

M^a Ángeles Ruiz
Marta Isabel Díaz
Arabella Villalobos

Manual de Técnicas de
INTERVENCIÓN
COGNITIVO
CONDUCTUALES

biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales

Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales

M^a ÁNGELES RUIZ FERNÁNDEZ
MARTA ISABEL DÍAZ GARCÍA
ARABELLA VILLALOBOS CRESPO



Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© M^a Ángeles Ruiz Fernández, Marta Isabel Díaz García,
Arabella Villalobos Crespo, 2012

© Desclée De Brouwer, S.A., 2012
Henaio, 6 - 48009 Bilbao
www.edesclée.com
info@edesclée.com

Impresión
RGM, S.A. - Urduliz

ISBN: 978-84-330-2535-7

Depósito Legal: BI-3308-2011

*A Félix Díaz Ríos, uno de los primeros alumnos de la UNED,
gran ejemplo de cómo el esfuerzo, la disciplina y la ilusión pueden
cambiar el propio futuro y el de muchos otros a su alrededor.*

Índice

Acerca de las autoras	19
Prefacio	23
Capítulo 1: Historia de la Terapia Cognitivo Conductual	29
<i>Marta Isabel Díaz, M^a Ángeles Ruiz y Arabella Villalobos</i>	
1. Introducción	32
2. Raíces históricas tempranas de la Terapia de Conducta	34
3. Bases teóricas y metodológicas de la Terapia de Conducta	36
3.1. La reflexología rusa y las leyes del Condicionamiento Clásico	36
3.2. El conexionismo de Thorndike	40
3.3. El conductismo de Watson	42
3.4. El neoconductismo	44
3.5. Skinner y el Condicionamiento Operante	47
3.6. Mapa conceptual de las raíces históricas de la Terapia de Conducta	49
4. Evolución de la Terapia de Conducta	50
4.1. Primera generación: El surgimiento de la Terapia de Conducta	52
4.1.1. <i>El surgimiento en Sudáfrica</i>	53
4.1.2. <i>El surgimiento en Inglaterra</i>	54
4.1.3. <i>El surgimiento en los Estados Unidos de Norteamérica</i>	56
4.1.4. <i>Consideraciones sobre la primera generación de terapeutas de conducta</i>	58
4.1.5. <i>Mapa conceptual de la primera generación</i>	60
4.2. Segunda generación: el papel de los aspectos cognitivos en Terapia de Conducta	60
4.2.1. <i>El aprendizaje social de Bandura</i>	61
4.2.2. <i>El surgimiento de las terapias cognitivas</i>	63
4.2.3. <i>Consideraciones sobre la segunda generación de terapeutas de conducta</i>	68
4.2.4. <i>Mapa conceptual de la segunda generación</i>	69

4.3. Tercera generación: Panorama actual de la Terapia Cognitivo Conductual	69
4.3.1. Estado actual de las Terapias Cognitivas	70
4.3.2. El enfoque contextual.	75
4.3.3. Consideraciones sobre la tercera generación de terapeutas de conducta.	80
4.3.4. Mapa conceptual de la tercera generación.	81
5. Definición de la Terapia Cognitivo Conductual y características actuales	82
6. Conclusiones y consideraciones finales	84
7. Resumen	85
8. Bibliografía recomendada	87
9. Referencias bibliográficas	88

Capítulo 2: El proceso en Terapia de Conducta: la evaluación conductual. 99
Marta Isabel Díaz, M^a Ángeles Ruiz y Arabella Villalobos

1. Introducción	102
2. Fundamentos teóricos: historia y desarrollo de la evaluación conductual	103
3. Definición de evaluación conductual	107
4. Estrategias de evaluación conductual	109
4.1. Entrevistas conductuales.	110
4.2. Observación conductual.	112
4.3. Evaluación cognitivo conductual	112
4.4. Evaluación psicofisiológica.	114
4.5. Aplicabilidad diferencial de los métodos de la evaluación conductual.	116
5. El análisis funcional en la evaluación conductual.	118
5.1. Procedimiento del análisis funcional	120
5.2. Limitaciones del análisis funcional	127
6. Procedimiento y proceso de la evaluación conductual	129
7. Mapa conceptual de evaluación conductual	136
8. Cuestiones sobre fiabilidad y validez en la evaluación conductual	137
9. Direcciones futuras: evaluación basada en la evidencia	139
10. Conclusiones y consideraciones finales.	142
11. Resumen	143
12. Bibliografía recomendada	145
13. Referencias bibliográficas	146

Capítulo 3: Técnicas operantes	153
<i>M^a Ángeles Ruiz, Marta Isabel Díaz y Arabella Villalobos</i>	
1. Introducción	156
2. Fundamentos teóricos	156
3. Técnicas operantes para el incremento y mantenimiento de conductas	158
3.1. Reforzamiento positivo	158
3.2. Reforzamiento negativo	161
3.3. Programas de reforzamiento	161
4. Técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas	163
4.1. Moldeamiento	163
4.2. Encadenamiento	164
4.3. Instigación/Atenuación	168
5. Técnicas operantes para la reducción o eliminación de conductas	168
5.1. Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO)	168
5.2. Extinción	170
5.3. Castigo	172
5.3.1. <i>Castigo Positivo</i>	173
5.3.2. <i>Castigo Negativo</i>	173
5.3.3. <i>Factores que influyen en la efectividad del castigo</i>	175
5.3.4. <i>Efectos colaterales del castigo</i>	178
5.4. Sobrecorrección	179
6. Programas de economía de fichas	180
7. Contratos de contingencias	182
8. Mapa conceptual de técnicas operantes	184
9. Aplicaciones y estudios de resultados	184
10. Resumen	185
11. Bibliografía recomendada	186
12. Referencias bibliográficas	187
Capítulo 4: Terapias y técnicas de exposición	191
<i>Marta Isabel Díaz, M^a Ángeles Ruiz, Arabella Villalobos y Marcela Paz González</i>	
1. Introducción	194
2. Fundamentos teóricos	194
2.1. Primeras teorías conductuales	195
2.2. Habitación	196
2.3. Extinción	198
3. Tipos de exposición	202
3.1. Exposición en vivo	202

3.2. Exposición simbólica	204
3.3. Exposición en grupo	207
4. Factores moduladores de los resultados de la exposición	208
5. Procedimiento de aplicación	213
5.1. Planificación de sesiones de exposición efectivas . .	214
5.2. Minimización de factores que inhiben el éxito del tratamiento de exposición	216
6. Ejemplos de aplicación de las técnicas de exposición . .	218
6.1. Fobia social	219
6.2. Trastornos por angustia y agorafobia	220
6.3. Trastorno de estrés postraumático	223
6.4. Trastorno obsesivo compulsivo	227
7. Mapa conceptual de las técnicas de exposición	229
8. Conclusiones y consideraciones finales	229
9. Resumen	231
10. Bibliografía recomendada	232
11. Referencias bibliográficas	233

Capítulo 5: La Desensibilización sistemática y técnicas de relajación

Marta Isabel Díaz, Arabella Villalobos y M^a Ángeles Ruiz

1. Desensibilización Sistemática: introducción	241
2. Fundamentos teóricos	241
3. Condiciones de aplicación de la Desensibilización Sistemática	243
4. Procedimiento de aplicación	244
4.1. Elección de la respuesta incompatible con la ansiedad	244
4.2. Elaboración de la jerarquía de estímulos	245
4.3. Entrenamiento en imaginación	247
4.4. Proceso de la Desensibilización Sistemática	247
4.5. Variaciones en la aplicación de la Desensibilización Sistemática	250
5. Ámbitos de aplicación y evidencia empírica	251
6. Mapa conceptual de la Desensibilización Sistemática . .	252
7. Técnicas de relajación: introducción	252
8. Fundamentación teórica	253
8.1. Modelos de efectos de la relajación	254
9. Consideraciones generales para aplicar las técnicas de relajación	255
10. Entrenamiento en relajación progresiva	256
10.1. Procedimiento de la relajación progresiva	258
10.2. Indicaciones generales para la práctica de la relajación progresiva	259

10.3. Variaciones del procedimiento: la relajación diferencial y la relajación pasiva	260
11. Entrenamiento en relajación autógena	260
11.1. Procedimiento de la relajación autógena	261
11.2. Indicaciones generales para la práctica del entrenamiento autógeno	263
12. Técnicas de respiración	263
12.1. Mecanismos autorregulatorios de la respiración.	264
12.2. Tipos de respiración.	265
12.3. Procedimiento del entrenamiento en respiración	265
12.4. Indicaciones generales para la práctica del entrenamiento en respiración.	268
13. Principales aplicaciones y efectividad de las técnicas de relajación y respiración	268
14. Problemas asociados a la relajación	269
15. Mapa conceptual de las técnicas de relajación	271
16. Conclusiones y consideraciones finales	271
17. Resumen	272
18. Bibliografía recomendada	273
19. Referencias bibliográficas	274

Capítulo 6: Técnicas de modelado y entrenamiento en

habilidades sociales	277
---------------------------------------	------------

M^a Ángeles Ruiz, Arabella Villalobos y Marta Isabel Díaz

1. Introducción	280
2. Técnicas de Modelado.	280
2.1. Fundamentos teóricos.	280
2.1.1. Marco conceptual	280
2.1.2. Procesos implicados en el aprendizaje observacional.	282
2.2. Funciones del modelado	284
2.3. Factores que influyen en el modelado.	285
2.4. Fases del modelado	286
2.5. Tipos de modelado	288
2.6. Ámbitos de aplicación y estudios de resultados	291
2.7. Mapa conceptual de las técnicas de modelado.	292
3. Entrenamiento en habilidades sociales	292
3.1. Fundamentos teóricos.	292
3.1.1. Modelos de adquisición de las habilidades sociales	293
3.1.2. Modelos explicativos del comportamiento incompetente.	295
3.2. Tipos de habilidades sociales	297

3.3. Proceso de entrenamiento en habilidades sociales .	299
3.3.1. Evaluación y selección de las habilidades sociales	300
3.3.2. Procedimiento de intervención en el entrenamiento en habilidades sociales	303
3.4. Modalidades de aplicación.	308
3.5. Ámbito de aplicación y estudios de resultados	309
3.6. Mapa conceptual del entrenamiento en habilidades sociales	310
4. Resumen	310
5. Bibliografía recomendada	312
6. Referencias bibliográficas	313

Capítulo 7: Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) 317

M^a Ángeles Ruiz, Marta Isabel Díaz y Arabella Villalobos

1. Introducción	320
2. Origen histórico	320
3. Fundamentos teóricos y filosóficos	322
3.1. Los ABCs de la Terapia Racional Emotiva Conductual	322
3.2. Mecanismos cognitivos del malestar.	323
3.3. Tendencias biológicas básicas	326
3.4. Emociones adaptativas y desadaptativas	327
3.5. Ansiedad perturbadora y ansiedad del yo	328
3.6. Filosofía de vida y salud psicológica.	329
3.7. Adquisición y mantenimiento de las alteraciones psicológicas.	331
3.8. Mapa conceptual de la Terapia Racional Emotiva Conductual	333
4. El proceso de la Terapia Racional Emotiva Conductual .	334
4.1. Fases del proceso	334
4.2. Estructura de las sesiones	336
4.3. Estilo terapéutico y relación con el cliente	336
4.3.1. Estilo terapéutico	337
4.3.2. Relación con el cliente.	338
4.4. Principales técnicas de intervención.	340
4.4.1. Técnicas utilizadas en el transcurso de las sesiones	340
4.4.2. Técnicas utilizadas en la realización de trabajo para casa	347
4.4.3. Técnicas que tienden a evitarse en la TREC .	351
5. Aplicaciones, evidencia empírica y estudios de resultados	351
6. Resumen	355

7. Bibliografía recomendada	356
8. Referencias bibliográficas	358
Capítulo 8: Terapia Cognitiva	363
<i>M^a Ángeles Ruiz, Marta Isabel Díaz, Arabella Villalobos y Marcela Paz González</i>	
1. Introducción	364
2. Conceptos teóricos fundamentales	364
2.1. Organización cognitiva	368
2.1.1. <i>Esquemas cognitivos</i>	368
2.1.2. <i>Procesos cognitivos</i>	369
2.1.3. <i>Productos cognitivos</i>	369
2.2. Modelos cognitivos explicativos de distintos trastornos	370
2.2.1. <i>Modelo cognitivo de la depresión</i>	370
2.2.2. <i>Modelo cognitivo de la ansiedad</i>	375
2.2.3. <i>Modelo cognitivo de los trastornos de personalidad</i>	377
2.3. Mapa conceptual de la Terapia Cognitiva	379
3. El proceso de intervención en Terapia Cognitiva	380
3.1. Características del terapeuta y relación con el paciente.	380
3.2. Estructuración del proceso terapéutico	381
3.3. Principales técnicas de intervención.	385
3.3.1. <i>Técnicas conductuales</i>	385
3.3.2. <i>Técnicas emotivas</i>	386
3.3.3. <i>Técnicas cognitivas</i>	387
3.3.4. <i>Técnicas para identificar y modificar esquemas cognitivos y supuestos básicos subyacentes</i>	392
3.3.5. <i>Técnicas para el cambio de creencias nucleares y supuestos básicos</i>	395
3.3.6. <i>Tareas para casa</i>	398
4. Evidencia empírica y estudios de resultados	399
5. Resumen	401
6. Bibliografía recomendada	403
7. Referencias bibliográficas	404
Capítulo 9: Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas	411
<i>M^a Ángeles Ruiz, Marta Isabel Díaz y Arabella Villalobos</i>	
1. Introducción	414
2. Entrenamiento en Autoinstrucciones	414
2.1. <i>Introducción</i>	414

2.2. Fundamentos teóricos del Entrenamiento en Autoinstrucciones	415
2.3. Tipos de auto-instrucciones y función.	417
2.4. Procedimiento de aplicación del Entrenamiento en Autoinstrucciones	417
2.5. Estudios de eficacia del Entrenamiento en Autoinstrucciones	420
2.6. Mapa Conceptual del Entrenamiento en Autoinstrucciones	420
3. Entrenamiento en Inoculación de Estrés	421
3.1. Introducción.	421
3.2. Fundamentos teóricos del Entrenamiento en Inoculación de Estrés	422
3.3. La práctica del Entrenamiento en Inoculación de Estrés	423
3.4. Estudios de eficacia del Entrenamiento en Inoculación de Estrés	432
3.5. Mapa Conceptual del Entrenamiento en Inoculación de Estrés.	435
4. Terapia de Solución de Problemas	435
4.1. Introducción.	435
4.2. Fundamentos teóricos de la Terapia de Solución de Problemas	437
4.3. La práctica de la Terapia de Solución de Problemas	439
4.4. Estudios de eficacia de la Terapia de Solución de Problemas	455
4.5. Mapa conceptual de la Terapia de Solución de Problemas	456
5. Conclusiones y consideraciones finales	457
6. Resumen	457
7. Bibliografía recomendada	459
8. Referencias bibliográficas	460
Capítulo 10: Mindfulness	467
<i>Arabella Villalobos, Marta Isabel Díaz y M^a Ángeles Ruiz</i>	
1. Introducción	470
2. ¿Qué se entiende por mindfulness?	470
3. Origen de mindfulness y fundamentos teóricos.	471
4. Definición de mindfulness.	474
5. Componentes de mindfulness	476
6. Mecanismos de acción	480
7. Aplicaciones de la meditación con mindfulness	488
7.1. Programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR).	488

7.1.1. Estructura del programa MBSR.	488
7.1.2. Técnicas del MBSR	490
7.1.3. Procedimiento del programa MBSR	497
7.1.4. Aplicaciones y resultados del programa MBSR.	498
7.2. Terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión (MBCT)	499
7.2.1. Estructura y procedimiento del programa MBCT	501
7.2.2. Aplicaciones y resultados del programa MBCT	504
8. Mapa conceptual de <i>mindfulness</i>	505
9. Conclusiones y consideraciones finales	505
10. Resumen	506
11. Bibliografía recomendada	507
12. Referencias bibliográficas	508
Capítulo 11: Terapias de tercera generación	513
<i>Arabella Villalobos, Marta Isabel Díaz, M^a Ángeles Ruiz y Marcela Paz González</i>	
1. Introducción	516
2. Fundamentos teóricos y principios básicos	517
2.1. El contextualismo funcional	518
3. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	521
3.1. Marco teórico y conceptual de ACT	523
3.1.1. Teoría de los marcos relacionales	523
3.1.2. Conceptos principales de ACT	527
3.2. Estructura y procedimiento de ACT	528
3.3. Recursos clínicos	532
3.4. Evidencia empírica de ACT	534
4. La Terapia Dialéctica Conductual (TDC)	534
4.1. Fundamentos teóricos	535
4.2. Estructura y procedimiento de intervención de TDC	537
4.3. Recursos clínicos	539
4.3.1. Procedimientos de <i>mindfulness</i> utilizados en TDC	541
4.4. Evidencia empírica de TDC	543
5. Mapa conceptual de las terapias de tercera generación	544
6. Conclusiones y consideraciones finales	545
7. Resumen	546
8. Bibliografía recomendada	548
9. Referencias bibliográficas	549

Capítulo 12: Otras técnicas de intervención en Terapia

Cognitivo Conductual	553
<i>Marta Isabel Díaz, M^a Ángeles Ruiz y Arabella Villalobos</i>	
1. Introducción	554
2. Entrenamiento en reversión de hábitos	554
2.1. Procedimiento de reversión de hábitos	557
2.2. Aplicabilidad y datos de eficacia	559
3. Técnicas de condicionamiento encubierto	559
3.1. Procedimiento de las técnicas de condicionamiento encubierto	560
3.2. Aplicabilidad y datos de eficacia	564
4. Condicionamiento por el método de alarma (pipí-stop) .	565
4.1. Procedimiento del condicionamiento por alarma . .	565
4.2. Aplicabilidad y datos de eficacia	567
5. Técnicas de detención de pensamiento	567
5.1. Procedimiento de la parada de pensamiento	568
5.2. Aplicabilidad y datos de eficacia	570
6. Mapa conceptual de reversión de hábitos, condicionamiento encubierto, pipí-stop y detención de pensamiento.	572
7. Técnica de intención paradójica	572
7.1. Procedimiento de la técnica de intención paradójica	574
7.2. Aplicabilidad y datos de eficacia	576
8. Técnicas de <i>biofeedback</i>	577
8.1. Procedimiento de las técnicas de biofeedback	577
8.2. Aplicabilidad y datos de eficacia	583
9. Técnicas de sugestión e hipnosis en la Terapia Cognitivo Conductual	584
9.1. Procedimiento de la sugestión e hipnosis	586
9.2. Aplicabilidad y datos de eficacia	589
10. Intervenciones para la regulación emocional	590
10.1. Procedimiento del entrenamiento en regulación emocional	592
10.2. Aplicabilidad y datos de eficacia	594
11. Mapa conceptual de intención paradójica, <i>biofeedback</i>, hipnosis y regulación emocional.	595
12. Resumen	595
13. Bibliografía recomendada	597
14. Referencias bibliográficas	598

Acerca de las autoras



M^a Ángeles Ruiz Fernández

Doctora en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Psicología Clínica. Profesora Titular de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos en la UNED. Desde 1987 imparte docencia en materias relacionadas con Técnicas y Terapias Cognitivo-Conductuales tanto en estudios de licenciatura como en grado, master y programas de doctorado. Su actividad investigadora se ha dirigido al estudio de la autorregulación, la naturaleza y el tratamiento de la hipocondría, afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos y con trastornos cardiovasculares y revisión positiva de vida en personas mayores. Desempeña la actividad clínica como terapeuta cognitivo conductual en el ámbito de los trastornos de ansiedad, depresión, problemas de pareja y trastornos de personalidad.



Marta Isabel Díaz García

Doctora en Psicología por la UNED y especialista en Psicología Clínica. Profesora Titular del área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico en la UNED. Desde 1996 imparte docencia en materias de grado y postgrado relacionadas con la psicoterapia general y la intervención cognitivo-conductual. Su actividad investigadora se ha centrado fundamentalmente en temas relacionados con la psicofisiología clínica, el abordaje psicológico del dolor crónico, la fibromialgia y los trastornos somatomorfos. Dirige además en la UNED diversos cursos de formación específica en tratamiento cognitivo conductual en adultos y población infantil y adolescente. Desempeña la actividad clínica como terapeuta cognitivo conductual en el ámbito de los trastornos de ansiedad, depresión, trastornos somatomorfos, trastornos de alimentación y problemas de pareja.



Arabella Villalobos Crespo

Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid. Especialista en Psicología Clínica y profesora colaboradora del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la UNED, donde imparte docencia en las asignaturas de Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Su actividad investigadora se ha centrado fundamentalmente en la elaboración de programas de intervención que permitan mejorar la imagen corporal en trastornos de alimentación. Es profesora del Master de Terapia de Conducta de la UNED desde 1993. Tiene varias publicaciones relacionadas con el ámbito de la psicología clínica entre las que cabe destacar el libro *Habilidades Terapéuticas* escrito en colaboración con M^a Ángeles Ruiz. Desempeña la actividad clínica como terapeuta cognitivo conductual en el ámbito de los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos somatomorfos y trastornos de la imagen corporal.

Prefacio

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ha convertido en las últimas tres décadas en la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos. Este hecho ha generado una ampliación creciente de sus ámbitos de aplicación, y no sólo por su capacidad para resolver problemas, sino por hacerlo, además, de una forma que resulte rentable en términos de coste-beneficio, al tratarse de intervenciones de tiempo limitado, con la posibilidad de llevarse a cabo en grupo y capaces de integrarse con facilidad en ámbitos de tratamiento interdisciplinar. La TCC se muestra, por tanto, con capacidad para atender de la mejor forma las necesidades sociales de intervención, tanto en el ámbito de la salud en general, como en el área educativa, industrial o comunitaria.

