado por Feixas y Botella, 2004). Considera que la perspectiva psicodinámica y su énfasis en el *insight* como mecanismo de cambio es insuficiente en la mayoría de casos, y que hay que prestar atención a los componentes actuales que favorecen las fantasías y conflictos inconscientes.

En contraste con la visión psicodinámica clásica respecto al papel causal de los conflictos infantiles, la de Wachtel es cíclica, en el sentido de que los problemas y los síntomas son el resultado de círculos viciosos que se mantienen en la situación actual. Si bien reconoce que la experiencia temprana favorece determinada predisposición (y, por tanto, aumenta la posibilidad de aparición de determinadas conductas), se centra en los aspectos actuales del círculo vicioso.

Esta concepción integrada de los problemas neuróticos conlleva notables implicaciones para la práctica de la psicoterapia. Desde esta visión cíclica del problema resulta lógico pensar que hay que intervenir primero en los factores actuales que lo mantienen para producir el cambio y promover después la comprensión de la persona acerca de su conflicto, y de su participación en las condiciones actuales para su mantenimiento. Pero el mérito de la propuesta terapéutica de Wachtel no radica sólo en el hecho de combinar técnicas de acción con técnicas de *insight*, sino en el hecho de postular los procedimientos conductuales como fuente de nuevos *insights* a la vez que éstos pueden generar nuevas conductas.

En la *segunda*, se combinan más de dos teorías y se intenta articular diversos aspectos del funcionamiento humano como los cognitivos, emocionales, conductuales e interpersonales y se nutren de los aportes de muchas psicoterapias.

La psicoterapia centrada en los esquemas de Young (1988, citado por Caro, 1997) cumple con los criterios de integración amplia al combinar aportaciones de las teorías conductual, cognitiva, psicoanalítica y humanista. En los procesos de explicación, evaluación y tratamiento del trastorno psicológico, en especial, de los trastornos de personalidad, en los cuales encuentra su mayor aplicación, su enfoque articula los aspectos cognitivos, emocionales, conductuales e interpersonales.

4.3. Los factores comunes

Se centra en el análisis de las similitudes que existe entre los diversos enfoques psicoterapéuticos y en la búsqueda de los factores comunes entre ellos, lo cual supone la identificación de aquellos ingredientes que comparten la mayoría de las psicoterapias. Al respecto, Botella (2004) cita los siguientes autores que han analizado este tema:

Rosenzweig (1936) señala la capacidad del terapeuta para inspirar esperanza y proporcionar una visión alternativa del sí mismo y del mundo.

Alexander y French (1946) propusieron el concepto de “experiencia emocional correctiva” que consiste en re-exponer al paciente, en circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo manejar en el pasado, es decir, el terapeuta ayuda a “reparar” la influencia traumática de las experiencias previas.

Kleinke (1994) refiere los siguientes factores comunes, recopilados de varios autores: relación de confianza emocionalmente significativa con una figura de ayuda, confianza del cliente en el terapeuta y expresión de sentimientos, modelado, sugestión y persuasión, atmósfera de apoyo, desarrollo de un sentido aceptable de la vida, relación terapéutica segura, alianza terapéutica, cualidades de los terapeutas.

Entre todos los factores enunciados por este autor, la alianza terapéutica es uno de los más relevantes en todas las modalidades psicoterapéuticas y, se refiere a tres componentes: a) acuerdo respecto a las metas, b) acuerdo respecto a las tareas y c) desarrollo de un vínculo emocional entre terapeuta y cliente.

Con relación a esta temática, Núñez y Tobón (2005, pág. 82) plantean que todos los sistemas terapéuticos tienen unas estrategias implícitas comunes y su establecimiento sería la base para superar la división que se establece entre ellos. Tales factores comunes, trascienden los sesgos teóricos de los terapeutas. Agregan que tales factores contribuyen a la eficacia del cambio, están en la mediación de las teorías y las técnicas de cada sistema terapéutico e intervienen de forma implícita en el proceso de modificación del problema psicológico. Estos autores, citan a Goldfried (1996), el cual menciona los siguientes principios comunes:

- a) Proporcionar a los consultantes experiencias nuevas y correctivas.
- b) Ofrecer a los consultantes una continua retroalimentación para aumentar su conciencia.
- c) Inducir o favorecer en los consultantes la expectativa de que la terapia puede ser exitosa en sus problemas.
- d) Facilitar una relación óptima entre el terapeuta y el consultante.
- e) Promover en los consultantes continuas oportunidades para contrastar la realidad.