Como se verá a lo largo de este manual la Terapia Cognitivo Conductual no cuenta en estos momentos con un entramado de principios teórico-conceptuales y técnicas compartidos de forma generalizada, sino que el término abarca enfoques de tratamiento que pueden resultar dispares, no obstante, independientemente de las diferencias y debates que existen en el seno de esta disciplina, existen una serie de rasgos comunes compartidos por los enfoque integrantes. Aunque esta diversidad ha sido objeto de críticas, realmente puede considerarse un de los elementos más ventajosos, pues la pluralidad que ha generado su evolución ha mostrado una capacidad de adaptación y de generación de herramientas terapéuticas exitosas, sin comparación en el ámbito de la psicoterapia.

La Terapia Cognitivo Conductual aglutina un amplio cuerpo de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica muy heterogéneos, para el tratamiento de los diversos problemas y trastornos psicológicos que pueden afectar al individuo en su interacción con diversos contextos, pero también para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo así su adaptación al entorno y el incremento de la calidad de vida. La diversidad que atiende este conjunto de estrategias terapéuticas permiten el diseño creativo de programas de tratamiento para los problemas más novedosos, resistentes, particulares o con las presentaciones clínicas más complicadas. Es evidente, que la materialización de todo el potencial terapéutico de la Terapia Cognitivo Conductual requiere un profundo conocimiento de sus desarrollos tecnológicos y una amplia experiencia en su aplicación, para lograr establecer qué tipo de terapeuta, con qué tipo de problema y con qué tipo de procedimiento y entrenamiento concreto, puede conseguir determinados resultados terapéuticos.

Al presentar el progreso de la TCC y sus amplias posibilidades de intervención en diversas áreas, se hace también necesario llamar la atención sobre el error que supondría considerar que es momento de sentarse simplemente a disfrutar del éxito. Aunque la distancia recorrida es mucha y los logros alcanzados determinantes,

conocer y reconocer lo que ha supuesto para la psicoterapia el camino recorrido no debe ser razón para ingenuamente desviar la atención de todas las tareas pendientes. Temas como los modelos que subyacen a los tratamientos, sus mecanismos de acción, las relaciones conceptuales entre enfoques, o asuntos como qué tratamientos (no sólo son eficaces), sino cuales son los más eficaces, y no sólo si son los más eficaces, sino con qué trastornos y pacientes son los más eficaces, son cuestiones pendientes, relevantes, complejas y difíciles de abordar; cuestiones que requieren reflexión teórica, depuración metodológica y secuencias de investigación en muchos casos costosas en términos económicos y temporales. Y todo esto, sin dejar de lado otros temas que empiezan a ser pujantes en la actualidad, como es el caso la diseminación de los tratamientos con apoyo empírico, su *transportabilidad* intercultural o la especificidad de los resultados en función de la edad.

Este manual pretende transmitir al lector el estado actual de la Terapia Cognitivo Conductual, reconociendo y valorando todo lo logrado, pero también reflexionando en cada capítulo sobre sus quehaceres pendientes. La extensión de este manual y sus objetivos didácticos no permiten recoger todas las técnicas, procedimientos o terapias pertenecientes a la Terapia Cognitivo Conductual de forma detallada. De esta forma, se ha optado por presentar el núcleo técnico fundamental de la TCC, primando el análisis detallado de la fundamentación conceptual y teórica de las técnicas y terapias expuestas, así como la descripción sistemática de sus procedimientos.

Los dos primeros capítulos del manual son básicos para entender las terapias y técnicas expuestas en el resto, pues aportan, el primero el entramado conceptual, y el segundo el armazón pragmático para acercarse al proceso general de la TCC. El capítulo 1 presenta una revisión de la historia de la Terapia Cognitivo Conductual, haciendo referencia a su evolución conceptual y epistemológica, y presentando los autores más relevantes en el surgimiento y desarrollo de esta disciplina. A lo largo del tema se señalan los hechos más significativos de su historia y se reflexiona sobre el papel que han tenido en el panorama general de la TCC. El capítulo 2 está dedicado a la Evaluación Conductual, el proceso de evaluación fundamental que articula toda la intervención cognitivo conductual. Se presta aquí especial atención a su elemento nuclear, al análisis funcional, proceso que es imprescindible para entender tanto la conceptualización, como la puesta en marcha de la mayor parte de los acercamientos terapéuticos específicos en TCC.

El resto de los capítulos recogen las terapias y técnicas más significativas pertenecientes a las distintas *generaciones* descritas en la evolución de la TCC. De esta forma el capítulo 3 dedicado a las Técnicas Operantes, el 4 dedicado a las Técnicas de Exposición y el 5 dedicado a la Desensibilización Sistemática y Relajación describen los que constituyen los procedimientos terapéuticos más relevantes procedentes de la *primera generación* de la Terapia de Conducta (TC). Por su parte, la

segunda generación de la TC está representada por las Técnicas de Modelado y Habilidades Sociales (capítulo 6), la Terapia Racional Emotiva de Ellis (capítulo 7), la Terapia Cognitiva de Beck (capítulo 8) y las Técnicas de Afrontamiento y Solución de Problemas que recogen concretamente el Entrenamiento en auto-instrucciones, el Entrenamiento en Inoculación de Estrés y la Terapia de Solución de Problemas (capítulo 9). Los desarrollos terapéuticos pertenecientes a la *tercera generación* de la Terapia de Conducta vienen presentados en capítulo 10 dedicado a los procedimientos de meditación por atención o conciencia plena conocidos como *Mindfulness*, y en capítulo 11 dedicado a la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y a la Terapia Dialéctica Conductual. El último capítulo (12) recoge de forma resumida distintas técnicas y procedimientos de utilización más específica (e.g. *biofeedback* o entrenamiento en regulación emocional) o especialmente útiles en situaciones terapéuticas difíciles (e.g. intención paradójica).

Para finalizar, parece conveniente también realizar algunas consideraciones sobre el uso de los términos Terapia de Conducta, Modificación de Conducta, y Terapia Cognitivo-Conductual que se irá haciendo a lo largo del texto. Aunque es frecuente utilizar los términos indistintamente, conviene puntualizar que cada uno de ellos ha contado históricamente con acepciones diferentes, y que en la actualidad pueden mantenerse connotaciones de las que, a veces, no resulte fácil desprenderse. Inicialmente la denominación Modificación de Conducta se utilizó para aludir a las intervenciones basadas en el condicionamiento operante y el de Terapia de Conducta para hacer referencia a aquellas centradas en el condicionamiento clásico, sin embargo, esta distinción no es acertada, pues el propio Skinner fue uno de los primeros en utilizar el término Terapia de Conducta para referirse a la aplicación del modelo de condicionamiento operante a pacientes psicóticos. Dada la variedad de enfoques, técnicas, procedimientos y terapias que se agrupan bajo estos dos títulos, no sería posible adscribir cada uno de ellos a un determinado modelo teórico, de esta forma, estos términos dejaron hace tiempo de ser indicadores del modelo de aprendizaje que servía de base a sus estrategias de intervención, no obstante, quizá las connotaciones operantes del término Modificación de Conducta persisten en cierta forma todavía en la actualidad.

Otra diferencia entre los términos Terapia de Conducta y Modificación de Conducta se hizo teniendo en cuenta sus ámbitos de intervención, así el término Terapia de Conducta se ha utilizado más en el contexto clínico, aquel referido a los trastornos psicopatológicos y de la salud, y se reservó la denominación de Modificación de Conducta para intervenciones en ámbitos tan diversos (y apartados de la clínica) como el laboral, el educativo, el deportivo, el comunitario, etc. Sin embargo, y a pesar de que las dos denominaciones comentadas mantienen su utilización en la actualidad, quizá el término que goza de mayor presencia en nuestros días es el tér-

mino Terapia Cognitivo Conductual. Esta designación pretende reflejar explícitamente la presencia y relevancia de los aportes de la orientación cognitiva a la Terapia de Conducta de la *primera generación* fundamentada en las teorías del aprendizaje. Aportes que, si bien según algunos autores podrían tener simplemente cabida en el término Terapia de Conducta, también pueden considerarse merecedores de una referencia terminológica explícita, tanto por su procedencia, un tanto al margen del origen y primer desarrollo de la Terapia de Conducta, como por su proceder, basado principalmente en procedimientos y estrategias no derivadas directamente de los paradigmas de aprendizaje clásico. No obstante, a pesar de las matizaciones y diferencias señaladas lo cierto es que los términos Terapia de Conducta y Terapia Cognitivo Conductual se intercambian frecuentemente en la literatura. De esta forma, aunque a lo largo del texto se ha tratado de reservar el término Terapia de Conducta para aludir fundamentalmente a la orientación terapéutica surgida inicialmente a partir de la aplicación clínica de los paradigmas de condicionamiento y a los acercamientos más estrictamente conductuales, y el término Terapia Cognitivo Conductual para hacer referencia al producto surgido de la evolución teórica y práctica de la Terapia de Conducta a lo largo de su existencia (fundamentalmente a partir de la segunda generación de terapeutas de conducta), lo cierto es que ambas acepciones a lo largo del manual pueden considerarse equivalentes.

*Las autoras
Madrid, 20 de septiembre de 2011*

Historia de la Terapia Cognitivo Conductual

Marta Isabel Díaz, M^a Ángeles Ruiz y Arabella Villalobos

1. Introducción

2. Raíces históricas tempranas de la Terapia de Conducta

3. Bases teóricas y metodológicas de la Terapia de Conducta

- 3.1. *La reflexología rusa y las leyes del Condicionamiento Clásico*
- 3.2. *El conexionismo de Thorndike*
- 3.3. *El conductismo de Watson*
- 3.4. *El neoconductismo*
- 3.5. *Skinner y el Condicionamiento Operante*
- 3.6. *Mapa conceptual de las raíces históricas de la Terapia de Conducta*

4. Evolución de la Terapia de Conducta

- 4.1. *Primera generación: el surgimiento de la Terapia de Conducta*
 - 4.1.1. *El surgimiento en Sudáfrica*
 - 4.1.2. *El surgimiento en Inglaterra*
 - 4.1.3. *El surgimiento en los Estados Unidos de norteamérica*
 - 4.1.4. *Consideraciones sobre la primera generación de terapeutas de conducta*
 - 4.1.5. *Mapa conceptual de la primera generación*
- 4.2. *Segunda generación: el papel de los aspectos cognitivos en Terapia de Conducta*
 - 4.2.1. *El Aprendizaje Social de Bandura*
 - 4.2.2. *El surgimiento de las terapias cognitivas*
 - 4.2.3. *Consideraciones sobre la segunda generación de terapeutas de conducta*
 - 4.2.4. *Mapa conceptual de la segunda generación*
- 4.3. *Tercera generación: panorama actual de la Terapia Cognitivo Conductual*
 - 4.3.1. *Estado actual de la terapia cognitiva*
 - 4.3.2. *El enfoque contextual*
 - 4.3.3. *Consideraciones sobre la tercera generación de terapeutas de conducta*
 - 4.3.4. *Mapa conceptual de la tercera generación*

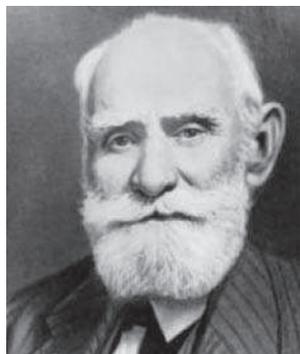
5. Definición de Terapia Cognitivo Conductual y características actuales

6. Conclusiones y consideraciones finales

7. Resumen

8. Bibliografía recomendada

9. Referencias bibliográficas



Iván Petróvich Pavlov (1849-1936). Fisiólogo ruso, alumno de Bechterev. Tras terminar el doctorado en 1883, amplió sus estudios en Alemania, donde se especializó en fisiología intestinal y en el funcionamiento del sistema circulatorio. En la siguiente década su trabajo estuvo centrado en la investigación del aparato digestivo y el estudio de las secreciones gástricas. Esta investigación le hizo merecedor del premio Nobel de Medicina en 1904. Entre sus principales aportaciones a la psicología se encuentra la formulación de la *ley del reflejo condicional*, que por un error en la traducción de su obra al inglés fue llamada *ley del reflejo condicionado*. Su influencia en los autores conductistas posteriores, como Watson, fue determinante para la aparición de la Terapia de Conducta.

http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1904/pavlov.html



John Broadus Watson (1878-1958). Ha sido uno de los psicólogos americanos más importantes del siglo XX. Fundador de la Escuela Conductista, su convencimiento de que los contenidos de la mente y la conciencia no podían someterse a ningún análisis objetivo le llevó a proclamar la conducta manifiesta como el objeto único de estudio de la psicología. Sus postulados se dan a conocer con la publicación en 1913 de su emblemático manifiesto *La Psicología tal como la ve el Conductista*. En 1914 publicó *El conductismo: Una introducción a la psicología comparativa*, donde postulaba la observación directa como único procedimiento de identificación de conexiones entre la conducta y la fisiología subyacente. Es conocido también por su controvertido experimento con el pequeño Albert realizado junto a Rosalie Rayner, su asistente personal.

Palabras clave

- Reflexología
- Conductismo
- Aprendizaje vicario
- Modelos cognitivos
- Constructivismo
- Condicionamiento clásico
- Condicionamiento operante
- Aprendizaje social
- Modelos contextuales

Objetivos

Este capítulo ha sido escrito con el objetivo de que el lector o lectora...

- Conozca los antecedentes históricos y desarrollos científicos que llevaron a sentar las bases del surgimiento de la Terapia de Conducta.
- Conozca los autores y los paradigmas de aprendizaje básico que originaron la Terapia de Conducta y que han constituido las piedras angulares de la Terapia Cognitivo Conductual actual.
- Conozca la evolución de la Terapia Cognitivo-Conductual en términos de generaciones, comprendiendo el porqué de los cambios que implica cada generación y su papel en el contexto general de la Terapia Cognitivo Conductual.
- Conozca con detalle el entramado teórico-empírico de cada una de las orientaciones existentes en la TCC actual, de tal forma que le permita comprender la fundamentación teórica y el procedimiento de las técnicas y terapias cognitivo-conductuales que se presentan posteriormente a lo largo de los capítulos de este manual.

1. Introducción

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001). Desde los momentos iniciales, hace ya cinco décadas, en que la Terapia de Conducta se adhería fuertemente a los principios y teorías del aprendizaje, una larga y compleja evolución se ha dado en esta disciplina, habiéndose ampliado su sustentación teórica más allá de las teorías del condicionamiento, para pasar a considerar en la explicación del comportamiento humano factores y modelos procedentes de otros ámbitos de la psicología (e.g. psicología evolutiva, social, cognitiva, etc.).

La Terapia de Conducta (TC) hace su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose especialmente frente al modelo psicoanalítico. La TC parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje. De esta forma, en lugar de indagar acerca de posibles conflictos y estructuras subyacentes, los terapeutas de conducta empezaron a centrarse en la conducta observable y el ambiente en el que se produce. Desarrollaron para este análisis el proceso de evaluación conductual, alternativa también radical a los sistemas diagnósticos tradicionales, y concibieron la terapia como una empresa empírica y fundamentada en la metodología experimental propia de la investigación científica.

Estos principios convirtieron a la TC en una orientación psicoterapéutica revolucionaria, cuya contribución al desarrollo de la psicoterapia científica, apartada de su anterior carácter artístico, ha sido determinante. No obstante, los avatares e inconvenientes han sido muchos a lo largo de su existencia, por ejemplo, la ausencia (aún a día de hoy) de una teoría unificada del aprendizaje, las controversias sobre el papel de las variables cognitivas, así como su naturaleza y medida, el pragmatismo clínico apartado del debate teórico, o el surgimiento de paradigmas epistemológicos cuestionadores de los modelos racionalistas subyacentes a algunas de las orientaciones más influyentes, son algunas de las circunstancias y motivos que han sido y son responsables del proceso de transformación de la TC en lo que es en la actualidad.

El producto final de esta evolución es una especialidad difícil de definir conceptualmente, que está unificada en cuanto al objetivo (la detección y cambio de conductas, pensamientos y respuestas emocionales desadaptadas), pero que difiere en el énfasis teórico que las distintas aproximaciones cognitivo conductuales asignan al condicionamiento clásico y al operante, a la mediación de factores cognitivos, y al papel de variables biológicas. Las diferencias actuales entre los distintos acercamientos considerados cognitivo conductuales son incluso epistemológicas, al aco-

ger concepciones sustancialmente diferentes de la realidad y la psicopatología. Estas diferencias teóricas y epistemológicas se plasman necesariamente en las formas de intervención, desde las más estrictamente conductuales a las estrictamente cognitivas constructivistas. Sin embargo, todas ellas han crecido y se han desarrollado conviviendo de forma muy cercana, algunas desde los primeros días del conductismo radical, enriqueciendo su práctica y sus modelos con la incorporación de principios y métodos de cada una de ellas.

Alguno de sus representantes más acreditados ha argumentado que la TCC debe considerarse como un conjunto de técnicas eficaces, sin obedecer a ningún modelo terapéutico. Desde un punto de vista fenomenológico, podemos señalar cuatro rasgos obvios de la TCC en la actualidad:

- Primero. La TCC es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado a lo largo de tanto tiempo que se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, los individuos no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y consideran que tienen poco o ningún control sobre ellos. La TCC considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos.
- Segundo. Al tratarse de un ámbito de mejora de la salud, la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo. Aunque en la última época ha crecido el interés por los enfoques transdiagnósticos hacia la psicopatología y el tratamiento, la naturaleza orientada hacia problemas específicos de la TCC ha facilitado su caracterización como una terapia de tiempo limitado.
- Tercero. La TCC tiene en general una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. La mayor parte de los procedimientos cuentan con módulos educativos, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento.
- Cuarto. La TCC posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos. Estas características son herederas de la adopción del conductismo metodológico como principal eje vertebrador de la TCC, y probablemente la seña de identidad más genuina de la TCC actual.

A lo largo del capítulo se irán detallando los aspectos que se han apuntado en esta breve definición-caracterización de la Terapia Cognitivo Conductual. A través

del análisis y exposición de su evolución histórica en los epígrafes subsiguientes se pretende, por un lado, dar una visión de los hitos históricos y desarrollos teóricos y prácticos que han llevado a la TCC a ser lo que es en la actualidad: la orientación psicoterapéutica más eficaz, influyente y extendida, por otro, se trata de componer el marco de referencia para el entendimiento y utilización de los procedimientos, técnicas y programas de intervención que se exponen en los posteriores capítulos de este libro.

2. Raíces históricas tempranas de la Terapia de Conducta

Los intentos por ayudar a la personas a solucionar problemas conductuales mediante maniobras semejantes a las utilizadas por la TCC tienen una larga historia. Ya Plinio el Viejo, durante el primer siglo de la existencia de Roma, trataba de curar a aquellos que abusaban del alcohol colocando arañas muertas en descomposición en los vasos dónde bebían. Esta técnica en la actualidad es denominada *condicionamiento aversivo*. En el siglo XVIII el “niño salvaje de Aveyron” fue enseñado a hablar con maniobras y técnicas que actualmente con conocidas como *modelado*, *instigación*, *refuerzo positivo*, *retirada de reforzadores*, etc. En el siglo XIX, el equivalente actual a un guardián de prisiones, Alexander Maconchi, usaba lo que conocemos hoy como economía de fichas, con el objetivo de conseguir que los internos del *Royal British Penal* obedecieran las reglas del penal. En el mismo siglo, un médico francés trató los pensamientos obsesivos con técnicas parecidas a lo que conocemos hoy como *parada del pensamiento*, o *inhibición recíproca*. No obstante, como orientación específica de intervención en salud, la TCC aparece en la década de los 50 del siglo pasado, siendo aún una disciplina joven.

Como no podía ser de otra forma, la historia de la TCC está inextricablemente interconectada con la historia de la psicología. La psicología como disciplina científica surgió como parte de la revolución de un grupo de filósofos europeos con una mentalidad científica, cuando éstos abandonaron la filosofía y comenzaron la psicología como la ciencia de estructura de la mente y la conciencia. El objetivo fue hacer de la psicología una ciencia pura natural, en igualdad de condiciones a otras ciencias, utilizando como técnica principal de investigación de la mente la *introspección* personal estructurada. De su foco de investigación procede el nombre de la escuela de psicología que fundaron: el *estructuralismo*. Ellos fueron los primeros psicólogos experimentales, sin que en aquellos momentos surgiera ningún interés terapéutico de sus investigaciones.

Wihem Wundt comenzó el estructuralismo psicológico en Alemania y Titchener, después de su entrenamiento junto a Wundt, llevó el estructuralismo a EEUU en el siglo XIX. Sin embargo, la observación pasiva y estructurada de la mente mediante la

introspección se mostró bastante improductiva. Pronto la atención de los psicólogos se dirigió hacia las ciencias naturales, quienes a diferencia de la psicología contaban con constructos concretos y objetivamente observables. Estos constructos podían ser manipulados y ofrecían resultados predecibles y contrastables. El progresivo interés en una investigación de carácter más objetivo y experimental, tomando como modelo la investigación en física o zoología, llevó a una especie de revolución en la psicología americana en los primeros años del siglo XX. El principal resultado de esta revolución fue el surgimiento de tres nuevas escuelas en EEUU: la *escuela de la Gestalt*, el *conductismo* y el *funcionalismo*, cada una de las cuales contaba con dos objetivos: 1) eliminar a las otras escuelas haciendo de la suya sinónimo de psicología americana, y 2) conseguir aportar a la psicología americana una base científica firme al mismo nivel que las ciencias naturales.

En aquellos años el interés en los problemas de conducta era prácticamente inexistente, probablemente porque en aquellos momentos el concepto de salud mental era limitado y precario. Las personas se pensaba que podían pertenecer sólo a cuatro categorías: 1) gente normal, la que se encuentra en contextos cotidianos, 2) gente insana o loca, la internada en los manicomios, 3) criminales, los internos de las prisiones, y 4) gente enferma, los que visitaban al médico. De esta forma, no existía, ni remotamente, necesidad reconocida de desarrollar un área de intervención dedicado a los problemas comportamentales.