4.4. La colaboración

Esta es la última tendencia o forma de comprender la integración de todos los enfoques psicoterapéuticos. Al respecto, Núñez y Tobón (2005, pg. 80) plantean que la colaboración “consiste en buscar la contribución de terapeutas de otros enfoques para ayudarle al consultante, cuando el propio enfoque terapéutico tiene limitaciones en torno a las necesidades de intervención”. Agregan que esta colaboración puede realizarse a tres niveles: (1) trabajar en equipo; (2) derivación mutua de consultantes en el caso que las

limitaciones de la teoría en la cual se enmarca el propio trabajo no permitan atender esa demanda y (3) la complementariedad, es decir, un terapeuta abordaría un aspecto de la problemática del consultante desde su enfoque y los demás terapeutas intervendrían, otros aspectos de la misma problemática, desde otros enfoques.

Un segundo aspecto que enfatizan estas terapias de tercera generación son las **relaciones funcionales** entre las variables actuales- pasadas; internas-externas; antecedentes-consecuentes que participan en el origen y mantenimiento de un problema psicológico, lo cual facilitará unos análisis, unas evaluaciones y unas intervenciones más claras, precisas, objetivas, integrales y realistas y, de esta forma, tener una amplia, completa y adecuada comprensión de la problemática del consultante.

Con respecto a este concepto, Haynes y O'Brian (1990, citados por Castro y Angel, 1998, pg.12 y Nezu y cols., 2006, p.22) plantean que “ existe una relación funcional cuando dos o más variables comparten la varianza, es decir, cuando podemos hablar de covariaciones entre variables. Las relaciones funcionales no necesariamente implican causalidad; puede haber relaciones funcionales de covariación o correlacionales, en las cuales se observan regularidades entre diversos eventos sin que implique causalidad entre ellos, ya que pueden depender de una tercera variable”.

Lo anterior lleva a plantear dos tipos de hipótesis, las correlacionales y las causales. Las primeras se refieren cuando se observan eventos que suelen ocurrir de forma regular, es decir, que son predecibles en el tiempo, generándose hipótesis que describen variables asociadas o correlacionadas, como se presenta en los modelos de formulación en psiquiatría y psicología clínica, en los cuales se trata de establecer un rótulo diagnóstico de acuerdo con las covariaciones observadas de diversas manifestaciones conductuales, emocionales, fisiológicas y cognitivas de determinados trastornos o síndromes, referidos a los modelos taxonómicos o de clasificación diagnóstica, como el DSM-IV (APA, 1994) y el CIE-10 (OMS, 1992).

Por su parte, las hipótesis causales, en las cuales, además de observarse regularidades entre los acontecimientos, se puede establecer la direccionalidad de la relación. Para que una relación funcional sea causal, debe ir precedida de la variable causal; que exista información sobre la probabilidad condicional significativamente mayor que la probabilidad incondicional (Si A entonces B, si no A, entonces no B) y que las relaciones causales excluyen explicaciones alternativas.

Este tipo de hipótesis es el empleado en los diseños intrasujeto, en los cuales se busca modificar un comportamiento problemático por medio de una intervención específica. Un ejemplo, es el caso del niño que presenta pataletas frecuentes solamente en presencia de la madre, se puede formular hipótesis causales con base en una adecuada observación del comportamiento, generar un método de control, como el entrenamiento en los procedimientos de extinción, y observar los efectos sobre la frecuencia de las pataletas.

Castro y Angel agregan que tales relaciones funcionales pueden producirse a dos niveles: a) nivel molecular, en el que se busca relacionar acontecimientos discretos, tal como ocurre en el Análisis Funcional y, b) nivel molar, en el cual se buscan relaciones entre conjuntos de eventos, como ocurre en el caso de la formulación clínica.

Un tercer aspecto es el énfasis dado a los **factores contextuales o ambientales**, es decir, hacer un análisis detallado de los contextos en los cuales se presenta la conducta problema del consultante (familiar, laboral, social, académico, cultural, socio-económico). En algunos trastornos o problemas emocionales, este factor puede tener más peso que los otros y en consecuencia, se deberán emplear terapias que enfatizen dicho componente, para lograr resultados exitosos, tal como ocurre en la “Activación Conductual”.

Un cuarto y último aspecto es el otorgado a los **factores experienciales**, relacionados con la problemática del consultante, es decir, cómo vivencia su dificultad o problema (malestar, displacer, dolor, sufrimiento). En las terapias de primera y segunda generación, el objetivo es eliminar o evitar ese malestar, llevando a cabo cambios de primer orden o directos. En la Terapia conductual, el malestar se evita extinguiendo la conducta inadecuada. En la Terapia cognitiva, el malestar se evita modificando las cogniciones disfuncionales. En las terapias de tercera generación, se utilizan estrategias de cambio más experimentales (experienciales) con el fin de lograr cambios de segundo o tercer orden, los cuales se consideran más estructurales y duraderos, por cuanto se está atendiendo a la dimensión *emocional o afectiva* de la problemática del consultante.

Lo que se observa en estas terapias de tercera generación es un mayor acercamiento, articulación e integración entre la conducta, la cognición, la percepción, la emoción y el contexto en el cual se presentan los trastornos psicológicos; una ampliación en los objetivos terapéuticos y, una mayor pro-

fundidad en el proceso de la intervención psicoterapéutica. Los clínicos e investigadores continuarán en esta dirección, lo cual redundará en la calidad de los tratamientos y el restablecimiento del bienestar psicológico del ser humano.

Referencias bibliográficas

- ARAYA, C. (2010). *El mayor análisis es detenerse. Mindfulness en lo cotidiano*. Santiago de Chile: MAGO editores. Capítulo VII, pp. 109-112.
- AUTOLESION.COM. Terapia Dialéctica Conductual. México: s.f. Disponible en: <http://www.auto-lesion.com/page.asp?page=dialectica>
- AYUSO, J.L. Y SALVADOR, L. (1992). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana de España. Pg. 550.
- BARRACA, J. (2006). Las Terapias conductuales de tercera generación: ¿Parientes políticos o hermanos carnales? En *eduPsykhé. REVISTA DE PSICOLOGIA Y PSICOPEDAGOGIA*. Vol. 5, No. 2, 145-157. Editorial. Extraído el 17 de abril de 2012.
- BERSTEIN, D. Y NIETZEL, M. (1986). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: MC Graw Hill. Capítulo 10.
- CABALLO, V. (Comp.) (1991) *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- CALDERÓN, J.H. Y AMÉZQUITA, M.E. Editores. (2001). *Elementos básicos para el abordaje de los trastornos mentales*. Manizales: Centro Editorial Universidad de Caldas. Primera edición en convenio con la Dirección Seccional de salud de Caldas y la Gobernación de Calda. Página 417.
- CAMACHO, E.; PÉREZ, RUVALCABA, L.; YAÑEZ, C.; ALSINA, C.& VERA NORIEGA, A.(2007). Realidad virtual y biofeedback. Una alternativa para el manejo del estrés en el trastorno del comportamiento alimentario. En <http://www.wcbct2007.com/downloads/abstractsposters.sat.pdf>
- CARO, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Capítulos 7 y 15.
- CARNWATH, T. Y MILLER, D. (1986). *Psicoterapia conductual en asistencia primaria*. México: Editorial Martínez Roca. Capítulos 3, 6 y 7.
- CASTRO, L. Y ANGEL DE GREIFF, E. (1998). En *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Caballo, V. (dir). Vol.2 Capítulo 1. Formulación Clínica Conductual. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- CENTRO MÉDICO UNIVERSIDAD DE MARYLAND. (2011). En: <http://umm.edu/health/medical/altmed/treatment/biofeedback>
- ELLIS, A. Y ABRAHMS, E. (1980). *Terapia racional emotiva*. México: Editorial Pax-México. Capítulo 11, págs.172 y 175.
- FEIXAS, G. Y BOTELLA, L. (2004). *Integración en psicoterapia: reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista*. En www.apih.es/publicaciones.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1994). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A. Capítulo 2, pág. 70.
- FREEMAN, A. Y REINECKE, M.A. (1995). *Terapia de conducta aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Disclée de Brouwer. Capítulos 2 y 4.
- GARCÍA, L.E. (1989). *El desarrollo de los conceptos psicológicos*. Manizales: Imprenta Departamental. Capítulo 4.