De las tres escuelas surgidas a principios del siglo XX, el funcionalismo fue la que contó con mejor organización. Sus seguidores decidieron cambiar el foco de interés de su investigación de observar pasivamente mediante la *introspección* la estructura subjetiva de una mente pasiva, a observar los contenidos de una mente activa abordando tareas cotidianas. Este interés podría haber derivado posteriormente en interés psicoterapéutico, sin embargo no fue así, probablemente debido a la agresiva y rígida postura que el conductismo tomó en relación con las otras dos escuelas.

La escuela conductista estaba directamente influida por el positivismo lógico del Círculo de Viena, un grupo de filósofos que argumentaba y defendía la necesidad de traducir el conocimiento del mundo a observaciones físicas. Consideraban cualquier otra cosa pura especulación. El conocimiento según el positivismo lógico debía fundamentarse en la observación y debía verificarse a través de ella. Estos principios fueron recogidos y aplicados directamente a la psicología por el conductismo. El representante más carismático y emblemático del Conductismo es John B. Watson, quién trató de convertir el condicionamiento *pavloviano* en la base de la psicología conductual. El impacto de los desarrollos y fundamentos teóricos de esta escuela fueron determinantes para el surgimiento y desarrollo ulterior de la TC. El desarrollo del conductismo y sus implicaciones para la TC se abordan de forma más detallada en un epígrafe posterior

3. Bases teóricas y metodológicas de la Terapia de Conducta

La fundación, logros y proliferación de la Terapia de Conducta han sido ampliamente alimentados por la fundamentación de este movimiento psicoterapéutico en los principios y teorías conductuales (Plaud, 2003). Entre ellos, las aportaciones de la investigación sobre aprendizaje de principios del siglo XX son consideradas los cimientos básicos que permitieron el anclaje posterior de la estructura de la TCC, y siguen siendo a día de hoy elementos esenciales en muchos acercamientos terapéuticos cognitivo conductuales.

Los fundamentos teóricos conductuales que sirvieron de base para el desarrollo de la TCC fueron: a) la reflexología y las leyes del condicionamiento clásico, b) el conexionismo de Thorndike, c) el conductismo de Watson y los posteriores desarrollos neoconductistas de Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman, y, por último, d) la contribución de Skinner y el análisis experimental de la conducta.

3.1. *La reflexología rusa y las leyes del Condicionamiento Clásico*

Los trabajos de los fisiólogos rusos de comienzos de siglo supusieron una contribución esencial para el desarrollo del conductismo y de la Terapia de Conducta. Estos fisiólogos aplicaron la metodología objetiva de su disciplina al estudio de cuestiones psicológicas, estableciendo interpretaciones estrictamente mecanicistas, tanto de los procesos subjetivos como de la conducta manifiesta. De hecho, el objetivo inicial de estos investigadores era la neurofisiología, sin embargo, como consecuencia de sus propios resultados experimentales fueron trasladando su ámbito de interés a temas considerados objeto de la psicología. Con su trabajo otorgaron una mayor relevancia al aprendizaje en la explicación de la conducta, señalando la importancia del ambiente como fuente de conductas.

El interés inicial de Sechenov (1829-1905) por combinar neurofisiología y psicología surgió a partir de los resultados de su trabajo sobre los reflejos. Este autor señaló que toda actividad psíquica está determinada por los mecanismos reflejos y la estimulación ambiental, siendo precursor de las posturas conductistas posteriores. Sechenov consideraba que la psicología era una ciencia imprecisa y subjetiva, donde se hacía obligado el uso de una metodología experimental. Siendo así, él tomó la metodología de la fisiología, eligiendo como objeto básico de estudio: los reflejos. Para Sechenov los reflejos suponían el punto de unión entre neurofisiología y psicología. Así, la conducta, voluntaria o involuntaria, puede explicarse mediante reflejos, produciéndose éstos en respuesta a una estimulación ambiental concreta, incluyendo pensamientos, imágenes, o recuerdos. Según Sechenov, los reflejos complejos característicos del ser humano se desarrollaban por medio del aprendizaje (e.g.

por la asociación de estímulos con movimientos musculares, cuya repetición les hace convertirse en actos habituales e involuntarios). Este trabajo influyó notablemente en sus conocidos discípulos: Pavlov y Bechterev.

Ivan P. Pavlov (1849-1936) ha sido una figura clave en el desarrollo de las teorías del aprendizaje. Particularmente la TC se asentó sólidamente sobre la metodología experimental de la que fue pionero Pavlov. El principal interés de Pavlov al estudiar los reflejos era comprender la actividad cerebral y, así, la conducta. Este interés le llevaría a investigar de forma específica los procesos de los reflejos condicionados como la extinción, generalización, recuperación espontánea, la inhibición, el bloqueo o la discriminación.

El condicionamiento clásico o respondiente, su gran aportación a la psicología en general y la TC en particular, fue descubierto por azar a finales del siglo XIX. El procedimiento típico para producir un condicionamiento clásico implica la presentación de un estímulo neutro (EN) junto a un estímulo con cierto significado (el estímulo incondicionado). Se considera un estímulo neutro aquel que no produce ninguna respuesta sobre el organismo que se está investigando. Estímulos neutros usualmente utilizados para el condicionamiento son una luz o el sonido de una campana o un timbre. Para asegurarse de que el estímulo es realmente neutro, éste se presenta repetidamente hasta que es consistentemente ignorado. De forma inversa, el estímulo incondicionado (EI) produce una respuesta innata, refleja, que Pavlov denominó respuesta incondicionada (RI). Si el estímulo neutro se presenta junto a EI, el estímulo neutro adquirirá las propiedades del EI transformándose en un estímulo condicionado (EC). Pavlov usó el término *condicional* para enfatizar que el aprendizaje de este tipo requería una relación condicional o dependiente entre el EI y el EC. Si el EC y el EI siempre se presentan asociados y nunca aislados, se produce una relación perfectamente *condicional* o dependiente que lleva a que el organismo produzca una respuesta al EC, esta respuesta fue denominada respuesta condicionada (RC). Pavlov utilizó el término *condicional* (no el término *condicionado*) para referirse a los productos del condicionamiento (EC y RC), no obstante, debido a errores en las primeras traducciones de los trabajos de Pavlov al inglés el término *condicionado* se usa de forma generalizada (Plaud, 2003).

El experimento clásico de Pavlov (1927) consistió en hacer sonar una campana (EN) uno o dos segundos antes de dar comida (EI) a un perro hambriento, o de dar una descarga eléctrica (EI) a un perro saciado. Después de varios emparejamientos entre ambos estímulos, el perro hambriento salivaba (RC) y el perro saciado salía corriendo al escuchar la campana (RC). Esta respuesta indicaba que se había producido el condicionamiento clásico de la respuesta incondicionada que se emite ante el estímulo incondicionado, pasando a emitirse ahora una respuesta condicionada ante el estímulo neutro, que se ha transformado así en estímulo condicionado.

Aunque los descubrimientos de Pavlov y sus estudiantes sobre el condicionamiento clásico tardaron casi 50 años en reconocerse formalmente y explícitamente en la TC, realmente a principios del siglo XX la investigación de Pavlov estaba dando lugar al desarrollo del primer tratamiento conductual para la ansiedad. En 1912 una de sus estudiantes Eroféeva publicó un experimento sobre psicopatología utilizando las ideas de Pavlov. Eroféeva aplicó un shock eléctrico suave a la piel de un perro justo antes de darle comida, encontrando que la aplicación posterior del estímulo aversivo condicionado para la comida en cualquier parte del cuerpo del animal (que hubiese sido estimulada en las fases de emparejamiento), no producía conductas defensivas, sino que habían sido eliminadas o sustituidas por una respuesta condicionada de salivación. Este efecto fue denominado *contracondicionamiento*. Se demostró así como los métodos de condicionamiento podían neutralizar los efectos de una estimulación aversiva cuando eran emparejados con una respuesta apetitiva.

Por otra parte, su discípula Shenger-Krestovnikova llevó a cabo un estudio conocido como inducción de *neurosis experimentales*. El estudio de Shenger-Krestovnikova (1921) consistió en un entrenamiento en discriminación perceptiva que producía una respuesta excitatoria de salivación en respuesta a un estímulo condicionado circular, y condicionamiento inhibitorio frente a una elipse. Cuando la elipse se hacía progresivamente más circular el animal mostraba grandes dificultades para la discriminación entre el estímulo excitatorio e inhibitorio. Después de tres semanas de entrenamiento, el perro era incapaz de responder correctamente a la tarea, e incluso a estímulos que eran claramente un círculo o una elipse, mostrando además signos claros de excitación. Aunque Pavlov se interesó por este fenómeno, al que denominó *neurosis inducida experimentalmente*, su interés se reducía a las hipótesis neurales. Fueron los terapeutas de conducta años más tarde quienes prestaron atención a su metodología de condicionamiento y contracondicionamiento (Wolpe, 1958).

La importancia de estos estudios resulta obvia, no sólo se demostró que el condicionamiento experimental podía producir respuestas neuróticas, sino que además la aplicación sistemática del contracondicionamiento podía eliminarlas. Surgió así el primer paradigma experimental para el estudio de las respuestas de ansiedad. De hecho, la relevancia que Wolpe dio al condicionamiento *pavloviano*, integrando además algunos principios de Hull, llevaron directamente al primer tratamiento empíricamente validado de la TC: la *Desensibilización Sistemática* (Wolpe, 1958).

El interés de la obra de Pavlov para la TC no se restringe únicamente a los principios de condicionamiento clásico. Su estudio de las bases neurales del condicionamiento ha tenido un impacto directo en los terapeutas de conducta interesados en la personalidad. Pavlov estuvo muy interesado en el estudio de los factores implicados en la personalidad ansiosa, identificando que los perros de sus estudios mostraban

muy diferentes personalidades en términos de agresividad, timidez, sociabilidad, etc. y teorizó sobre los posibles paralelismos en el ser humano. Según Pavlov los sistemas nerviosos difieren en sus niveles de excitación e inhibición, proponiendo que la combinación de estos dos factores, que varían en función de dimensiones psicofisiológicas, determina los tipos de personalidad. La teoría de Pavlov sobre los tipos de personalidad es incorporada posteriormente por Eysenck (1967), uno de los fundadores de la TC, dando lugar a un modelo de umbrales en neuroticismo que establece que los factores genéticos predisponen a los individuos a reaccionar de diversas maneras frente al entorno estimular (Eysenck, 1967; 1987a).

El impacto de la obra de Pavlov en la psicología y en el estudio de la conducta ha sido y sigue siendo esencial. Es claro que la conceptualización y el tratamiento en psicopatología (especialmente en el ámbito de los trastornos de ansiedad) deben mucho a la sistemática investigación de Pavlov. El condicionamiento clásico se ha visto como el proceso de aprendizaje subyacente a un vasto número de fenómenos. La mayor parte de los organismos capaces de beneficiarse de la experiencia son susceptibles de condicionamiento clásico. Además este paradigma se aplica a una gran diversidad de situaciones de aprendizaje, desde simples asociaciones, a situaciones de percepción o el establecimiento de juicios causales. Los desarrollos posteriores del condicionamiento clásico han mostrado que sus principios resultan básicos para muchos modelos de aprendizaje que han sido exitosamente aplicados a procesos complejos. Además, han probado ser esenciales en muchos problemas clínicos, algo que ya Pavlov intuía.

Kazdin (1991) resume entre las principales aportaciones de Pavlov: a) la investigación objetiva de los reflejos condicionados (partiendo del punto de vista de un fisiólogo), b) la defensa del objetivismo en la investigación, c) la demostración de la importancia del aprendizaje en la explicación de la conducta animal y d) el proporcionar un modelo metodológico a seguir y un modelo de investigación de la conducta humana. No obstante, también pueden señalarse algunas limitaciones de su teoría del condicionamiento: 1) el haber ignorado otras respuestas autonómicas a excepción de la salivación y el miedo, 2) el no poder explicar empíricamente el escape activo o pasivo, la conducta de evitación o los resultados conductuales del castigo, y 3) el hecho de que los aspectos técnicos del condicionamiento clásico resultasen bastante más complejos que la teoría del aprendizaje competitiva, es decir, la teoría del refuerzo de Thorndike. De hecho, probablemente debido a la enérgica defensa y difusión que hizo Watson del condicionamiento clásico como mecanismo explicativo del comportamiento, éste se convirtió en uno de los principales focos de atención de los conductistas.

A pesar de la importancia posterior de Pavlov, fue Vladimir M. Bechterev (1857-1927) el autor con mayor repercusión e influencia en los autores occidentales de la

época. Betcherev tomó de Sechenov los métodos de la fisiología para el estudio de los reflejos, pero a diferencia de Pavlov, que se ocupó de respuestas glandulares, este autor trabajó con respuestas motoras y estímulos aversivos, y dio a la reflexología una interpretación más psicológica y funcional. En sus investigaciones halló también los *reflejos condicionados* de Pavlov, denominándolos reflejos asociativos, e investigó los procesos asociados a su desarrollo. Para Bechterev los reflejos constituían la unidad fundamental en el análisis de la conducta, lo que le llevó a acuñar el término **reflexología** para identificar una disciplina independiente, distinta del estudio fisiológico de los reflejos. Esta disciplina vendría a sustituir a la psicología, y tendría por objeto el estudio experimental de las correlaciones entre el ser humano y el ambiente a través de sus manifestaciones observables (e.g. expresión facial, gestos, contenido y forma del habla, conducta, etc.). Además, Bechterev trató de extender los principios de la reflexología a diversos trastornos psicopatológicos, mostrando así la dimensión aplicada a su trabajo.

En resumen, la reflexología aportó una serie de investigaciones que, si bien no tenían un interés terapéutico, sí pueden considerarse en toda regla aplicaciones clínicas precursoras de la Terapia de Conducta. La relevancia de este tipo de estudios tiene que ver con la importancia otorgada al aprendizaje en la adquisición de respuestas emocionales, así como con la posibilidad de utilizar una metodología experimental para intervenir sobre dichas respuestas, promoviendo directamente el interés por el desarrollo de las técnicas terapéuticas.

3.2. El conexionismo de Thorndike

Thorndike (1874-1949) ha sido el conductista no-pavloviano americano más influyente durante las tres primeras décadas del siglo XX. No obstante, Thorndike no suele ser identificado como conductista, y fue criticado por Watson por sus alusiones a estados subjetivos del organismo, sin embargo, su trabajo encaja perfectamente dentro de la tradición conductista. Su popular libro *Animal Intelligence* (1898), derivado de su tesis doctoral (*Animal Intelligence: An Experimental Study of the Associative Processes in Animals*), hizo de él el primer psicólogo americano reconocido internacionalmente. Este trabajo fue el primero en psicología donde los sujetos no eran humanos. Su trabajo posterior tuvo un efecto perdurable y de gran relevancia en la psicología americana al ser el impulsor de la investigación de B.F. Skinner, su estudiante más famoso y productivo.

Thorndike empleó métodos objetivos y rechazó como objeto de estudio de la psicología los procesos mentales y la conciencia (Kazdin, 1978), y sus investigaciones estuvieron centradas en la adquisición de respuestas inexistentes en el repertorio del organismo. A diferencia de Pavlov, Thorndike no tuvo ningún interés en los reflejos

neuronales. Para él (y más tarde para Skinner) el reflejo estímulo-respuesta (S-R) era simplemente la correlación entre una respuesta específica con los inmediatos y consiguientes refuerzos o castigos. Aunque Thorndike y Pavlov tenían diferentes conceptos del reflejo S-R, ambos enfoques parecían explicar bien la conducta aproximativa; desafortunadamente, los dos fueron incapaces de explicar el aprendizaje de evitación y algunos de los efectos del castigo sobre el aprendizaje.

A pesar de las diferencias, a finales del siglo XIX ambos investigadores parecían estar trabajando en lo mismo, de hecho, una de las leyes secundarias de Thorndike (*ley del cambio asociativo*) es muy cercana al modelo de condicionamiento clásico de Pavlov. La investigación de laboratorio sobre psicología animal llevó a Thorndike a estudiar las conexiones en función de las consecuencias, formulando a partir de estos estudios sus leyes básicas del aprendizaje: la *ley del efecto* (para explicar cómo se adquiere la respuesta) y la *ley de la práctica* (que explicaría la eficacia del aprendizaje), así como otros conceptos (conductas instrumentales) utilizados posteriormente en los modelos operantes de conducta (Kazdin, 1978).

Su principio más influyente, la ley del efecto, establecía que las respuestas seguidas de satisfacción quedaban firmemente asociadas a la situación, de tal forma que se incrementaba su probabilidad de ocurrencia en la misma situación. De forma inversa, si la situación era seguida de disconfort, la conexión con la situación se debilitaba, siendo la ocurrencia de la respuesta conductual menos probable si la situación se repetía. El aspecto más enfatizado de la ley del efecto ha sido su aspecto empírico o funcional, es decir, el hecho de que la conducta es función de sus consecuencias. Este aspecto resulta paralelo o cercano a las nociones darwinianas de evolución, pues la conducta efectiva en un ambiente se selecciona por sus consecuencias favorables (Nevin, 1999), es decir, por la función que produce en el medio.

Con posterioridad, el propio Thorndike revisó sus leyes de aprendizaje, matizando la *ley del efecto* al observar que aunque la presencia de recompensas tendía a fortalecer la conducta, el castigo no la debilitaba (probablemente por la baja cuantía del castigo aplicado o por la aplicación de un método inadecuado), además se retractó por completo de la *ley de la práctica*, dejando de considerar la repetición como un elemento esencial en el aprendizaje, y considerándola como un simple facilitador de la ejecución (Kazdin, 1978). Estos trabajos van a tener una notable influencia sobre Skinner, siendo considerados, junto al trabajo de Pavlov, uno de los pilares básicos sobre los que se construirá el armazón teórico de referencia que llevará al inicio y desarrollo de la Terapia de Conducta.

Thorndike es considerado también el precursor de la psicología educativa moderna. Sus principios de aprendizaje se consideran antecedentes de la *teoría del aprendizaje activo* (Bonwell y Eison, 1991), que propone que los niños aprendan

por sí mismos, más que recibir instrucciones de sus maestros. Probablemente el interés educativo de Thorndike influyó en el interés terapéutico posterior de Skinner en esta área.

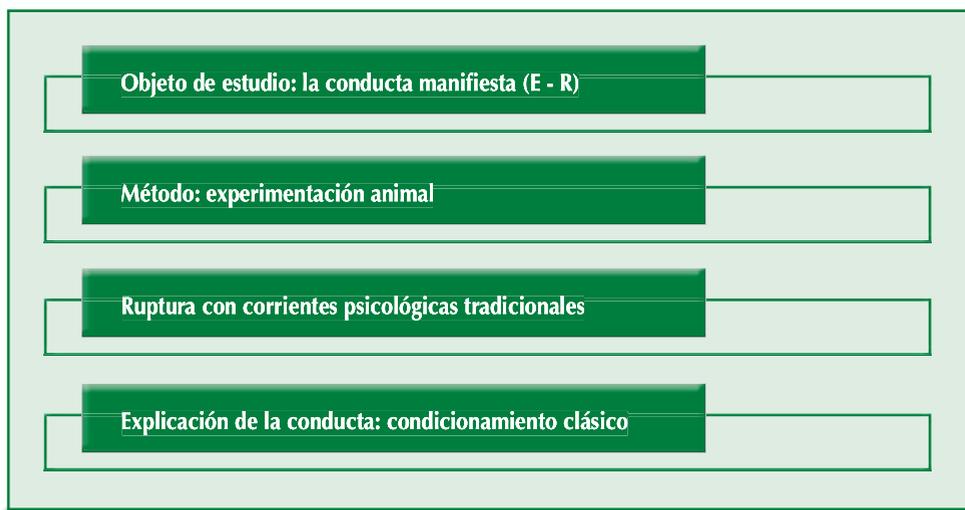
3.3. El conductismo de Watson

El paradigma positivista que caracterizó el inicio del siglo XX y que influyó definitivamente en el objeto y metodología de las investigaciones de los fisiólogos rusos, tuvo como máximo representante en Estados Unidos a John B. Watson (1878-1958). Este autor comenzó en la segunda década del siglo XX lo que se ha dado en llamar la *revolución conductista* (Watson, 1913) en contra de las otras dos escuelas de psicología: el estructuralismo y el funcionalismo (y su método de investigación, la introspección). Watson rechazó de forma expresa y contundente el estudio del pensamiento, que era el principal objeto de investigación de los dos enfoques dominantes en psicología, y aunque estuvo muy influido por los fisiólogos rusos, a diferencia de éstos, no restringió el estudio de la conducta a las respuestas fisiológicas, es más, incluso quiso obviarlas.

Para Watson la psicología debía ser una disciplina totalmente objetiva, dedicada a la predicción y control de la conducta. Los principales principios del conductismo (término acuñado por él) eran los siguientes:

1. El objeto de estudio de la psicología es la conducta manifiesta; concretamente las respuestas (R) suscitadas por los estímulos ambientales (E), por lo que con posterioridad la psicología propuesta por Watson recibió el apelativo de psicología E-R. Para Watson la conciencia, no era sino un sustituto del concepto religioso de alma, sin ninguna posibilidad de acercamiento científico, por tanto, lo rechazaba enérgicamente.
2. La metodología de la experimentación animal como método objetivo debe ser el método de investigación de la psicología. Watson sugirió que el método del reflejo condicionado utilizado en los trabajos de los fisiólogos rusos Pavlov y Bechterev podía ser el sustituto de la introspección (Kazdin, 1978).
3. El conductismo supone una ruptura radical con las corrientes psicológicas tradicionales que no describen la conducta en términos de conductas directamente observables.
4. La conducta se explica en términos de condicionamiento clásico pavloviano de los reflejos estímulo-respuesta del sistema nervioso del individuo. Watson, por ejemplo, mantenía que la conducta verbal era mejor explicada desde los reflejos espinales.

Figura 1. Principios básicos del conductismo



Aunque en Watson se aprecia la influencia tanto de Pavlov como de Bechtereov, el esmerado control y sistematicidad del trabajo del primero hicieron que su influencia fuese mayor, no obstante la influencia inicial de la reflexología en Watson fue a través de Betcherev cuya obra *La psicología objetiva* tuvo gran impacto en Watson. De este modo, el condicionamiento pasa a ser su herramienta de trabajo constituyendo el concepto central en la explicación de los mecanismos que rigen la conducta compleja (en la que se incluyen pensamientos, emociones, instintos, etc.). Watson fue más lejos que Pavlov, pues no sólo eliminó la conciencia sino que también quiso dejar de lado las estructuras neurofisiológicas intermedias. El propio Pavlov, criticaría más tarde esta postura del conductismo. El trabajo de Watson *Psychology as the behaviorist views it*, publicado en 1913 es considerado el acta fundacional del conductismo y la proclamación de la psicología como una rama experimental de la ciencia natural que posibilita el control de la conducta.

Watson es bien recordado por un trabajo de gran repercusión realizado en colaboración con R. Rayner, y publicado en 1920. El trabajo describe la génesis mediante condicionamiento de una fobia a un niño de once meses, el pequeño Albert. Su principal aportación fue demostrar que el miedo podía condicionarse y generalizarse a otros estímulos distintos del originalmente condicionado, además de que la reacción de temor podía persistir a lo largo del tiempo. Para ello se emparejó un estímulo inicialmente neutro (una rata blanca) con un estímulo que provocaba respuestas de temor (el ruido producido al dar un golpe sobre una barra de acero). Tras siete ensayos de emparejamiento, la rata provocaba respuestas de temor en el niño, y esas mismas respuestas aparecían también ante otros estímulos que guardaban cierta semejanza con la rata blanca como un conejo, un perro o un abrigo de piel. Este miedo continuaba manteniéndose pasados 30 días sin que se realizaran ensayos adicionales de condicionamiento.

Los resultados del trabajo con el pequeño Albert suscitaron el interés de Watson y Rayner por hallar un procedimiento terapéutico que estuviese basado en los mismos principios de condicionamiento que explicaban cómo habían aparecido los miedos. Watson animó a su discípula Mary Cover Jones (1924a) a comprobar empíricamente las siete estrategias sugeridas por Watson y Rayner (1920) para Albert, a saber, deshabitación, halago verbal, adaptación negativa, castigo social, distracción, condicionamiento directo e imitación social. Esta autora encontró que las dos estrategias más efectivas eran el condicionamiento directo, consistente en asociar el miedo con un estímulo que evocara una respuesta agradable (30 años más tarde Wolpe lo denominaría contracondicionamiento por inhibición recíproca), y la imitación social (el modelado), situando al niño con otros niños que se acercaban sin miedo al objeto temido.

M.C. Jones utilizó también estas técnicas para el tratamiento de un niño de unos tres años llamado Peter, que presentaba miedo a los conejos, las ratas, los abrigos de piel, la lana y el algodón (Jones, 1924b).

El tratamiento se centró en el miedo a los conejos y comenzó con la imitación social: Peter jugaba todos los días con tres niños que no tenían miedo a los conejos, acercándose progresivamente al animal. Posteriormente, al cabo de unos dos meses, se utilizó el condicionamiento directo, mediante la introducción progresiva del conejo mientras el niño comía algo que le gustaba. Con este procedimiento, Peter perdió el miedo al conejo, e incluso llegó a resultarle grato. El miedo desapareció dejando paso a una respuesta positiva, incompatible con el temor. Este trabajo llevó a su autora a hacer una serie de recomendaciones sobre el proceder terapéutico, señalando la importancia de graduar la presentación del estímulo temido, ya que de aparecer respuestas de miedo intensas podría producirse el efecto contrario al deseado. Este trabajo, tuvo una notable importancia en el desarrollo de técnicas como la desensibilización sistemática y el modelado.

Watson popularizó y diseminó el conductismo como ningún otro conductista de la época, no obstante, su influencia parece provenir más de sus excelentes dotes comunicadoras que de su investigación, que no se considera esencial para la TC. Uno de sus mayores admiradores, Herrmesteim, hace el siguiente comentario en la introducción a la obra póstuma de Watson *Comparative Psychology: "La importancia de Watson para la psicología conductual es más sociológica que sustancial"*.

3.4. El neoconductismo

El conductismo, tal y como es formulado por Watson, va a verse enriquecido por las aportaciones de diversos autores que contribuyeron a desarrollar unos principios de explicación de la conducta, cuyas aplicaciones clínicas conformarían las bases del desarrollo posterior de diversas técnicas de TC. A continuación se recogen las principales aportaciones de estos autores.

Edwin R. Guthrie (1865-1959) es considerado el neoconductista más ortodoxo. Este autor llevó a sus máximos extremos el principio de *contigüidad*, según el cual el aprendizaje sólo requiere el emparejamiento de un estímulo con una respuesta. En 1935 publica su obra *The psychology of learning*, donde expone una serie de técnicas para romper hábitos o desaprender conductas desadaptativas basándose en sus planteamientos teóricos (Kazdín, 1978). En una de ellas, de forma similar a un método de aproximaciones sucesivas, Guthrie manejaba la presentación del estímulo que provoca respuestas no deseadas. La presentación se hace progresivamente para prevenir la respuesta. Poco a poco posteriormente se irá aumentando la intensidad hasta poder presentarlo con toda su fuerza sin provocar respuesta. En otra técnica el estímulo que provoca la respuesta no deseable se emparejaba con un estímulo que provoca una respuesta incompatible con ella (observamos aquí un avance del principio de inhibición recíproca de Wolpe). Finalmente, otro de los métodos de Guthrie consistía en presentar el estímulo evocador de la respuesta desadaptada hasta que dejase de provocar la respuesta (al aumentar la fatiga o producirse el agotamiento). No resulta difícil ver en los procedimientos anteriores elementos que se siguen manejando actualmente en diversas técnicas y procedimientos de la Terapia Cognitivo Conductual, apelando a mecanismos explicativos que evidentemente han trascendido el principio de contigüidad de Guthrie, hablamos, por ejemplo, de la *desensibilización sistemática* (con la presentación gradual del estímulo, y la generación de una respuesta incompatible), o del avance de las *técnicas de exposición*.

De todos los neoconductistas, Clark L. Hull (1884-1952) fue el más ambicioso al plantear la construcción de una teoría formal de la conducta. Este autor, creyó haber identificado la ley fundamental del aprendizaje o de formación de hábito, considerando que esta ley no sólo subyacía a toda conducta animal y humana, sino que también era un principio básico en todas las ciencias.

Hull intentó ir más allá de la restringida relación E-R introduciendo las *variables intervinientes* entre el estímulo y la respuesta. Las principales variables intervinientes consideradas por Hull fueron la *fuerza del hábito* y el *impulso* (estado de activación del organismo), cuya reducción da lugar al reforzamiento. Según Hull el hábito se establece por la relación entre una respuesta y la reducción de un impulso, que opera como reforzamiento. De este modo, cualquier respuesta realizada antes de que finalice un impulso quedará conectada a él, y cuando éste vuelva a aparecer, la respuesta ocurrirá con mayor rapidez y fuerza, es decir, se habrá fortalecido la conexión entre los estímulos presentes en el momento de reducirse el impulso. Este concepto de *reducción del impulso* es considerado por Hull como el principio central del aprendizaje. Su teoría unifactorial del aprendizaje defendía, por tanto, que el refuerzo (la reducción del impulso) y no la contigüidad era el factor funda-

mental del aprendizaje. Hull expresó sus leyes de la conducta en términos matemáticos, publicando en 1943 su libro *Principles of Behavior: An Introduction to Behavior Theory*, esta obra tuvo gran influencia en el trabajo posterior de J. Wolpe.

La relevancia de la contribución de Hull para la TC tiene que ver con su objetivo de construir una teoría hipotético-deductiva de la conducta, pero sobre todo con su esfuerzo por integrar la *ley del efecto* de Thorndike en el paradigma de condicionamiento de Pavlov. El rigor de su trabajo se transmite en la aplicación sistemática e incesante en toda su investigación de una rigurosa metodología hipotético deductiva que, según su idea, todo psicólogo debía utilizar.

La aportación menos reconocida en su época pero con importantes implicaciones posteriores, fue la obra de Edward C. Tolman (1896-1961). Tolman, tuvo una gran influencia en la *psicología de la Gestalt*, y defendió que lo que se producía en el aprendizaje era una asociación entre estímulos (E-E) y no entre estímulos y respuestas (E-R). Según su tesis, los organismos no aprenden conductas concretas, sino significados sobre los estímulos que se relacionan con una meta (Tolman, 1952). Cuando aparecen dos acontecimientos conectados en el tiempo lo que hace el organismo es generar una expectativa, de tal forma que la aparición del primero haría que el organismo esperara el segundo. Tolman focalizó su trabajo experimental en el aprendizaje animal en laberintos. Difirió de sus predecesores al adoptar un acercamiento más holístico hacia la conducta, en vez de realizar un análisis fragmentado de estímulos y respuestas. En 1932 Tolman publica su libro *Purposive Behavior in Animals and Men* donde argumenta que la noción de *propósito* es esencial para comprender la conducta, y que debe ser interpretada en función de rasgos observables y describibles en términos objetivos. Introdujo también el concepto de variable interviniente, como un nexo entre el estímulo y la respuesta que ayuda a determinar la conducta.

Quizá el neoconductista más influyente haya sido O. Hobart Mowrer (1907-1982). Mowrer intentó integrar las aportaciones de Pavlov, Thorndike y Hull para el estudio del aprendizaje de las reacciones emocionales, pero pronto detectó la insuficiencia de estas aportaciones para explicar las respuestas con consecuencias aver­sivas, en particular el aprendizaje de la evitación. A partir de estas observaciones formula en 1947 la *teoría de los dos factores*, o *teoría bifactorial* del reforzamiento, que mantiene la existencia de dos tipos de aprendizaje: el aprendizaje de señales (por contigüidad) y el aprendizaje de soluciones (por reforzamiento). El primero, el aprendizaje de señales, se basa en el condicionamiento clásico y supone que algunas respuestas involuntarias (también las respuestas emocionales) se condicionan a un estímulo que opera como señal de un suceso aversivo, adquiriendo un valor aversivo que elicit la respuesta. El aprendizaje de soluciones, por otro lado, estriba en la emisión de respuestas voluntarias que reducen los impulsos.

Mowrer asignó al miedo un papel mediador en la conducta de evitación. Consideraba el miedo un impulso secundario adquirido por condicionamiento clásico, de tal forma que cualquier conducta instrumental que redujese este impulso se aprendería según un proceso de aprendizaje de soluciones. La importancia de la teoría bifactorial de Mowrer (1947, 1960) para la TC reside en poder explicar las conductas de evitación que se producen en diversos trastornos y, por tanto, posibilitar su tratamiento siguiendo los principios del aprendizaje. En el ámbito aplicado son de destacar los trabajos de Mowrer y Mowrer (1938) en el tratamiento de la enuresis, tanto por su conceptualización del trastorno en términos de condicionamiento, como por el diseño del instrumental y del procedimiento de intervención, que en la actualidad permanece gracias a su demostrada eficacia.

Las investigaciones de Hull influyeron definitivamente en Wolpe, en el desarrollo de su *psicoterapia por inhibición recíproca*; las aportaciones de Tolman introdujeron el papel de lo cognitivo en el marco E-R; el trabajo de Guthrie sobre contigüidad sigue presente en muchas técnicas conductuales (Kazdin, 1978), y las técnicas de Mowrer siguen presentes en el repertorio procedimental de la TCC. Es obvio que el papel de estos autores en el surgimiento y desarrollo de la TCC ha sido determinante.

Para finalizar este epígrafe, señalar otros trabajos importantes de esta fructífera época, por ejemplo, los llevados a cabo por Wakehan (1928) o Dunlap (1932) aplicando la *práctica negativa* para la eliminación de conductas indeseables como los tics o la tartamudez, los trabajos de Max (1935) sobre desviaciones sexuales, o la *terapia del reflejo condicionado* de Salter (1949). Estas aportaciones prácticas junto a otras, recogidas por Kazdin (1978), constituyeron alternativas, que pueden clasificarse de simples, para la resolución de problemas difícilmente accesibles para la psicoterapia de la época. La característica común a la mayor parte de los trabajos desarrollados en esta época es su relación con los principios del condicionamiento clásico. El condicionamiento clásico alcanzó su hegemonía en el ámbito de la psicología en torno a 1940, antes de constituirse formalmente la Terapia de Conducta.

3.5. Skinner y el Condicionamiento Operante

Burrhus F. Skinner (1904-1990) ha sido junto a Pavlov el autor más influyente en la aparición de la TC. En su libro junto a Linsley y Solomon en 1953 (Skinner, Solomon y Linsley, 1953) se introduce el término *Terapia de Conducta* por primera vez en la literatura psicológica. No obstante, sus aportaciones han trascendido la TC y con justicia ha sido considerado el psicólogo más influyente del siglo XX (Haggbloom, Warnick, Warnick, Jones, Yarborough, Russell et al., 2002). La publicación de su tesis doctoral *The behavior of organisms* (Skinner, 1938) puede ser considerarse el inicio de una nueva Era para la psicología.

Al igual que Watson, Skinner estaba comprometido con el conductismo, rechazaba la psicología tradicional y todos sus conceptos, tachados de mentalistas, y colocaba a la conducta en el lugar central de estudio (de ahí su conductismo radical). Partió del interés, al igual de Hull y Mowrer, por estudiar la relación entre los paradigmas de Pavlov y Thorndike, planteando la existencia de dos tipos de condicionamiento en función del tipo de respuesta implicada en cada uno (respondiente y operante). El primer tipo, el aprendizaje respondiente, sigue las leyes del condicionamiento clásico pavloviano, mientras que en el segundo, el operante, la adquisición se da en función de la ley del efecto. La clasificación que hizo Skinner del aprendizaje estaba basada fundamentalmente en los paradigmas de Pavlov y Thorndike, sin embargo, Skinner señaló que había ciertas áreas en donde los dos condicionamientos no se distinguían.

El trabajo de Skinner sobre la diferenciación de los dos tipos de condicionamiento, clásico y operante, supuso un punto de inflexión en el interés por lo respondiente, dirigiéndose ahora la atención hacia la *conducta operante* (Kazdin, 1978). El propio Skinner explica así este concepto:

“Hay una gran parcela de la conducta que no parece ser provocada (...), una operante es una parte identificable de la conducta de la que puede decirse, no que sea imposible hallar un estímulo que la provoque (puede haber una respondiente cuya respuesta tenga la misma topografía), sino que, en las ocasiones en las que se observa su ocurrencia, no puede detectarse ningún estímulo correlacionado. Se estudia como un acontecimiento que aparece espontáneamente con una frecuencia dada” (1938, pág. 35).

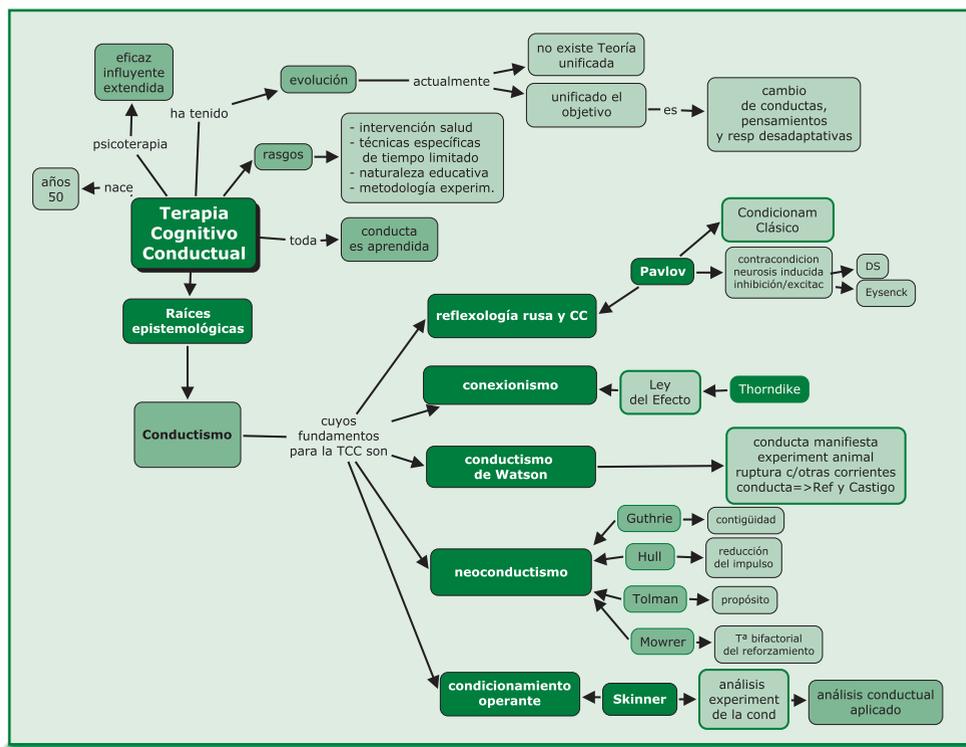
En este marco de trabajo Skinner estableció los principios básicos de condicionamiento operante (refuerzo, castigo, extinción, control estimular y entrenamiento en discriminación) y las variables que contribuyen a la conducta operante; entre ellos, el concepto de *refuerzo* resulta central. Este concepto se refiere al aumento en la frecuencia, intensidad o duración de una respuesta a la que siguen inmediatamente ciertas consecuencias. De esta forma, a cualquier consecuencia que consiga este efecto, es decir, fortalezca la respuesta a la que sigue, se le denomina refuerzo.

Las aportaciones conceptuales de Skinner le llevaron al desarrollo de una metodología de estudio de la conducta, el *análisis experimental de la conducta*, centrado en el estudio de las relaciones entre el comportamiento y los estímulos ambientales. El objetivo del análisis experimental de la conducta era desarrollar una ciencia conductual que pudiese explicar, predecir y modificar el comportamiento atendiendo sólo a las relaciones funcionales, sin tener que recurrir a constructos inferidos. Skinner alentó así un ambientalismo radical que potenció el diseño de ambientes terapéuticos

(aspectos que habían sido sugeridos en su popular novela *Walden Dos*). Este período encuentra su culminación con la publicación en 1953 del libro *Science and human behavior* (Skinner 1953), que marcaría el inicio del desarrollo de la Terapia de Conducta en EEUU, en esta obra se describe la aplicación de los principios del condicionamiento operante para modificar la conducta y solucionar ciertos trastornos.

La influencia de los planteamientos *skinnerianos* sobre el aprendizaje y su conceptualización de las relaciones *estímulo-respuesta-consecuencia* mediante el análisis experimental de la conducta ha sido enorme. En los años 50 la manipulación sistemática de las consecuencias de la conducta permitió el tratamiento de problemas clínicos para los cuales ningún otro tratamiento había sido eficaz (Rodríguez-Naranjo, 2000). El análisis experimental de la conducta posibilitó posteriormente el abordaje de un amplio grupo de problemas relevantes socialmente (problemas en el aula, problemas de conducta en niños sin alteraciones del desarrollo, desarrollo del lenguaje, etc.), dando origen a la orientación denominada *análisis conductual aplicado*. Actualmente los procedimientos operantes son un elemento común en las intervenciones en TCC y primordiales en determinados ámbitos como el educativo y la educación especial.

3.6. Mapa conceptual de las raíces históricas de la Terapia de Conducta



4. Evolución de la Terapia de Conducta

Como se ha visto en el apartado anterior, la Terapia de Conducta se configuró a partir del desarrollo científico de la psicología y tomó como elementos básicos de su cimentación las aportaciones de la psicología del aprendizaje para la comprensión y control de la conducta. El comienzo formal de la TC como enfoque terapéutico se gesta gradualmente, desde los desarrollos experimentales de la teoría del aprendizaje, expuestos en el punto anterior, hasta las primeras aplicaciones clínicas de los principios que se extraían en el laboratorio. En este recorrido, el interés por la conducta desviada o desadaptada fue tornándose el objetivo principal. La aplicación de los principios de aprendizaje para el abordaje de la alteración de la conducta se convirtió, de hecho, en una forma de demostrar la utilidad de enfocar la psicopatología de forma diferente (Kazdin, 1978; Rachman, 1997).

Con estas bases teóricas y metodológicas, y a través de las distintas aplicaciones que se fueron desplegando para el tratamiento de diversos problemas clínicos, se produjo el surgimiento formal de la TC. Su evolución posterior, como cabría esperar, ha sido influida por los avances de otras áreas de la psicología y ha reflejado también la propia evolución de esta disciplina.

Rachman (1997) y O'Donohue (1998 y 2009) han resumido la evolución conceptual de la Terapia de Conducta diferenciando secuencialmente lo que denominan tres *estadios* (Rachman) o *generaciones* (O'Donohue) en el desarrollo de la TCC. Conceptualmente el primer estadio, o la primera generación de terapeutas de conducta, hace referencia a una estrecha y exclusiva relación con las teorías del aprendizaje, y estaría representado por el *análisis conductual aplicado* y el *neoconductismo mediacional*. La característica fundamental de esta generación es la extrapolación de los principios de aprendizaje a la clínica. Durante esta *primera generación*, el terapeuta de conducta es básicamente un investigador que trata de aplicar las regularidades extraídas de la investigación básica a los problemas clínicos. Pero no sólo utilizan los principios del aprendizaje para formular intervenciones, sino que formulan, a partir de ellos, modelos de génesis y mantenimiento de los problemas cotidianos. De esta forma, la conducta normal y anormal se considera generada y mantenida por los mismos principios de aprendizaje. A este primer estadio corresponden las aportaciones de los grupos de Sudáfrica, Inglaterra y EEUU y que se consideran las muestras palpables del surgimiento de la Terapia de Conducta como enfoque clínico establecido.