- HEMAN, A. Y OBLITAS, L.A. (2005). *Terapia cognitivo-conductual: teoría y práctica*. Libro electrónico: ISBN, 958-33-7599-3. PSICOM editores. Extraído el 16 de junio de 2005, de documento sobre Novedad Editorial.
<http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/editorial/libtcc/index.htm>
- HIGUERA, J.A. (2013) El proceso de toma de decisiones y de resolución de problemas. En: <http://jcvvalda.wordpress.com/2013/10/17/el-proceso-de-toma-de-decisiones-y-de-resolucion-de-problemas/>
- KIRCHNER, T.; TORRES, M. Y FORNS, M. (1998). *Evaluación Psicológica: modelos y técnicas*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Capítulo 6. Págs. 139-143
- LABRADOR, F.J.; CRUZADO, J.A. Y MUÑOZ, M. (1993). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A. Capítulos 1, 2 y 22.
- LADOUER, R.; BOUCHARD, M.A. Y GRANGER, L. (1981). *Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta*. Madrid: Editorial Debate S.A. Capítulos 6, 7 y 9.
- LUCIANO, M.C. y SONSOLES, M. (2006). *La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, Características y Evidencia*. En Papeles del Psicólogo, mayo-agosto Vol. 27, número 002. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, Madrid, España, pp. 79-91.
- MAHONEY, J. (1983). *Cognición y modificación de conducta*. México: Editorial Trillas. Capítulos 7, 11, y 12.
- MAÑAS, I. (s.f.). Nuevas terapias psicológicas: La nueva ola de las terapias de conducta o terapia de tercera generación. En *Gaceta de Psicología*, No. 40, págs.26-34. Publicado en: www.Thesauro.com/imagenes/39884_11.pdf.
- MÁRQUEZ-GONZÁLES, M. (2010). Nuevas herramientas para la intervención psicológica con personas mayores: la tercera generación de terapias conductuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45, 247-249. En www.elsevier.es/regg.
- MAYO CLINIC. http://www.ehowenespanol.com/terapia-biorretroalimentacion-hechos_340417/.
- NEZU, A.; NEZU, CH. Y LOMBARDO, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Capítulo 2. México: El Manual Moderno S.A. de C.V.
- NIETO, J.; ABAD, M.A.; ESTEBAN, M. Y TEJERINA, M. (2004). *Psicología para las Ciencias de la Salud. Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. Capítulo 14. Pág. 305.
- NÚÑEZ, A.C Y TOBÓN, S. (2005). *Terapia cognitivo-conductual. El modelo procesual de la salud mental como camino para la integración, la investigación y la clínica*. Manizales: editorial Universidad de Manizales. Pág. 37
- PALACIO, J.A. (1990). *Terapia estructural cognitiva. Una concepción sobre los procesos de cambio personal*. Universitat Xaveriana Cali. No. 5 37-61.
- PÉREZ, M. (2007). La activación conductual (AC): un nuevo acercamiento al tratamiento de la depresión. Consejo general de colegios oficiales de psicólogos. Enero, No.31. En: www.cop.es/infocop/vernumeroCOP.asp?id=1444
- REYNOSO E., L. Y SELIGSON N., I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno, S.A. de C.V. pag.