La *segunda generación* está marcada por la heterogeneidad en la TC (cuyas semillas ya habían sido sembradas por la generación anterior), y recoge a quienes tratan de superar algunas deficiencias y limitaciones mostradas por las teorías del aprendizaje, para ello tratan de apoyarse en distintos ámbitos y aportaciones teóricas y aplicadas de la psicología. Según la visión de los terapeutas de esta segunda generación,

los principios de aprendizaje (condicionamiento) representan un contexto demasiado limitado para explicar el comportamiento humano, y se considera que la psicología experimental, cognitiva y social aportan elementos que pueden ser determinantes para abordar o explicar la complejidad de la conducta humana. Si bien estas consideraciones acerca de la insuficiencia de los modelos de condicionamiento y de la necesidad de ampliar el número de factores incluidos en el modelo de conducta son certeras, cuando otras áreas los están aportando, también lo es el hecho de que con la segunda generación de terapeutas se produce el distanciamiento de los clínicos de la investigación básica sobre aprendizaje. Este hecho se ha mantenido debido a la permanencia en los terapeutas de conducta (ya más clínicos y menos investigadores) de una concepción de los procesos de condicionamiento desarrollada en los años 50 y 60 del siglo pasado, que resulta trasnochada a tenor de datos que ha aportado la investigación (Mineka y Zimbarg, 2006). Otra fuente de descontento que llevó al desarrollo de la segunda generación, vino dada por los pobres resultados de los procedimientos terapéuticos existentes al ser aplicados a problemas afectivos, como la depresión. Se ve en este punto la limitación que supuso centrarse en el trastorno sin investigación previa.

Gradualmente, el desarrollo de procedimientos de intervención efectivos pasa a ser prioritario, abriéndose la brecha entre ciencia y hacer clínico (Wolpert, 1992). Esta brecha determinó la ausencia de progreso en las bases teóricas de la Terapia de Conducta (situación que se mantiene en la actualidad) y fue responsable, en gran medida, del descontento que caracterizó a la segunda generación de terapeutas en relación con sus predecesores. Durante este estadio, son dos las contribuciones, que tratan de mitigar el descontento y que resultan más influyentes: las teorías del aprendizaje social y las del enfoque cognitivo.

Finalmente, la *tercera generación* de terapeutas que llegaría hasta la actualidad, incluiría a quienes tratan de retornar a los orígenes buscando nuevas alternativas terapéuticas extrapolando los nuevos desarrollos de la psicología del aprendizaje y la psicología experimental; el concepto de multiplicidad de estímulos y contingencias, y de contingencias competidoras pasa a ser central. Básicamente el objetivo que se pretende es fomentar nuevamente la relación entre investigación básica y aplicación clínica que tan fructífera fue durante la primera época (primera generación) de la TC. No hay que olvidar que algunos de los tratamientos con mayor apoyo empírico recogidos por la *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Treatments* (1995) pertenecen a ese primer estadio (exposición, desensibilización sistemática, técnicas operantes, *biofeedback*), y que posteriormente, hasta el día de hoy, no se han desarrollado nuevas técnicas a partir de una base experimental. No obstante, como se verá hay diferencias sustanciales entre el proceder de la primera y tercera generación.

Desde el punto de vista teórico, como orientaciones concretas de esta tercera generación, encontramos las nuevas *terapias contextuales* procedentes del conductismo radical (la Psicoterapia Analítica Funcional, o la Terapia de Aceptación y Compromiso), sin olvidar el uso de técnicas de meditación como el *mindfulness* (conciencia plena), que se han convertido en la base de algunos programas de intervención como la Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (*Mindfulness Based Cognitive Therapy* – MBCT) de Segal, Williams y Teasdale (2002), siendo además elementos procedimentales presentes prácticamente en todas las terapias contextuales. Desde estos acercamientos teóricos se dota a este tipo de estrategias terapéuticas (*mindfulness* y técnicas de meditación) de un entramado conceptual explicativo proveniente de los nuevos desarrollos de la psicología del aprendizaje. Además, a esta tercera generación pertenecen también los nuevos desarrollos del enfoque cognitivo con carácter constructivista que se apartan de las bases racionalistas de los modelos cognitivos anteriores.

Mientras tanto, y al margen de los nuevos desarrollos teóricos, la mayor parte de la práctica clínica está guiada por el *empirismo*, es decir, por criterios de eficacia y efectividad. Influida por las circunstancias socioeconómicas y atendiendo a las nuevas necesidades sociales surgidas, la TCC está inmersa en la tarea de demostrar la eficacia de sus intervenciones psicológicas en el ámbito de la salud en general, y en salud mental en particular. Como se ha visto en epígrafes anteriores, este interés no sólo ha estado siempre presente, sino que ha constituido una característica definitoria de la TC, la diferencia es que en los últimos años se ha convertido en el tema prioritario y casi exclusivo de esta disciplina. De esta forma, el diseño de protocolos de intervención y la evaluación de sus resultados, se ha convertido en el eje central de la práctica y la investigación de la TCC, dejando al margen la cuestión teórica, y la investigación en conexión directa con las ciencias básicas, tareas que, siendo aspectos importantes (y a largo plazo quizá determinantes de la eficacia de los procedimientos), no parecen compatibles con la urgencia actual que supone conseguir cuanto antes el máximo aval de la evidencia empírica en el ámbito de la salud mental.

A lo largo de este punto repasaremos estas tres etapas con mayor profundidad, atendiendo a los hechos más representativos de cada una de ellas.

4.1. Primera generación: El surgimiento de la Terapia de Conducta

La ilustración del surgimiento de la identidad conceptual de la Terapia de Conducta es útil hacerla teniendo en consideración la clásica referencia geográfica a su desarrollo, pues, aun cuando es difícil establecer con precisión el momento y lugar de su aparición como movimiento formal, resulta una forma clara de describir cómo se fue originando la TC como un enfoque terapéutico con entidad propia.

4.1.1. El surgimiento en Sudáfrica

Joseph Wolpe va a ser el principal exponente de la Terapia de Conducta en este entorno. Psiquiatra de formación psicodinámica, Wolpe estaba insatisfecho con la eficacia de los tratamientos utilizados para las neurosis, de tal forma que empieza a utilizar los principios del aprendizaje para abordar este tipo de problemas. Inicia su trabajo en el laboratorio con experimentos animales a los que aplica los principios del aprendizaje, unidos a conceptos y procesos fisiológicos, recogiendo así los trabajos de Sherrington sobre inhibición recíproca. La base de sus investigaciones se centra en el trabajo sobre neurosis experimentales de Masserman (1943) y la obra de Hull (1943).

Wolpe propuso el principio teórico de *inhibición recíproca* como base de la intervención que desarrollará para las neurosis: la *Desensibilización Sistemática* (Wolpe, 1952, 1958). Realmente, como ya hemos señalado anteriormente, el procedimiento había sido ya expuesto y utilizado por M.C. Jones (1924b) (y descrito previamente en 1912 por Eroféeva, la discípula de Pavlov), sin embargo, Wolpe sistematiza el procedimiento en humanos, estructurándolo en una serie de pasos o fases, encargándose también de su difusión. Wolpe recurrió sobre todo a la *relajación* como respuesta incompatible con la ansiedad en humanos, utilizando para ello una forma abreviada de la técnica de Jacobson (1938), sin embargo, también utilizó como respuestas incompatibles con la ansiedad conductas de tipo asertivo y sexual. De esta forma, Wolpe creó un nuevo procedimiento de intervención a partir de investigaciones previas en el laboratorio, que resultaba más eficaz que los procedimientos tradicionales. Por otra parte, el hecho de que la técnica fuese explicada con detalle (en términos actuales, protocolizada o manualizada) facilitó la replicación de los resultados y la generación de nuevas investigaciones. La técnica, que se denominó *desensibilización sistemática*, fue recogida en su obra *Psicoterapia por inhibición recíproca* (1958), donde aportaba datos de su eficacia, y ponía de manifiesto su superioridad frente a los enfoques tradicionales.

La DS incluía la aproximación gradual a los estímulos evocadores de la ansiedad, así como la presentación del material ansiogénico en la imaginación, o con el uso de la hipnosis, y se basaba en procesos de aprendizaje que eran explicados de manera precisa, detallada y científica, describiendo el proceso de aprendizaje y la competición de respuestas fisiológicamente antagónicas. El trabajo de Wolpe es un excelente ejemplo del proceder los terapeutas de conducta de la primera generación: partir de procedimientos diseñados y extraídos de la investigación experimental en laboratorio, explicados mediante principios científicos, y generar a partir de ellos técnicas terapéuticas. De esta forma, la “construcción” de la DS representa el

comienzo real de la moderna TC, ya que su trabajo supuso el compromiso sostenido con la investigación traducido después a la práctica clínica (O'Donohue, 2009).

La difusión de la DS contribuyó notablemente a la fundación de la Terapia de Conducta y a la potenciación del enfoque neoconductista como alternativa al tratamiento de los problemas emocionales. Esta difusión fue realizada por Wolpe y por los otros miembros del grupo de Sudáfrica: Rachman y Lazarus. Wolpe también difundió la DS en EEUU a principios de los años sesenta, mientras que Rachman llevó esta técnica a su país (Reino Unido) a su regreso en 1959 de su estancia en Sudáfrica; allí contactó con el grupo encabezado por Eysenck en el Hospital Maudsley de Londres. Por su parte Lazarus colaboró en la difusión de la DS en EEUU. Este autor, llevó a cabo numerosas y diversas aplicaciones (Lazarus, 1959), por ejemplo su aplicación con formato en grupo (Lazarus, 1961), y el uso de una mayor diversidad de respuestas incompatibles con la ansiedad, como es la técnica de la imaginación emotiva (Lazarus y Abramovitz, 1962).

4.1.2. El surgimiento en Inglaterra

El surgimiento de la Terapia de Conducta en Europa fue independiente del trabajo de Wolpe en Sudáfrica. En los años 50 había ya en el Reino Unido un grupo de personas en torno a **H.J. Eysenck** que llevaban a cabo aplicaciones prácticas de los principios de la Terapia de Conducta. Se trata de A.J. Yates, M.B. Shapiro y, posteriormente, autores tan relevantes como M. Gelder, I.M. Marks, S.J. Rachman y V. Meyer.

Este grupo centrará su interés en el tratamiento de problemas como neurosis, fobias, agorafobias, tics, tartamudez, etc., mediante la utilización de técnicas como la *exposición*, *aproximaciones sucesivas* o la *práctica negativa*, conformando poco a poco un contexto de atención a problemas clínicos en clara oposición a la psicoterapia-psiquiatría vigente. Este núcleo de clínicos e investigadores dio lugar al grupo más prestigioso y prolífico de investigación europeo en psicología clínica y, quizá, al exponente más característico de la aproximación neoconductista mediacional. El grupo de Inglaterra se caracterizó por su enorme énfasis en la metodología de investigación rigurosa, la evaluación de la eficacia de los tratamientos, así como por la crítica al diagnóstico psicoterapéutico. De hecho, el trabajo de Eysenck, que se centró en la aplicación de los principios de la psicología a la práctica clínica, le llevó a enfrentarse con las psicoterapias tradicionales a las que consideraba poco eficaces. El cuestionamiento sistemático y rigurosamente fundamentado de esas formas de proceder quedó plasmado en su conocido artículo *The effects of psychotherapy: an evaluation*, publicado en 1952, y posteriormente en *Learning theory and behaviour therapy* (Eysenck, 1959) en el que llevaba a cabo un análisis comparativo entre la psicoterapia freudiana y la Terapia de Conducta, apareciendo por primera vez en este segundo artículo el tér-

mino Terapia de Conducta en Europa. En 1963 funda *Behaviour Research and Therapy*, la primera revista dedicada a la Terapia de Conducta.

Otro aspecto de la aportación de Eysenck que merece la pena subrayar es su interés por la construcción conceptual de la Terapia de Conducta, interés que se mantuvo a lo largo de los años (Eysenck y Martin, 1987). Hay que tener en cuenta que la capacidad del marco neoconductista para integrar constructos facilitó el que se dirigiese la atención hacia aspectos que resultaban relevantes en la clínica, y a los que Eysenck dedicó un amplio y fructífero esfuerzo. Así, se interesó por aspectos centrales de la intervención clínica, como la psicopatología y la personalidad. Su trabajo en el campo de la personalidad, dónde destaca el desarrollo de modelos empíricos de la personalidad, constituye un esfuerzo por integrar los principios de aprendizaje, la actividad biológica y la identificación de características personales relativamente estables, la influencia del trabajo de Pavlov en este ámbito concreto fue fundamental.

En general, el grupo del *Maudsley* destaca históricamente por su rigor metodológico y su concepción del psicólogo como un investigador científico, no obstante, entre sus miembros existieron notables diferencias. Eysenck estuvo siempre más interesado por cuestiones teóricas relacionadas con la psicopatología, y su investigación se realizó con grandes grupos de sujetos, por el contrario M. B. Shapiro (también uno de sus miembros más destacados y jefe de la sección de psicología clínica), se centró más en casos individuales, y se ocupó de aspectos más clínicos y menos teóricos, defendiendo el estudio intensivo del caso único como forma de investigación, al igual que lo hacía Skinner (Shapiro, 1957, 1966). Shapiro opinaba que los problemas de un paciente concreto no podían esperar a que los estudios de grupo proporcionaran resultados eficaces (Kazdin, 1978), rechazó la utilización de baterías estandarizadas de tests, insistiendo en la necesidad de medir directamente la conducta a intervenir, para poder así valorar su cambio tras el tratamiento (Shapiro, 1961). Desde su doble posición de docente e investigador clínico, Shapiro fomentó entre los miembros de su equipo el uso de técnicas conductuales como las *aproximaciones sucesivas* para el tratamiento de la agorafobia (Meyer, 1957) o la *práctica negativa* para los tics (Yates, 1958).

Algunas características de la aportación británica al surgimiento de la Terapia de Conducta enlazan con el conductismo radical (el interés por el caso individual y por la evaluación directa de la conducta), no obstante, la mayor parte, se ajustan más a la flexibilidad del neoconductismo mediacional y el conductismo metodológico; de esta forma, integran estímulos, respuestas y constructos como la ansiedad, el miedo o la personalidad, a la hora de desarrollar explicaciones más amplias de los trastornos psicopatológicos en particular y de la conducta humana en general.

4.1.3. El surgimiento en los Estados Unidos de Norteamérica

La delimitación de la aparición de la Terapia de Conducta como movimiento psicoterapéutico en EEUU resulta más difusa que en los casos expuestos de Europa y Sudáfrica, y se realizó también de forma más gradual. Anteriormente se ha indicado como la publicación en 1953 del libro *Science and human behavior* de Skinner puede considerarse una señal del inicio del desarrollo de la Terapia de Conducta como movimiento terapéutico en Norteamérica.

Skinner parte de las aportaciones de Watson y Pavlov, al igual que los neconductistas, e intenta integrar los paradigmas propuestos por Pavlov y Thorndike, pero a diferencia de ellos descarta completamente apelar a constructos emocionales mediadores. Ya se ha expuesto como Skinner distinguió dos tipos de respuestas: las respondientes (que se provocan) y las operantes (que se emiten), diferenciando dos tipos de condicionamiento: el condicionamiento tipo E (o E-R), con el que se refiere al condicionamiento *pavloviano*, y el condicionamiento tipo R (o R-E), en el que el reforzamiento correlaciona con una respuesta de tipo operante. Entre ambos, Skinner dirigió su interés al estudio de la conducta operante dando una mayor relevancia a lo que ocurre tras la respuesta, más que a lo que sucede antes de ésta. Desde esta perspectiva, la conducta estaría controlada por factores ambientales, aprendiéndose en función de las consecuencias que siguen a su emisión. Un aspecto esencial de su aportación estriba en la consideración del organismo como un todo.

Según Skinner, éste, y no otro, debía ser el interés de la psicología: la conducta y su función sobre el ambiente en que se emite. El método desarrollado para poder estudiar la conducta funcional de los individuos se denominó *análisis experimental de la conducta*. El análisis experimental de la conducta se basa en diseños experimentales de caso único, en los que importa la descripción precisa de la conducta concreta en atención a sus efectos, sin necesidad de recurrir a constructos no observables (Skinner, 1953). A su vez se asume que la eficacia de la intervención ha de valorarse mediante criterios experimentales, contrastando los efectos de la intervención con la ausencia de ella, y criterios terapéuticos, valorando el impacto del cambio sobre la vida del paciente, y comparando el nivel de cambio logrado y el cambio necesario para que el individuo funcione adecuadamente en el contexto (Risley, 1970).

Skinner no sólo recuperó la conducta para la psicología, sino que la situó en el lugar que merecía, el lugar central y cardinal. De esta forma se priorizó la inducción frente a la deducción como estrategia de teorización en psicología. Skinner conside-

raba que las teorías imponían moldes a la realidad que impedían acceder a los datos limpios y objetivos. Al contrario de lo que se suele pensar, Skinner nunca negó la existencia de variables cognitivas (ver *Conducta verbal* de Skinner, 1957), pero no fueron merecedoras de su atención por no haberse desarrollado un método de estudio apropiado. Desde su perspectiva (y a diferencia de los grupos de Inglaterra y Sudáfrica), se desecha el papel mediador, facilitador o causante de las variables cognitivas o fisiológicas sobre la conducta. El único foco de interés de la psicología es la conducta manifiesta y sus relaciones con estímulos ambientales, sin incluir constructos hipotéticos o *variables mediacionales*.

Skinner dio lugar al surgimiento de una de las áreas más relevantes de la TC, y núcleo central de la evaluación conductual: el ya mencionado análisis conductual aplicado o análisis aplicado de la conducta. Se trata de la aplicación del análisis experimental de la conducta a problemas de relevancia social (la educación, el retraso en el desarrollo, la conducta infantil, el comportamiento antisocial, etc.), con el objetivo de producir cambios globales en el individuo (Baer, Wolf y Risley, 1968). Las aplicaciones fueron numerosas y diversas: en 1953, en colaboración con Solomon y Lindsley, aplicó los principios operantes a psicóticos; posteriormente Barret y Lindsley (1962) los aplicaron a niños retrasados; Ferster y DeMyer (1961, 1962) y Lovaas (1961) a niños autistas; Flanagan, Goldiamond y Azrin (1958) y Goldiamond (1965) a la tartamudez; Barrett (1962) a tics; y Staats, Staats, Schutz y Wolf (1962) y Staats, Finley, Minke y Wolf (1964) a deficiencias. Otros trabajos destacables son los de Ayllon con esquizofrénicos crónicos hospitalizados (Ayllon, 1963; Ayllon y Azrin, 1965, 1968), que impulsaron el desarrollo de la economía de fichas; y los de Bijou en el ámbito educativo e infantil, para resolver problemas de conducta y para mejorar la instrucción académica en niños sin alteraciones del desarrollo y retrasados (Bijou, 1959, 1963; Bijou, Brinbauer, Kidder y Tague, 1966). La aplicación del análisis conductual aplicado a la modificación de la conducta en ambientes sociales o institucionales (e.g. hospitales, aulas, ambientes laborales, instauración de conductas ecológicas, etc.) dio lugar al ámbito denominado de “ingeniería de la conducta”. Por otra parte, no hay que olvidar sus aplicaciones posteriores a otros problemas donde el cambio contextual puede ser crucial para resolver el problema, pues las contingencias de reforzamiento son relevantes tanto en la génesis, como en el mantenimiento del problema, es el caso de los problemas de pareja (Jacobson y Margolin, 1979) o el dolor crónico en el ámbito de la medicina conductual (Fordyce, 1976).

El análisis conductual aplicado ha supuesto una aportación de relevancia inestimable al desarrollo de la Terapia de Conducta, sobresaliendo entre sus contribuciones el

detalle y rigor en la descripción de la intervención y en la evaluación de sus efectos, y el ofrecer soluciones a problemas no clínicos (pero no menos significativos), como los problemas educativos, comunitarios o ambientales. No obstante, y a pesar de sus aportaciones, este enfoque no está exento de dificultades. Quizá la más importante sea la restricción que supone centrarse únicamente en la conducta observable, hecho que puede no permitir tener en consideración aspectos esenciales de la definición de un problema (Scotti, McMorro y Trawitzki, 1993), pero, además, la excesiva disección del comportamiento, las explicaciones lineales de causalidad (a pesar de la aceptación de la causalidad múltiple de la conducta), o las dificultades de perduración del cambio terapéutico conseguido, son ejemplos de limitaciones nada triviales (Ribes, 1982).

El análisis conductual aplicado ha proporcionado a la *praxis* de la Terapia de Conducta tres contribuciones fundamentales:

1) Las técnicas y programas basados en el control de contingencias.

2) El análisis funcional, elemento cardinal del proceso de evaluación conductual e instrumento esencial para la formulación de cualquier problema sujeto a intervención, como elemento de análisis de la conducta. Hay que tener en cuenta que aunque se suele situar el origen de la evaluación y el análisis conductual en la obra de Kanfer y Saslow (1965) *Behaviour Analysis*, su procedencia se sitúa en los trabajos de Skinner (Silva, 1993) que ponen el acento en el análisis individual de la conducta siguiendo una metodología rigurosa de análisis y experimentación.

3) La focalización del interés sobre los datos objetivos como elementos de estudio, optando por la inducción frente a la deducción, y, en este sentido, el interés por las conductas frente a las etiquetas diagnósticas.

No es exagerado insistir nuevamente en calificar la contribución de Skinner a la Terapia de Conducta como decisiva, siendo un poderoso y útil contrapunto frente a enfoques más subjetivos.