- RIDRUEJO, A. (1996). *Psicología Médica*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España. Capítulo 40.
- RIMM, D. Y MASTERS, J. (1980). *Terapia de la conducta*. México: Editorial Trillas. Capítulos 2, 4, 6, 7, 8, 9 y 10.
- RISO, W. (2006) *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo editorial Norma. Capítulo 1.
- RUIZ, J.J. Y CANO, J.J. (s.f.). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. (versión electrónica, e-book). Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/ESMubeda/libros/Manual/manual.htm>
- RUIZ, J.J. e IMBERNON, J.J. (1996) *Terapia cognitiva de los trastornos psicológicos*. En: <http://www.psicologia-online.com/ESmubedal/Libros/sentirse-Mejor/sentirse2.htm>
- STERN, T.; HERMAN, J. Y SLAVIN, P. (2005). *Psiquiatría en la consulta de atención primaria: guía práctica*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España, S. A. U. 2ª. Edición. Capítulos 9 y 10.
- SOLER, F.; HERRERA, J.P.; BUITRAGO, S. Y BARÓN, L. (2009). *Programa de economía de fichas en el hogar*. Págs. 374 y 375. Disponible en www.usta.edu.co/otras_pag/revistas/diversas/doc_pdf/divesitas_9/vol.5no.2/articulo-12.pdf.
- THORESEN, C. Y MAHONEY, M.J. (1981). *Autocontrol de la conducta*. México: Fondo de cultura económica. Capítulo 1.
- VALERO, L. (2009). La terapia de activación conductual: principios y aplicaciones. III Jornadas del Grupo de Contextos. El análisis de conducta actual. Málaga, España, marzo 2009. En: www.conducta./articulos/congresos/jornadas3/tac_principios%20%20aplicaciones.htm
- VALLEJO, M. (2006). Mindfulness (presencia reflexiva y atenta). *Revista Interenacional de Psicología Clínica y de la salud*, Vol. 14, No. 3. (Versión electrónica). En: <http://www.psicologiaconductual.com/web/numero.asp?ano=2006&volumen=14&numero=3&id>.
- VALLEJO, J.; BULBENA, A.; GONZÁLEZ, A.; GRAU, A.; POCH, J. Y SERRALLONGA, J. (1985). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona (España): Salvat Editores, S.A. Capítulo 38. Sección B, págs. 893, 931 y 932.
- VALLEJO, M. (2010). *Terapia de conducta de tercera generación*. En *Clínica Contemporánea*. Vol. 1, No. 1. Págs. 49-54. www.copmadrid.org/Webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2010v1a6.pdf.
- VALLEJO, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona (España): Editorial Masson, S.A. pag. 749-750
- VARGAS-MENDOZA, J.E. (2006). *Terapia de aceptación y compromiso*. México: asociación caxaqueña de psicología. A.C. disponible. En: <http://www.conductitlan.net/act.ppt>
- VÁSQUEZ, C.; HERVÁS, G. Y HO, S. (2006). *Intervenciones clínicas basadas en la Psicología Positiva: fundamentos y aplicaciones*. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, Vol. 14. <http://www.psicologiaconductual.com>
- WIELKIEWICZ, R.M. (1992). *Manejo conductual en las escuelas*. México: Editorial Limusa, S.A. Capítulos 2 y 3.
- YATES, A.J. (1973). *Terapia del Comportamiento*. México: Editorial Trillas, S.A. Capítulo 1.
- YOUNG, J.E. (1990). *Cognitive Therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarazota, FL (USA): Professional Resource Exchange, Inc. pp 7-11

Diego Zuluaga Mejía



Psicólogo, egresado de la Pontificia Universidad Javeriana, sede Bogotá. Magíster en Educación / Docencia, de la Universidad de Manizales. Estuvo vinculado como profesor de tiempo completo, al departamento de Salud Mental y Comportamiento Humano, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Caldas durante 25 años, desarrollando actividades de docencia, investigación, proyección social y atención clínica. Orientó asignaturas en el programa de Medicina como: Psicología general y del desarrollo, Psicología Médica, Psicopatología, Terapia cognitivo-conductual, Pruebas Psicológicas Clínicas, Psicología de la Salud. Además, se encuentra vinculado desde hace cuarenta años, como profesor del programa de Psicología, de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, de la Universidad de Manizales. Ha orientado asignaturas como pruebas objetivas de personalidad, psicometría, psicopatología y terapia del comportamiento, psicología del aprendizaje, evaluación psicológica, medición y evaluación en psicología clínica. Actualmente se desempeña como profesor catedrático de esta universidad en la asignatura Sistema Psicológico Comportamental – evaluación e intervención- y Coordinador general del Centro de Medición y Evaluación Psicológica –CEMEPSI–.



UNIVERSIDAD DE
MANIZALES

Carrera 9 No. 19-03
Conmutador 887 9680 - Fax: 8841443
www.umanizales.edu.co
Manizales, Colombia

MANUAL PRÁCTICO DE
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL
Centro de Publicaciones, Universidad de Manizales
Julio de 2015

978-958-9314-86-9



9 789589 314869