4.1.4. Consideraciones sobre la primera generación de terapeutas de conducta

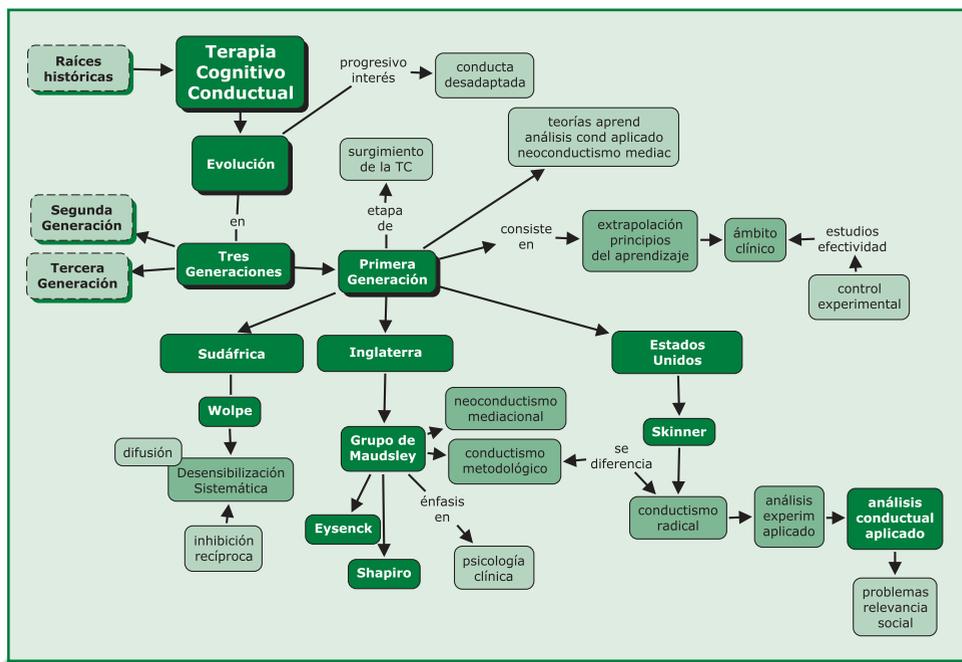
Los casos expuestos de esta primera generación de terapeutas de conducta exhiben ciertos rasgos comunes (O'Donohue, 2009):

- La extensa base de conocimiento sobre la investigación de aprendizaje que exhiben todos los clínicos (investigadores).
- La aplicación clínica de lo que se consideraban los resultados más actuales de la investigación sobre aprendizaje.
- La visión de la aplicación clínica como formando parte de un programa de investigación y terapia más general.

Aunque la fundamentación en los principios de aprendizaje hubiese sido un punto de acuerdo incuestionable entre los terapeutas de conducta de la primera generación, esto no quiere decir que entre ellos no existiesen diferencias importantes: Skinner y sus discípulos enfatizaban el condicionamiento operante y su análisis conductual aplicado; Wolpe y otros autores los principios de Hull y Pavlov; Eysenck y el grupo de Inglaterra, consideraban variables intervinientes en el modelo E-R, etc. No obstante, el parecido de familia es incuestionable: la extrapolación de los principios de aprendizaje a la clínica. Además, su compromiso con la investigación científica y con la demostración empírica de la eficacia de sus procedimientos fue determinante a la hora de convertir a la psicoterapia en ciencia. De hecho, aunque los primeros informes de la TC pudiesen ser estudios de casos poco controlados, muy pronto la TC empezó a desarrollar investigaciones sin precedentes en cuanto al control experimental, dignas de la actual psicoterapia basada en la evidencia. El estudio de Paul (1966) sobre la efectividad de la DS puede considerarse como la primera investigación controlada de la historia en la que se demostró la efectividad de un procedimiento psicoterapéutico por encima del placebo y el no tratamiento.

Debido al éxito inicial en la aplicación de los principios del aprendizaje a los problemas clínicos, una nueva tendencia comenzó a emerger cuando los terapeutas de conducta comenzaron a trabajar en otra dirección: prestando atención a un problema clínico y buscando posteriormente en los principios del aprendizaje un modelo explicativo y orientador. Este enfoque podía haber afianzado la relación entre teoría del aprendizaje y terapia que tan sólidamente había caracterizado el inicio de la TC, sin embargo, no fue así (O'Donohue, 2009). Como se verá en el siguiente epígrafe, la incapacidad para encontrar explicación y alternativas terapéuticas adecuadas en otros trastornos, hicieron surgir un malestar que derivó en la búsqueda de otras fuentes explicativas. Además, con el éxito de la Terapia de Conducta, nace un nuevo tipo de profesional, más clínico y menos investigador, con menor formación básica; sin olvidar, además, la cantidad de psicoterapeutas de la época que fueron atraídos por los resultados de la TC. Estos profesionales carecían de la sólida base en investigación sobre aprendizaje de las escuelas fundadoras, de tal forma, que para ellos era difícil acudir a los principios de aprendizaje (que desconocían en profundidad) cuando se producían problemas en el abordaje clínico. Estos hechos, contribuyeron a abandonar poco a poco la forma de proceder que ha dado mejores resultados a la TC. No olvidemos que tal y como recoge el informe de la *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (1995), la primera generación de la TC, da cuenta de un significativo porcentaje de los considerados tratamientos con apoyo empírico.

4.1.5. Mapa conceptual de la primera generación



4.2. Segunda generación: el papel de los aspectos cognitivos en Terapia de Conducta

En torno a 1970 se va a iniciar una fase de transformación de la Terapia de Conducta que se caracteriza conceptualmente por su apertura hacia los aspectos cognitivos y sociales. Comienza la segunda generación de terapeutas de conducta (O'Donohue, 1998). Se considera que la Terapia de Conducta no puede basarse sólo en la psicología del aprendizaje y son bienvenidas otras fuentes de influencia provenientes de los más diversos campos. Este giro no es radical y no supone un aspecto totalmente novedoso de esta fase, sino que casi desde el inicio (Woodworth, 1938) habían ido surgiendo algunas alternativas al modelo E-R, proponiendo la participación de variables internas en la conducta (E-O-R). Lazarus (1968), estudiante de Wolpe, fue probablemente uno de los primeros en argumentar que los principios del aprendizaje eran insuficientes y que los terapeutas de conducta debían interesarse por otras áreas de la psicología. Señalaba que todos los conocimientos psicológicos son de interés para la Terapia de Conducta (emociones, memoria, etc.), y que toda técnica es bien recibida, con independencia de su sustento teórico, siempre y cuando sea eficaz, y su eficacia pueda ser comprobada. A pesar del indudable interés clínico de este tipo de propuestas integradoras de carácter pragmático, lo cierto es que el distanciamiento de la investigación básica que se empieza a produ-

cir en esta época constituye todavía hoy uno de los escollos más relevantes para el avance teórico-conceptual de la Terapia Cognitivo Conductual.

En cuanto a los desarrollos teóricos más representativos que se producen en esta fase encontramos las teorías del aprendizaje social, caracterizadas por el énfasis en la influencia social y la capacidad auto-regulatoria del individuo y cuya influencia se produce principalmente a través de los trabajos de A. Bandura, y la aparición del enfoque cognitivo en Terapia de Conducta, enfoque de amplia repercusión e influencia que es reflejo de la llamada *revolución cognitiva* que se produjo en la psicología en los años 70, y cuya característica fundamental es el papel causal, o más bien determinante, atribuido a los procesos y estructuras mentales en el comportamiento humano.

4.2.1. El aprendizaje social de Bandura

La aportación fundamental de Bandura estriba en plantear la posibilidad del aprendizaje a través de la observación (imitación), como una forma de superar las limitaciones establecidas por la forma experiencial de adquisición de comportamientos. En su obra *Principles of Behavior Modification* (Bandura, 1969) expone y desarrolla el marco conceptual de la teoría del aprendizaje social, que más tarde ampliaría en un manual (Bandura, 1986), en el que queda denominada como *teoría cognitiva social* para reflejar la contribución de los procesos cognitivos de pensamiento a la emoción y la conducta humana.

Bandura aborda con detalle los distintos elementos implicados en el aprendizaje observacional, tratando de diferenciarlo de los paradigmas de condicionamiento y asignándole el nombre de *condicionamiento vicario*. Para Bandura, los eventos estímulares que se presentan como modelo, se retienen y transforman en representaciones simbólicas que, ante determinadas señales ambientales, se reproducen conductualmente, sirviendo así de guía del comportamiento. El aprendizaje se conceptualiza a través de la *metáfora del procesamiento de la información*, y es entendido como una actividad en la que el modelo sería el *input*, y la ejecución conductual el *output*, interponiéndose entre ambas una serie de procesos internos como atención, retención, producción y motivación. Bandura (1969), además, diferencia entre aprendizaje y ejecución, haciendo depender la ejecución de la conducta aprendida (que permanece latente) del reforzamiento. Para Bandura el aprendizaje vicario es una forma de condicionamiento superior, que viene a dar cuenta de los fenómenos de aprendizaje que no son resultado de experiencias directas, para él la mayor parte de la conducta humana se adquiere de este modo. En cuanto a los modelos de aprendizaje por condicionamiento, Bandura (1977) afirma que en esos momentos existía una considerable evidencia de que el aprendizaje humano es difícil sin apelar a la conciencia de la relación entre conducta y consecuencias.

La imitación no era un tema novedoso cuando Bandura lo introduce, sino que contaba ya con tradición; por ejemplo, la imitación ya fue recogida por Skinner (1953) y explicada como un caso de discriminación operante. Se considera la conducta de imitación como un tipo de conducta operante dependiente de condiciones discriminativas y reforzantes, sin recurrir a procesos cognitivos. Así, se considera que la ocurrencia de imitaciones no reforzadas puede atribuirse a los efectos de ciertos programas de reforzamiento y no a procesos de codificación. Con independencia de estas consideraciones, hay que reconocer a Bandura la sistematización de los distintos elementos implicados en el uso de la imitación, ya que especifica las condiciones que rigen la imitación y desarrolla procedimientos concretos de intervención derivados de ella (técnicas de modelado).

En relación con la visión cognitiva de la imitación, Bandura formula el principio de *determinismo recíproco*, es decir, la existencia de influencia recíproca entre el comportamiento y el medio, mediada por los procesos cognitivos del individuo, que es considerado como un sistema representacional competente a la hora de determinar qué ve más allá de la realidad física fuente de estimulación. Esta influencia entre los elementos que determinan el comportamiento (ambiente –físico, social e interno–, procesos cognitivos y patrones de comportamiento) se realiza de forma sincrónicamente, atendiendo a características ambientales y personales.

Otra relevante contribución de Bandura (1977) ha sido el concepto de *auto-eficacia* y su relación con el tratamiento, pues es considerado un proceso central del cambio terapéutico. La auto-eficacia se define como expectativas de eficacia, esto es, como los juicios de cada individuo sobre su capacidad para realizar la conducta requerida para producir un resultado. El concepto es diferente del de *expectativas de resultado*, que se refiere a la convicción del sujeto acerca de que una conducta determinada conducirá a ciertos resultados. La percepción de la auto-eficacia determinará la elección de actividades, el esfuerzo realizado y la persistencia en la ejecución, y, a su vez, está basada en cuatro fuentes básicas de información: los logros de la ejecución, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y el estado fisiológico o actividad emocional.

Entre las críticas que ha recibido este constructo quizá las más importantes se refieren, por un lado, al carácter circular o tautológico del concepto, que enlaza conducta con expectativas para terminar en éstas como motor de la conducta, por otro, a la falta de diferenciación clara entre expectativas de auto-eficacia y de resultado, y su influencia sobre el cambio conductual (Echeburúa, 1993). Es por esto que Bandura ha revisado en diversos momentos este concepto, rebajando las pretensiones originarias acerca de su consideración como mecanismo decisivo para el inicio y el mantenimiento del cambio (Bandura, 1984 y 1997).

El trabajo de Bandura ha sido importante en las aplicaciones del aprendizaje observacional, en el planteamiento del aprendizaje social y como impulsor de los aspectos cognitivos y de la noción de *autocontrol*. Por otro lado, aunque reconoce y asume la importancia de los procesos de condicionamiento clásico y operante, en su visión del comportamiento hay una clara toma de posición por los procesos cognitivos a la hora de explicar el comportamiento.

Destacan como aportaciones terapéuticas de Bandura todas aquellas que se basan en el aprendizaje vicario (técnicas de modelado) y técnicas de autocontrol. No obstante, la consideración de estas últimas como producto de la teoría del aprendizaje social varía, pues hay autores que las entienden en términos operantes (Rachlin, 1974), según el marco conceptual *skinneriano*, en el que se plantea como un caso concreto del control externo de la conducta, mientras que otros las explican como una variante de las auto-instrucciones. A esas técnicas básicas cabría añadir los programas de *entrenamiento asertivo*, el *entrenamiento en habilidades sociales* y la *terapia de grupo conductual*.

4.2.2. El surgimiento de las terapias cognitivas

Uno de los hechos más significativos de la historia de la Terapia de Conducta ha sido la gran relevancia otorgada a los factores cognitivos a partir de los años 70, lo que supondrá un importante cambio en la conceptualización y tratamiento de los problemas psicológicos, habiendo tenido este cambio implicaciones que llegan a la actualidad. Es verdad que los aspectos cognitivos estaban presentes ya, de alguna manera, en la Terapia de Conducta desde sus inicios, ya que, aun sin reconocimiento o referencia explícita, estaban integrados en aplicaciones clínicas concretas que se desarrollaban desde el laboratorio (como el uso de las representaciones mentales que supone la imaginación de situaciones temidas en la DS). Posteriormente, el neoconductismo mediacional a través de su modelo E-O-R, introdujo variables internas moduladoras de la respuesta al estímulo. No obstante, estos planteamientos consideran dichos aspectos cognitivos como conductas encubiertas sujetas a las mismas leyes de aprendizaje que la conducta manifiesta, tal es la asunción de los procedimientos de condicionamiento encubierto de Cautela (1967). A comienzos de los años 70, sin embargo, diversos autores, sobre todo procedentes del ámbito clínico, comienzan a considerar que los elementos cognitivos tienen una mayor relevancia en la adquisición, mantenimiento y cambio de conducta que aquel que se le estaba otorgando hasta ese momento en la Terapia de Conducta (Ruíz, 1989).

Entre los elementos que pueden considerarse antecedentes de este cambio, cabe destacar:

1. En primer lugar, la insatisfacción con la referencia al aprendizaje y a la conducta observable como elementos básicos, por no decir únicos, de consideración clínica. Dicha insatisfacción viene derivada de los resultados de diversas investigaciones de laboratorio, que durante los años sesenta comenzaron a cuestionar algunos de los principios establecidos sobre las leyes de condicionamiento clásico y operante (e.g. la relación de contigüidad entre EC y EI). No es que se considerase que la investigación sobre aprendizaje fuese irrelevante, sino que debía dejarse de lado la investigación animal y comenzar la investigación con humanos, examinando los mediadores cognitivos del aprendizaje. El argumento era que el aprendizaje humano no es automático y directo, sino mediado por variables verbales y cognitivas, de esta forma, constructos como conciencia, atención, expectativas o atribuciones, se consideraban necesarios para el aprendizaje. Puesto que los paradigmas de aprendizaje animal negaban o imposibilitaban el estudio de estos constructos, los modelos de condicionamiento debían sustituirse por propuestas cognitivas. Así mismo, los mecanismos específicos que se habían supuesto como responsables de la eficacia de algunas técnicas son puestos en entredicho (e.g. el principio de inhibición recíproca en la DS). Por otro lado, la dificultad de controlar todas las variables ambientales del cliente hacían difícil la generalización de los cambios en la sesión terapéutica. De esta forma, se empieza a vislumbrar que el enfoque clínico característico de la primera generación de TC resulta reduccionista y poco ajustado a la complejidad humana, y a una de sus características esenciales, su capacidad simbólica y racional.
2. La insatisfacción con los resultados de las técnicas más conductuales de la primera generación (control de contingencias, exposición y DS), al aplicarse a problemas de afecto negativo, como la depresión (Rachman, 1997). Los resultados de estas aplicaciones claramente no alcanzaban el éxito que obtenían en las intervenciones en trastornos de ansiedad, probablemente porque el proceso de construcción terapéutica en el caso de los trastornos de ansiedad (del laboratorio a la clínica) había sido el inverso al que se estaba aplicando en el caso de los trastornos afectivos (del trastorno al laboratorio).
3. El conductismo mediacional había dado ya cabida a aspectos de tipo cognitivo, aunque conceptualizados desde un modelo diferente al que tomarán los posteriores desarrollos cognitivos. El enfoque cognitivo que adopta el neoconductismo mediacional puede considerarse un desarrollo del modelo S-O-R de Woodworth (1938), en el que "O" se interpreta en términos cognitivos, además, asume el llamado *conductismo covariante* de Homme (1965), quien señala que un estímulo puede provocar dos respuestas distintas, una abierta y otra encubierta, estas respuestas covarían entre ellas, de modo que los contenidos mentales ten-

drían una relación de contingencia en relación a estímulos y conductas abiertas. Sin embargo, las terapias cognitivas en su primera época serán influidas básicamente por el modelo del procesamiento de la información (Ruíz, 1989).

4. La influencia de la psicología cognitiva, disciplina que a finales de la década de los 60 y principios de los 70 muestra sus anclajes en una metodología científica rigurosa al estudiar los estados y procesos mentales que están a la base del comportamiento de los seres inteligentes. Entre sus contribuciones, el modelo del procesamiento de la información aportará a diversas terapias cognitivas el entramado teórico-conceptual que les permitiría describir formalmente los procesos internos responsables del comportamiento desadaptado. Actualmente el modelo del procesamiento de la información es sólo una de las aportaciones que la psicología cognitiva puede hacer a la Terapia Cognitivo Conductual.

El enfoque cognitivo y la llamada terapia cognitiva van a desarrollarse y difundirse rápidamente a partir de la publicación de la obra de Mahoney (1974) *Cognition and behavior modification*. Muestra de ello es la creación, por Mahoney, en 1976 de la revista *Cognitive Therapy and Research* (alternativa o réplica de *Behaviour Research and Therapy*). Así mismo, el también emblemático libro de Meichenbaum, publicado en 1977: *Cognitive-behavior modification*, supone un paso más en el asentamiento de esta orientación. Finalmente, el acta de notoriedad la levantan Franks y Wilson al designar 1976 como el “año de la cognición”, en el número de 1976-77 del *Annual Review of Behavior Therapy*.

El rasgo común, más destacable, a todos los modelos cognitivos es la consideración de la cognición como el elemento determinante de la conducta. En la actualidad los modelos cognitivos aceptan la existencia de una causalidad multidimensional a la hora de abordar la psicopatología y explicar tanto el origen, como las manifestaciones de los diversos trastornos, si bien es verdad que los procesos cognitivos, aun no siendo suficientes, siguen siendo los elementos que se consideran más relevantes y determinantes del comportamiento (Knapp y Beck, 2008). De esta forma, las terapias cognitivas diseñan siempre tratamientos basados en una formulación cognitiva del problema del paciente (modelos cognitivos de los diversos trastornos), y en una conceptualización también cognitiva del paciente concreto. Los psicólogos cognitivos consideran que el aprendizaje es mucho más complejo que la formación de asociaciones E-R. El que aprende, entre otras cosas, encaja la nueva información en un marco organizado de conocimiento acumulado (esquema).

Desde el punto de vista de la intervención terapéutica se insiste en el abordaje de los procesos cognitivos, por ser éstos el determinante principal del comportamiento. El objetivo es una mejor comprensión de los problemas clínicos mediante un acercamiento más complejo y que, por tanto, resultaría más adecuado para el tratamiento de

éstos. Otro rasgo destacable es su énfasis en el método científico que no sólo no abandonan de la generación anterior sino que sigue siendo una de sus señas de identidad.

A pesar de estos rasgos comunes, las terapias cognitivas son diversas, tienen orígenes dispares y carecen de un marco teórico unificador que les otorgue cohesión como modelo teórico general. No obstante, aunque existen diferencias epistemológicas y técnicas, es frecuente que no se diferencie entre ellas (Meichenbaum, 1977; Caro, 1995; Caro, 1997a y b) siendo recogidas frecuentemente dentro de un mismo grupo, designado como técnicas o terapias cognitivo conductuales (Meichenbaum, 1995a). Esta denominación común hace referencia a la *praxis* de la terapia cognitiva en general, sin tener en cuenta consideraciones conceptuales, donde realmente se asientan las diferencias entre ellas.

Una de las clasificaciones más conocidas de las terapias cognitivas es la Mahoney y Arnkoff de 1978¹, a pesar de los años sigue teniendo utilidad y vigencia. La división propuesta por estos autores fue la siguiente:

- a. **Técnicas de reestructuración cognitiva:** están centradas en la identificación y cambio de las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas) que están determinando o manteniendo el problema. Los modelos de reestructuración cognitiva se centran en el significado, analizan la racionalidad de los pensamientos o creencias y enseñan al paciente a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de la información. En esta categoría se incluyen: la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962) y la Terapia Cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), las cuales constituyen sus ejemplos más genuinos; además, Mahoney y Arnkoff (1978) incluyen en esta categoría la Reestructuración Racional Sistemática de Goldfried, Decented y Weinberg (1974) y, quizá con poco acierto, el Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum y Goodman (1971).

Hay que señalar en este punto que tanto A.T. Beck como A. Ellis son, aún a día de hoy, los terapeutas más emblemáticos de la orientación cognitiva, siendo el punto de referencia para gran parte de las intervenciones que tienen lugar bajo ese rótulo. Ambos autores partieron de una formación dinámica que se les quedó limitada en su quehacer clínico habitual. Beck, reconociendo la utilidad de la Terapia de Conducta, llevó a cabo diversas investigaciones

1. Mahoney y Arnkoff (1978) se refieren en su clasificación a técnicas cognitivas, no a terapias. Esta denominación ha permanecido hasta la actualidad, a nuestro entender de manera desafortunada, pues supone la imprecisa utilización del término "técnica", ya que en general bajo esta denominación se hace referencia, no a una sola técnica, sino a paquetes de tratamiento que integran diversos procedimientos, además de una determinada lógica o proceder al llevar a cabo el proceso terapéutico.

que le permitieron evidenciar la existencia de pautas cognitivas negativistas, lo que le llevó a formular su modelo de depresión y, en consonancia con él, su *Terapia Cognitiva* para la depresión (Beck, 1963 y 1964). La terapia cognitiva de Beck es un tratamiento estructurado y pautado que incluye diversas técnicas propias de la Terapia de Conducta y un *modus operandi* muy similar, por lo que es plenamente reconocido y aceptado. También Ellis realiza un acercamiento similar, aunque menos sistematizado y no centrado en un tema de la relevancia de la depresión, lo cual, quizá le ha conferido menor notoriedad e influencia en comparación con Beck. Ellis al igual que Beck, incluye en su terapia procedimientos conductuales. A este respecto resulta curioso cómo cuando la etiqueta cognitiva le quita protagonismo al rótulo conductual, Ellis, en sentido inverso, comenzó a rotular su terapia como *Terapia Racional Emotivo-Conductual* (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

- b. **Técnicas para el manejo de situaciones:** persiguen enseñar habilidades para que un individuo pueda afrontar adecuadamente diversas situaciones problemáticas como las caracterizadas por el estrés o el dolor, por ejemplo. Con este objetivo se puede citar: el *Entrenamiento en Inoculación de Estrés* de Meichenbaum (1977; 1985) y las técnicas de *Manejo de la Ansiedad* de Suinn y Richardson (1971). La aportación de Meichenbaum (quizá el principal representante de estos modelos) ha sido distinta a la de Beck y Ellis, y está basada en el uso del lenguaje como instigador de conductas a través del *Entrenamiento en Auto-instrucciones* (Meichenbaum y Goodman, 1971), desarrollando posteriormente el programa de tratamiento denominado Inoculación de Estrés (Meichenbaum, 1977, 1985) en el que integra diversas técnicas cognitivas y conductuales.
- c. **Técnicas de solución de problemas:** dirigidas a corregir el modo en que la persona aborda los problemas, facilitándole un método sistemático para resolver este tipo de situaciones. En este grupo se incluyen: la *Terapia de Solución de Problemas* de D’Zurilla y Golfried (1971), posteriormente renombrada como *Terapia de Solución de Problemas Sociales* (D’Zurilla y Nezu, 1982), la *Terapia de Solución de Problemas Interpersonales* de Spivack y Shure (1974) y la *Ciencia Personal* de Mahoney (1974).

A lo largo de los años el panorama de la terapia cognitiva se ha ido mostrando como un espectro cada vez más heterogéneo y amplio, siendo muchas las influencias teóricas que han servido para el desarrollo de los distintos enfoques cognitivos (Ruíz, 1993). Resulta pues obvio que la clasificación que se acaba de exponer ha sido superada por nuevas propuestas que han tratado de atender, tanto a los enfoques cognitivos clásicos, como a los nuevos desarrollos cognitivos procedentes de un enfoque epistemológico constructivista (Reda y Mahoney, 1984; Mahoney y Gabriel, 1987).

4.2.3. Consideraciones sobre la segunda generación de terapeutas de conducta

El argumento más generalizado de la segunda generación de terapeutas en relación con la generación anterior, para incorporar elementos procedentes de otras áreas de influencia fue la restricción que imponían los principios del aprendizaje a la hora de explicar el comportamiento humano complejo. Este argumento resultaba más que razonable, no obstante, quizá los terapeutas de la segunda generación confiaron demasiado en otros dominios de la psicología a la hora de expandir el marco conceptual más allá de los principios del aprendizaje, y abandonaron enseguida esta referencia. Tal y como argumenta O'Donohue (2009) la investigación en aprendizaje posterior extendió y contradujo la investigación inicial y descubrió nuevos principios y relaciones, este es el curso normal de la ciencia. Quizá los problemas clínicos son refractarios al tratamiento simplemente porque los terapeutas de conducta no aplican las nuevas regularidades descubiertas por la reciente investigación en aprendizaje (Mineka y Zimbarg, 2006). Quizá la idea nuclear de la primera generación (extrapolar los principios del aprendizaje a la clínica) todavía pudiese ser útil, para ello es imprescindible conocerlos, aspecto que no siempre resulta sencillo, pues la investigación en este ámbito ha cobrado tal grado de complejidad que resulta casi inaccesible para el clínico. Si esta argumentación podía haber sido válida en los años 70 y 80, aún más en la actualidad, pues todavía a día de hoy muchos terapeutas de conducta continúan anclados en principios del aprendizaje desarrollados en los años 50 y 60. Los modelos contextuales de la tercera generación pretenden subsanar este problema proponiendo un retorno a los orígenes.

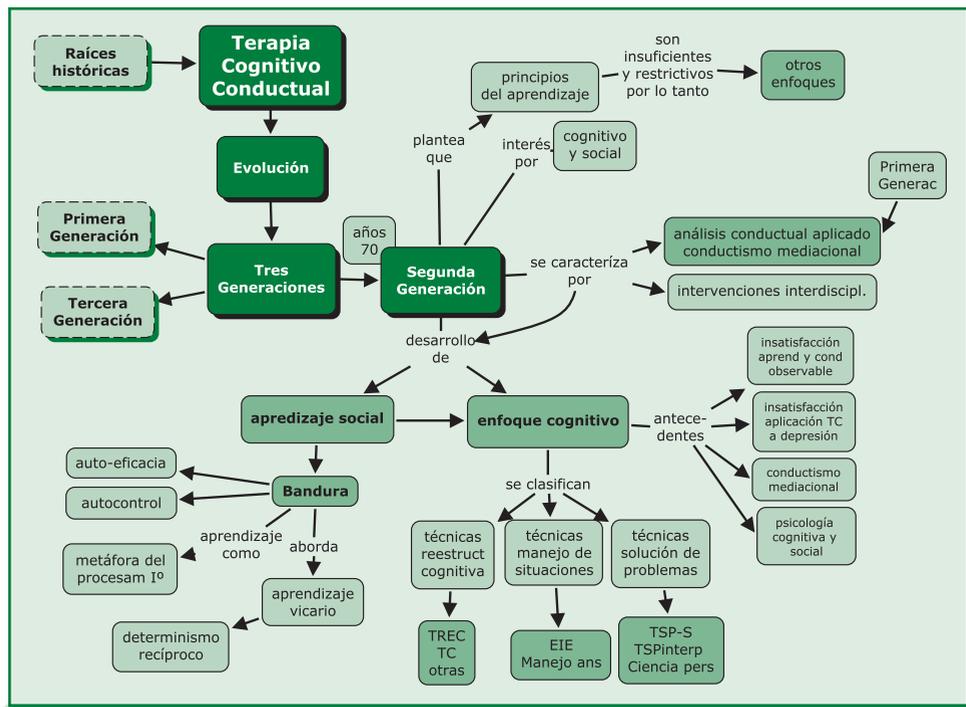
No obstante, independientemente de controversias teóricas, a principios de los años 80 la Terapia Cognitivo Conductual se encontraba plenamente consolidada como enfoque terapéutico, pudiendo identificarse cuatro enfoques de intervención surgidos en la generación anterior y ésta: el análisis conductual aplicado, el conductismo mediacional, la teoría del aprendizaje social y las terapias cognitivas. Estos conformaban un panorama de la Terapia de Conducta, ya menos conductual y más cognitivo-conductual.

La mayor sistematización con que contaban las intervenciones y la adopción de una postura más auto-crítica, probablemente como resultado de la consolidación, se había traducido en mayor interés por la eficacia de las intervenciones. Durante esta década se llevaron a cabo importantes estudios sobre las variables que afectan a la eficacia de las intervenciones y a los fracasos que se detectan (Foa y Emmelkamp, 1983). Este interés en la eficacia y efectividad de los procedimientos utilizados se ha mantenido y alcanza su máximo grado en el momento actual.

Durante esta época se tomó una mayor conciencia de la necesidad de diseñar intervenciones interdisciplinarias que procurasen un adecuado abordaje de la complejidad de los problemas que se trataban, tanto en el ámbito clínico como en otros

contextos sociales. Acorde con este sentir, se produjo la expansión a nuevas áreas de intervención, entre ellas la Medicina Conductual, el área laboral o la comunitaria. Paralelamente, los tratamientos se fueron haciendo más complejos, en coherencia con la conceptualización multifactorial de los problemas que estaban siendo abordados en la mencionada expansión de la Terapia de Conducta a otras áreas de la salud y necesidades sociales.

4.2.4. Mapa conceptual de la Segunda Generación



4.3. Tercera generación: panorama actual de la Terapia Cognitivo Conductual

En general, y con independencia de las consideraciones teóricas y metodológicas que se han ido reseñando, es indudable que se ha realizado, y se sigue realizando, un notable esfuerzo para dotar de un *corpus* teórico sistemático a esta disciplina. En este momento del desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual, al cual se hace referencia como la tercera generación de terapeutas de conducta (O'Donohue, 1998 y 2009), la TCC está claramente constituida como una de las principales psicoterapias. El camino recorrido hasta ahora ha dado lugar a un panorama heterogéneo donde las técnicas de la primera época conviven con las que progresivamente se han ido añadiendo. Sin embargo, desde un punto de vista conceptual asistimos a un cambio sustancial que se evidencia en la polarización de los enfoques teóricos de la TCC, por un

lado, contemplamos los nuevos desarrollos del análisis conductual aplicado, las llamadas *terapias contextuales*, por otro, las nuevas derivaciones de los modelos cognitivos, influidos por las teorías del aprendizaje constructivistas (Mahoney, 1995), terapias que se apartan del paradigma mecanicista y asociacionista que fundamenta las primeras terapias cognitivas. Hay que señalar que aunque ambas posiciones (contextuales y cognitivo constructivistas) parten de premisas epistemológicas diferentes, se identifican entre ellas ciertos puntos en común determinados por la influencia de un nuevo *zeitgeist* postmodernista, responsable del contexto filosófico del constructivismo.

En este momento, igual que ocurrió con anterioridad, conviven técnicas que históricamente proceden de distintas orientaciones, no obstante, la adscripción de las técnicas a un modelo teórico concreto es hoy más difusa. Muchos procedimientos siguen basados en los principios clásicos de aprendizaje, la teoría de los dos factores o el modelo del aprendizaje social, sin embargo, otras técnicas están integradas sólo desde una perspectiva pragmática (e.g. las técnicas de relajación, las técnicas de sugestión o hipnosis o las técnicas paradójicas) sin que sus fundamentos teórico-conceptuales estén claros (Kazdin, 1991). Atendiendo a los criterios de la *praxis* clínica encontramos que en la actualidad, el modo de intervenir más frecuente se fundamenta en dicámenes de eficacia y efectividad (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Desde esta posición, se propone (al igual que lo hiciese Lazarus años atrás) que los criterios de inclusión de las técnicas en los programas de tratamiento se asienten sobre su valor terapéutico, que debe ser comprobado clínica y experimentalmente (Belloch, Sandín y Ramos, 1995) y no sobre razones epistemológicas o metodológicas.

En general, la revisión de la literatura sobre las intervenciones que se realizan en diversos trastornos (e.g. trastornos adictivos, trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación, disfunciones sexuales, etc.) muestran que los tratamientos están conformados por técnicas diversas, recogidas desde dichos criterios pragmáticos de utilidad. Se trata de una postura heredera del conductismo metodológico, que escoge como elemento definitorio y fundamental de la Terapia Cognitivo Conductual su talante auto-evaluativo a través de la metodología científica.

4.3.1. Estado actual de las Terapias Cognitivas

Para entender el momento actual de las Terapias Cognitivas y su evolución es necesario acercarse a las bases epistemológicas que han guiado el quehacer terapéutico de lo que se ha considerado la orientación cognitiva. Para ello esbozaremos brevemente la evolución del concepto de cognición en estas terapias. Meichenbaum (1995a) considera que las terapias cognitivas se han ajustado a tres metáforas básicas que tratan de describir la naturaleza de las cogniciones de los pacientes y el proceso terapéutico adoptado; dichas metáforas son: la metáfora del condicionamiento, la metáfora del procesamiento de la información y la metáfora narrativa.

Una de las primeras concepciones de las cogniciones fue considerarlas como conductas encubiertas (operantes encubiertas o *coverantes* –Homme, 1965–) sujetas a las mismas leyes de aprendizaje que la conducta manifiesta. Esta propuesta entronca con la tradición de Skinner y con la primera generación de terapeutas de conducta, ajustándose a la llamada **metáfora del condicionamiento**. A través de ella se explican y justifican las *técnicas de condicionamiento encubierto* desarrolladas por Cautela (1967), o la técnica de *parada de pensamiento* (Mahoney, 1974) y, según algunos autores (Caro, 1997a), también algunas terapias posteriores de la segunda generación, como son las *terapias de resolución de problemas y manejo de situaciones*. Estos dos últimos grupos de técnicas, las propiamente cognitivo-conductuales, están dirigidas a desarrollar estrategias para enseñar habilidades cognitivas específicas, y conciben el pensamiento como un conjunto de auto-enunciados encubiertos que pueden verse influidos por la mismas leyes del condicionamiento que controlan la conducta manifiesta (Caro, 1997a). Se incluyen procedimientos como el *Entrenamiento en Autoinstrucciones*, la *Inoculación de Estrés*, la *Solución de Problemas*, etc.

La **metáfora del procesamiento de la información**, propia de la segunda generación, considera la mente como una computadora y está a la base de las terapias de reestructuración cognitiva (*Terapia Cognitiva de Beck* y *Terapia Racional Emotiva Conductual* de Ellis). Estas terapias utilizan los términos propios del procesamiento de la información y toman esta metáfora como referencia a lo largo de todo el proceso terapéutico. Entienden que el funcionamiento cognitivo puede conceptualizarse de acuerdo con una serie de procesos como codificación, descodificación, almacenamiento, recuerdo, procesamiento atencional, sesgos atribucionales, mecanismos de distorsión, etc. Desde un punto de vista epistemológico estas terapias parten de la existencia de una realidad independiente del sujeto, que puede captarse de forma objetiva mediante un análisis lógico y racional de los datos que percibimos. De esta forma, los problemas emocionales de los pacientes se deben a distorsiones en la percepción de la realidad, es decir a errores cognitivos cometidos como consecuencia de los esquemas y asunciones tácitas que los sujetos utilizan al acercarse a las distintas situaciones (Meichenbaum, 1995b).

Por último la **metáfora de la narración constructiva** (Meichenbaum, 1995b) articula las terapias cognitivas constructivistas y es propia de la tercera generación. Esta perspectiva se basa en la concepción de que los humanos construyen activamente sus realidades personales, es decir, crean sus propios modelos representativos del mundo. No existe una realidad objetiva al margen de nuestros procesos de conocimiento; la realidad será el producto de los significados particulares que crean los individuos, es decir, no existe una realidad que los clientes distorsionan, contribuyendo a sus problemas, hay múltiples realidades y el papel del terapeuta será el de guiar al cliente y ayudarlo a ser consciente de cómo crea su realidad y de las consecuencias de esa construcción. La historia que construyen es lo verdaderamente relevante para el proceso adaptativo. De esta forma, no son los síntomas de la depre-

sión, ira o ansiedad los que interfieren con el funcionamiento, sino lo que los pacientes se dicen y dicen a otros sobre sus reacciones. El terapeuta cognitivo ayudará al paciente a construir una narración que encaje con las circunstancias del momento, le ayude a explicar sus dificultades, le permita concebir un cambio que resulte alcanzable y, así, construirlo (Meichenbaum, 1995b).

Ya hace unos años Reda y Mahoney (1984) describían un panorama que sigue vigente en la actualidad. Estos autores dividían las terapias cognitivas en dos grandes corrientes: a) los enfoques *asociacionistas*, entre los que se incluirían la Terapia Cognitiva de Beck, la Terapia Racional Emotiva de Ellis o el Entrenamiento en Auto-instrucciones de Meichenbaum, y b) los enfoques *constructivistas*, que plantean una concepción activa de la mente humana (Arnkoff, 1980; Guidano y Liotti, 1983). Unos años más tarde, el enfoque constructivista se situaría enfrentado al enfoque racionalista (Mahoney y Gabriel, 1987). Este último recogería los modelos de reestructuración cognitiva y los cognitivo-conductuales (Mahoney y Arnkoff, 1978).

El constructivismo surge para potenciar la propia actividad cognitiva en sí, dotarla de actividad propia, eliminado el tinte pasivo y meramente asociacionista de las terapias cognitivas tradicionales (Caro, 1995 y 1997a). El referente conceptual de estos modelos son las teorías evolucionistas y motrices de la mente. Los organismos son sistemas de conocimiento que son a la vez creadores y productos de su ambiente. Creadores en el sentido de que perciben y actúan imponiendo activamente reglas tácitas; y productos, en el sentido de que esas reglas tácitas son resultado de la evolución social y biológica, y de su desarrollo ontogenético (Feixas y Miró, 1993).

Mahoney (1988), quien constituye uno de sus principales impulsores, considera que el enfoque constructivista permite: (a) adoptar una visión más activa de la cognición y el organismo, frente a una visión más representacional y reactiva, (b) enfatizar la existencia de procesos nucleares tácitos, y (c) promover un complejo modelo de sistemas en el que pensamientos, sentimientos y conducta, son expresiones interdependientes del desarrollo del ciclo vital, extendiéndose a las interacciones entre el sí mismo y los sistemas sociales.

Entre las terapias constructivistas se ha de citar la *Terapia Cognitivo-Estructural* o *Psicoterapia Estructural* de Guidano y Liotti (1983), la *Terapia de los Constructos Personales* (Neimeyer, 1986), heredera de la clásica psicología de los constructos personales de Kelly (1955), y la *Psicoterapia Constructiva* de Mahoney (1995, 1997). En relación con el modo de hacer de estas terapias, hay autores que plantean que aunque hay motivos para diferenciar las terapias constructivistas de las racionalistas en atención al planteamiento de sus objetivos y de la epistemología sobre la que se sustentan, no los hay cuando se considera cómo operan. Critican el que las técnicas utilizadas sean técnicas cognitivas y conductuales, sin que existan aportaciones originales y relacionadas con sus planteamientos (Botella, 1987 y 1991).

Como se ha señalado, la aparición del enfoque constructivista propició las críticas a los modelos cognitivos anteriores que fueron tildados de racionalistas. La distinción entre terapias racionalistas (asociacionistas) y constructivistas superaba la clasificación de 1978 de Mahoney y Arnkoff, tomada como punto de referencia durante toda la década de los 70, incluso hasta nuestros días. No obstante, la distinción de Mahoney entre terapias racionalistas y constructivistas (Mahoney y Gabriel, 1987) no deja de tener problemas, pues lo cierto es que prácticamente ningún autor acepta el calificativo de racionalista (Caro, 1997a). Este hecho ha llevado a Mahoney (1995) a cuestionarse la utilidad de una diferenciación que una de las partes se niega a aceptar, apostando por un cambio de etiquetas que oponga los modelos *simples* a los *complejos*. No obstante, a pesar de la reticencia de los autores cognitivos tradicionales (terapeutas cognitivos y terapeutas cognitivo-conductuales) a considerarse racionalistas, lo cierto es que existen diferencias sustanciales que, independientemente de posturas personales, salen a la luz. Los puntos más destacados giran en torno a los procesos de conocimiento y acercamiento a la realidad, al papel de la emoción, de los factores interpersonales, la concepción de la relación terapéutica o el papel del procesamiento consciente y controlado (Caro, 1997a).

Independientemente del debate teórico entre orientaciones, la importancia e implantación de las terapias cognitivas desde su inicio a la actualidad es extraordinaria. Las razones para ello son múltiples y algunas siguen siendo las mismas que dieron lugar a su irrupción y que ya fueron comentadas: el interés por ofrecer una visión más completa del comportamiento, en sus determinantes y en su tratamiento. Su implantación es tal que hoy día se considera anacrónico hablar de Terapia de Conducta a secas y sólo el término cognitivo-conductual daría cabida a un mayor número de practicantes.

En términos de aplicación, es decir, de uso, las técnicas o terapias cognitivas son las más ampliamente utilizadas, dominando tanto la investigación como la práctica clínica en los diversos países (Rachman, 1997; Neenan y Dryden, 2004; Dobson, 2010). También han sido motivo del desarrollo de modelos explicativos de diversos trastornos. La lista de aportaciones, en este sentido, es abultada. Cabría empezar por el propio enfoque de Beck acerca de la depresión (Beck, 1963), al que podría añadirse los desarrollos que relacionan la depresión con la emoción y la recuperación de memorias negativas relacionadas con los sucesos depresivos (Segal e Ingram, 1994; Teasdale, 1993; Teasdale, Segal y Williams, 1995). En el ámbito de los trastornos de ansiedad hay que destacar la gran aportación realizada desde el Maudsley por autores de la talla de Gelder, Clark, Barlow, Salkovskis, Hawton, Fairburn, entre otros. Así mismo, en diversos problemas de salud las técnicas cognitivas, en asociación con las conductuales, generan programas de tratamiento más adecuados. Este es el caso de la Terapia Cognitiva y el Entrenamiento en Inoculación de Estrés aplicados al dolor (Thieme, Flor y Turk, 2006; Turk, Meichenbaum y Genest,

1983), la intervención en los trastornos alimentarios (Fairburn, 2008) o en el ámbito de las adicciones (Larimer, Palmer y Marlatt, 1999; Marlatt y Gordon, 1984).

Sin embargo, a pesar del gran desarrollo de las terapias cognitivas, de su extensa implantación y de su reconocida utilidad en diversos trastornos, han sido cuestionadas por muy diversos motivos, unas veces desde su mismo ámbito, otras desde posiciones opuestas, como el análisis conductual aplicado. Se citan a continuación algunas de las objeciones principales realizadas:

- La falta de definición e imprecisión en los términos utilizados desde el propio enfoque cognitivo. La propia etiqueta “cognición”, o la indiferenciación entre contenidos cognitivos o productos (e.g. pensamientos, atribuciones, expectativas, etc.), procesos cognitivos (e.g. distorsiones cognitivas, estilos de afrontamiento, etc.) o estructuras cognitivas (e.g. esquemas o creencias irracionales). Estas dificultades han sido constadas por autores como Avia, (1984) o Kanfer y Hagerman, (1985).
- La deficiente sustentación en los conocimientos provenientes de la psicología cognitiva (Seligman, 1988). Aun cuando hay esfuerzos, realizados por diversos autores (Teasdale, 1993) por aproximar los acercamientos terapéuticos a las investigaciones realizadas en el ámbito de la psicología cognitiva, las terapias cognitivas no pueden considerarse desarrollos tecnológicos de la psicología cognitiva (Feixas y Miró, 1993). De hecho, cabe resaltar que las principales terapias cognitivas surgieron poco antes o prácticamente al mismo tiempo que los principales logros de la psicología cognitiva (Mahoney, 1995).
- La falta de datos sobre la existencia de cambios cognitivos reales en las estructuras, procesos y contenidos después de las terapias cognitivas. En buena lógica, cabe suponer que su eficacia se deba, tal como defienden los autores, a los cambios que operan en las creencias o en la forma de procesamiento de los pacientes. Sin embargo, estos cambios no han sido claramente constatados. La eficacia de estas terapias es explicada también a través del aprendizaje y utilización de habilidades compensatorias que ayudarían a afrontar diversas situaciones y cogniciones (Vázquez y Cameron, 1997). Por otro lado, la rapidez del cambio en trastornos como la depresión cuestionan el que los cambios producidos realmente sean cambios cognitivos de importancia (Dobson, 1989).
- Las dificultades metodológicas derivadas de la evaluación de las cogniciones y de los cambios producidos mediante procedimientos cognitivos (Echeburúa, 1993), además de la falta de sistematización del proceso de intervención en algunas terapias. En este aspecto, si bien hay procedimientos bien estructurados, como los ya comentados de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), hay otros, como los de Ellis o las terapias constructivistas, que requerirían mayor sistematización.

A pesar de estas consideraciones críticas, si algo se puede destacar de las terapias cognitivas es el gran impulso que han dado a la Terapia de Conducta desde los años 70, con la facilitación de una perspectiva más amplia e integradora de la conducta, que ha llegado a quienes no consideraban que la Terapia de Conducta se hiciese cargo de la complejidad del comportamiento humano. Por otro lado, las críticas recogidas no son, en absoluto, patrimonio exclusivo de las técnicas cognitivas, sino que podrían hacerse extensivas a muchas otras técnicas de corte conductual, además, el ser objeto de crítica siempre es positivo, pues puede interpretarse como muestra de la gran actividad que caracteriza a estos modelos, así como del interés que suscitan.

4.3.2. El enfoque contextual

La tradición del análisis aplicado de conducta ha ido desarrollándose a través de los años, intentando subsanar algunas de las limitaciones y problemas de sus planteamientos previos. Los nuevos desarrollos de esta orientación han recibido diversas denominaciones, tales como *análisis de conducta clínica* (Dougher, 1993), *enfoque contextual* (Hayes, Follette y Follette, 1995), o *conductismo contextual* (Hayes y Hayes, 1992), en las que se enfatiza el peso del contexto en la determinación y explicación de la conducta. Las terapias surgidas a partir de aquí son las específicamente conocidas como *terapias de tercera generación*, habiendo acaparado un término que realmente, como hemos visto podría recoger también a orientaciones cognitivas constructivistas, pues comparten un marco epistemológico común.

El enfoque contextual toma su nombre de su sustentación en el paradigma del contextualismo funcional (expuesto en el Capítulo 12), que acoge el análisis conductual aplicado y se caracteriza por un ambientalismo radical. Este ambientalismo radical conlleva una intervención centrada en la manipulación del contexto que tradicionalmente llevó a reservar la aplicación de los procedimientos del análisis conductual aplicado a aquellas situaciones en que tal manipulación era posible (e.g. tratamiento de niños, personas con problemas de desarrollo, adultos institucionalizados, problemas que ocurren en la consulta del terapeuta y pueden ser modificados de forma directa, etc.), en la actualidad el contexto físico y social se ha ampliado para acoger también el verbal, uno de los contextos de intervención más importantes de estas terapias.

En su intento de extender el rango de aplicaciones y tratar problemas complejos que ocurren en la vida cotidiana, el enfoque contextualista ha vuelto los ojos a la investigación sobre aprendizaje, tratando de tener en cuenta los desarrollos de ésta (Dickinson, 1980; Mackintosh, 1983) en los que se considera el condicionamiento como un proceso complejo de recogida de información. Estos planteamientos han llevado a cuestionar la analogía entre el aprendizaje animal y humano (predomi-

nante en etapas anteriores) por considerarla reduccionista e interesada sólo en el estudio de conductas simples. De hecho, este tipo de críticas fue una de las causas del surgimiento de la orientación cognitiva en su inicio; sin embargo, ahora las consideraciones provienen del propio seno del conductismo radical, y han suscitado un mayor interés por el estudio del aprendizaje humano, considerando sus características diferenciales (O'Donohue, 1998). Los estudios de aprendizaje humano reconocen la mayor complejidad cognitiva del ser humano, incluyendo las características específicas de su conducta, como, por ejemplo, el aprendizaje discriminativo, el valor informativo de los reforzadores, el condicionamiento controlado mediante información (Shimoff, Catania y Mathews, 1981), el aprendizaje gobernado por reglas (Malott, Wahley y Malott, 1993), etc.

Como se ha comentado, el enfoque contextual reconoce especialmente el importante papel jugado por la conducta verbal (ya señalado por Skinner, 1957), que pasa a ocupar un lugar preeminente en las teorías recientes de aprendizaje (Hayes y Hayes, 1992). En concreto, el interés se centra en las relaciones entre instrucción y conducta, también denominada relación decir-hacer (Luciano y Gómez, 1998). El lenguaje tiene importancia en sí mismo y no solo cómo herramienta para actuar sobre procesos subyacentes. La atención prestada por los nuevos desarrollos del contextualismo al papel del lenguaje en la terapia es tal, que ha llevado al desarrollo de teorías específicas que sustentan algunas de las terapias más relevantes de este grupo, es el caso de la *Teoría de los Marcos Relacionales* que sirve de base a la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (Hayes, Strosahl y Wilson, 2004). Este hecho hace que se considere su aspecto más característico, sin embargo, se trata tan sólo de una parte (importante) del mismo. Otro aspecto esencial de este enfoque es el reconocimiento de que el comportamiento en el contexto terapéutico es también objeto de interés en sí mismo al tratarse de conductas con un valor funcional definido y, en consecuencia, una ocasión para introducir (moldear) nuevas pautas de conducta.

Los tres acercamientos más importantes dentro de este enfoque: la *Psicoterapia Funcional Analítica*, la *Terapia de Aceptación y Compromiso* y la *Terapia Dialéctica Conductual*.

- La **Psicoterapia Funcional Analítica** (Kohlenberg y Tsai, 1987) resalta la capacidad terapéutica de la interacción psicólogo-paciente. Destaca la situación terapéutica como una situación comportamental más, en la que el intercambio de respuestas y su valor funcional constituyen el elemento principal de la terapia. Este modo de hacer terapia es característico del punto de vista contextual: dar una mayor importancia a las contingencias concretas que a las normas generales de cómo deben de operar. Destacan el que el psicólogo debe responder al paciente, en su interacción con él, de un modo similar a

como ocurre en el medio ambiente del paciente. Si el paciente llora se debe responder (darle *feedback*) de un modo similar a como ocurriría en su ambiente natural, no de una forma “terapéuticamente correcta”. La consideración de la situación terapéutica como semejante a cualquier otra situación facilita su potencial terapéutico. Este tipo de terapia se ha indicado (Follette et al., 1996) que es especialmente útil en problemas recurrentes (pacientes en los que han fracasado otros tratamientos) o en problemas de difícil o imprecisa definición, como los trastornos de personalidad.

- La **Terapia de Aceptación y Compromiso** (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) se caracteriza por el intento de eliminar (o reducir) el control que los pensamientos y emociones tienen sobre la conducta, tratando de este modo de dar más importancia a las contingencias externas de la conducta. Al igual que en la Psicoterapia Funcional Analítica, no va dirigida a un trastorno concreto, sino a aquellos casos en que, un excesivo control cognitivo-emocional, es decir, de sucesos sólo accesibles a la propia persona, constituye una fuente de interferencia importante en el comportamiento, lo que se ha denominado trastorno por *evitación experiencial*.
- Finalmente, la **Terapia de Conducta Dialéctica**, ha sido diseñada por Linehan (1993) tomando como referencia las bases de la Psicoterapia Analítica Funcional, y el concepto de *aceptación* de la Terapia de Aceptación y Compromiso, estando dirigida a facilitar (moldear) formas adecuadas de expresión emocional en personas con déficit en este ámbito. Toma como referencia la actividad terapéutica desarrollada en las sesiones con el psicólogo y va dirigida, esencialmente, a los trastornos de personalidad límite.

Paradójicamente, y en contraposición con lo que han sido las áreas clásicas de intervención del análisis aplicado del comportamiento, gran parte del campo de trabajo de las terapias contextuales se centra en problemas con un alto grado de complejidad o de difícil delimitación, como son los trastornos de personalidad, y otros trastornos resistentes al tratamiento. Además, sus autores conciben también estas terapias como un apoyo a las intervenciones que se realizan desde otras orientaciones, como es el caso de la combinación de Terapia Cognitiva y *mindfulness* que realizan Segal, Williams y Teasdale (2002) para la depresión. El elemento característico de estos nuevos tipos de terapia es, fundamentalmente, destacar la importancia del análisis funcional y la intervención sobre las contingencias naturales para facilitar el cambio terapéutico, para ello, la situación específica de interacción interpersonal durante la terapia pasa a ser el elemento fundamental.

En cuanto a su proceder concreto, las técnicas específicas tienen que ver con la referencia concreta a la conducta. Estas terapias han desarrollado una lógica de intervención, pero no existen desarrollos técnicos como tal, sino utilización de téc-

nicas ya disponibles acordes con sus planteamientos, fundamentalmente las técnicas basadas en la exposición y de manejo directo de contingencias. También se utilizan instrucciones, reglas y consejo terapéutico (Pierce y Epling, 1995). Algunos autores (Hayes et al., 1995) van más allá e incluyen todas las técnicas disponibles en Terapia de Conducta, incluidas las técnicas cognitivas. De hecho, los procedimientos más utilizados durante el proceso de la Terapia de Aceptación y Compromiso son las metáforas, es decir técnicas con procedencia cognitiva (Wilson y Luciano, 2002).

Se ha señalado anteriormente que en la Terapia Cognitivo Conductual actual parece existir cierta discrepancia entre los postulados teóricos y la práctica clínica en la que se imponen criterios de pragmatismo y tecnicismo. En un intento de refrenar esta tendencia el enfoque contextualista (en paralelo con lo ocurrido en el enfoque cognitivo) trata de buscar su fundamentación en la investigación básica sobre aprendizaje, tratando de retomar la teorización abandonada durante los años precedentes (Hayes, 1995). De forma más general, las terapias contextuales toman las nociones sobre el proceso emocional que aporta la psicología básica o experimental, desde donde se entienden los procesos emocionales no como entidades disruptivas del funcionamiento del individuo que deben ser controladas, sino como conducta legítima con un sentido adaptativo. En este punto existe una clara diferencia con los enfoques cognitivo-conductuales clásicos donde la consideración de la emoción se realiza desde una perspectiva racional y de control. No obstante, a pesar de estos intentos, la distancia sigue siendo amplia pues la unión entre la teoría y la práctica se perdió, en gran medida, después de la primera generación de terapeutas y no se ha vuelto a recuperar.

Aún cuando las aportaciones de la orientación contextual a la TCC son relevantes (e.g. referencia directa al aprendizaje, consideración de la emoción en el proceso de intervención, importancia explícita a la relación terapéutica, utilidad en trastornos graves, etc.) no por ello dejan de tener elementos susceptibles de crítica, algunos de ellos comunes a otros enfoques. Comentaremos algunos de estos puntos:

- Carencia de sistematización. Aunque entre ellas existen diferencias, tal y como se verá en el Capítulo 12, tomadas en conjunto las terapias contextuales no presentan procedimientos muy sistematizados, ni un proceso de intervención con fases específicas y detalladas. Más bien presentan una lógica del tratamiento, con una serie de reglas de actuación cuya puesta en práctica depende, en gran medida, de variables del terapeuta y del paciente. Además, el contenido de cada una de las fases dependerá de la relación interpersonal específica que se establezca entre terapeuta y paciente, de tal forma que el proceso puede variar sustancialmente en función del paciente, el trastorno, y el propio terapeuta. En palabras de Luciano (1999) refiriéndose a la Psicoterapia Analítica Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy*): “FAP no provee de guías

específicas para el terapeuta sesión a sesión, sino que ofrece un marco de actuación conceptual y técnico en el que el terapeuta ha de mostrarse natural ya que el uso de guías específicas iría en contra de ello" (pag. 525).

Siendo así, las terapias contextuales están todavía lejos de poder *manualizar* sus intervenciones, al menos de la forma en que lo han hecho las intervenciones cognitivo-conductuales clásicas (Beck, 1995). Este es uno de los aspectos en los que más se está insistiendo en la actualidad (Chambless, Baker, Baucom, Beutler, Calhoun, Crits-Christoph et al., 1998) con el objetivo de poder plantear investigaciones de eficacia, efectividad y replicación de resultados. De hecho, desde su seno apelan a las limitaciones de las estrategias de investigación tradicionales de comparación de grupos y de las medidas de resultados cuantitativas, decantándose por los estudios de caso único.

- La relación entre principios de aprendizaje y las terapias contextuales es una relación *post hoc*, es decir, inversa al proceso que caracterizó a la primera generación de la TC donde los principios de aprendizaje eran descubiertos y las aplicaciones clínicas se desarrollaban a partir de ellos. Este proceder no tiene porqué ser inadecuado, pero sí puede resultar en una crítica cuando sus principios pretenden (o reivindican) un retorno a la esencia de la primera generación. Es preciso entonces recordar que, en sentido estricto, no se trata de terapias que se deriven directamente de la investigación experimental, sino que re-formulan diversos aspectos terapéuticos y del comportamiento humano, presentes desde siempre, tomando como referencia los trabajos de Skinner (1957) sobre conducta verbal y algunos desarrollos de la psicología del aprendizaje. Los enfoques contextuales centran su atención en aspectos antes dejados de lado por el análisis conductual aplicado y entran después a fundamentarlos teórica y científicamente. En este sentido, cuando Hayes (el autor de ACT) ha sido preguntado por la razón de que ACT tardara tanto en ser popular cuando el primer artículo sobre ella vio la luz en 1986, contesta lo siguiente: *"Si ACT hubiese sido popular hace 20 años, no habría podido ser escrutada de forma rigurosa. En sus comienzos su modelo no estaba bien desarrollado y su fundamentación era débil... Queríamos dedicar años a desarrollar su filosofía, teoría básica, medidas y aplicación antes de publicar este acercamiento en un libro (en 1999). ...Como esperamos y trabajamos en la fundamentación, ahora las personas pueden ver todo el trabajo realizado en las bases"* (Hayes, 2008).

Pareciese, por tanto, que el *análisis aplicado de conducta* se haya visto en la necesidad de atender mediante un modelo menos restrictivo la complejidad del comportamiento humano, incorporando para ello constructos y conceptos clásicos de la psicoterapia, para pasar posteriormente a dotarles de un formulación conductual (e.g. la relación terapéutica en términos de contingencias, o el *self* como producto de la comunidad verbal).

- Problemas metodológicos en los estudios de eficacia. La revisión de los estudios de eficacia realizada por Öst (2008) muestra que: 1) la metodología de las investigaciones sobre las que se sustentan los datos de eficacia y efectividad ha sido significativamente menos rigurosa que la del enfoque cognitivo-conductual, y 2) que la media del tamaño del efecto fue moderado para la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia de Conducta Dialéctica. De hecho, según este autor desde un punto de vista estricto realmente ninguna de las terapias de tercera generación cumple los criterios para convertirse en un tratamiento con apoyo empírico (Öst, 2008). Aunque hay desacuerdo en cuanto al alcance y significado de los resultados de esta revisión (Gaudiano, 2009), lo cierto es que la rigurosidad de la metodología de los estudios de eficacia de las terapias contextuales es un tema debatido.
- Escasez de estudios controlados sobre procesos y ausencia de evidencia clara acerca de los principios responsables del cambio sugeridos. De la misma forma que se cuestionan los mecanismos de cambio propuestos por las terapias cognitivas, es posible cuestionar los mecanismos conductuales a los que se apela, por ejemplo, el reforzamiento natural en la sesión (Follette, Naugle y Callaghan, 1996), pues a pesar de la depuración metodológica que plantean algunos autores, los resultados de estas investigaciones son cuestionables (Follette y Callaghan, 1995).

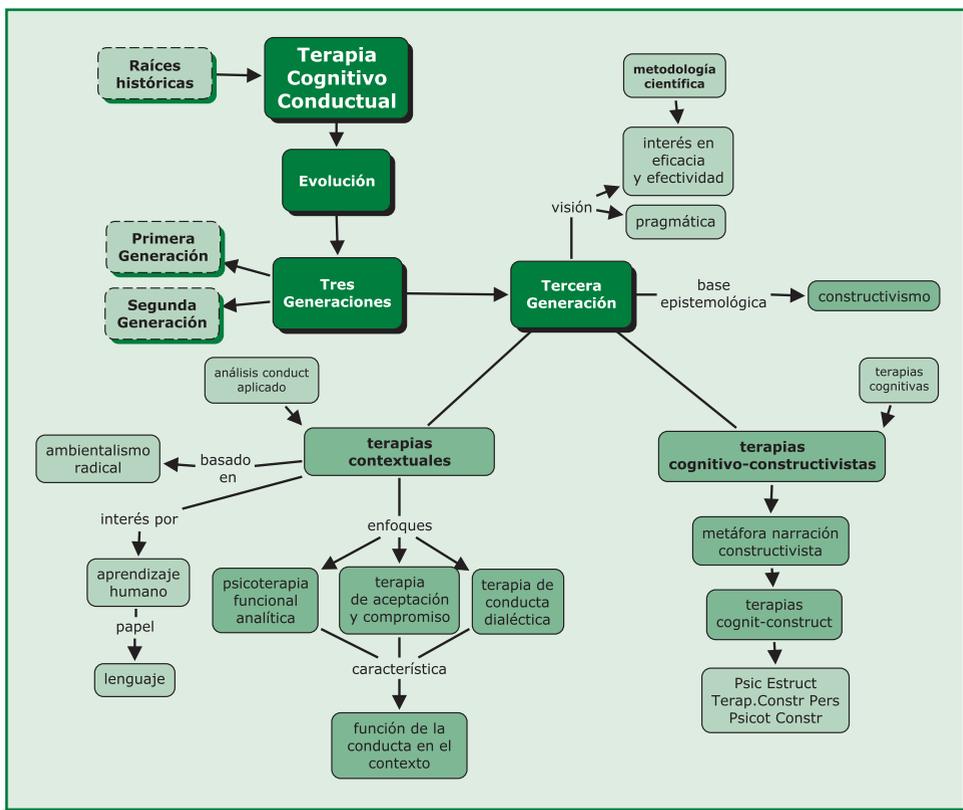
4.3.3. Consideraciones sobre la tercera generación de terapeutas de conducta

Se señaló anteriormente como la influencia de un nuevo *zeitgeist* postmodernista se está dejando notar en todas las orientaciones terapéuticas, por muy contrapuestas que resulten. Así, las terapias contextuales tienen una concepción del conocimiento y de la percepción del individuo que resulta similar a las propuestas constructivistas de la terapia cognitiva. En palabras de Kohlenberg y Tsai (1995): *“El conductismo radical cuestiona la existencia de una realidad fija y conocible, en vez de eso afirma que la realidad no existe independientemente de la percepción. Percibir, por tanto, es una conducta moldeada por las experiencias del individuo desde el nacimiento hasta el presente”*. De esta forma, apelando a estos principios epistemológicos comunes, los nuevos desarrollos cognitivos constructivistas tendrían también cabida en esta tercera generación, y al igual que los enfoques contextuales su surgimiento estaría relacionado con la necesidad de subsanar limitaciones anteriores y atender adecuadamente la complejidad humana.

Es importante señalar que, a pesar de las limitaciones y críticas que se han ido planteando a los distintos enfoques cognitivo conductuales, y de la pérdida de la identidad inicial de la Terapia de Conducta, lo cierto es que el cambio que se ha ido produciendo no deja de ser positivo, pues está guiado por la necesidad de optimiza-

ción de perspectivas anteriores, tratando de atender la globalidad del comportamiento humano y la complejidad de muchos de sus procesos, tanto en la conducta normal, como la considerada anormal. La derivación de principios clínicos desde el laboratorio mostró ser realmente útil en la primera generación, la incorporación de los modelos cognitivos ha dado lugar a algunas de las terapias más reconocidas y eficaces en el ámbito de la salud mental (Epp, Dobson y Cottraux, 2009), y las terapias cognitivas constructivistas y contextuales están mostrando gran utilidad en el abordaje de trastornos realmente difíciles (e.g. trastornos de personalidad). El panorama actual donde conviven y se conjugan las aportaciones de las tres generaciones, nos ofrece así un arsenal terapéutico cada vez más amplio y útil. Desde nuestro punto de vista la amenaza fundamental a la Terapia Cognitivo Conductual puede provenir de la posibilidad de no atender suficientemente la fundamentación teórica-experimental, priorizando excesivamente el desarrollo *tecnológico* utilitario, y/o de la merma en la rigurosidad metodológica de sus estudios de procesos y eficacia.

4.3.4. Mapa conceptual de la tercera generación



5. Definición de Terapia Cognitivo Conductual y características actuales

Teniendo en cuenta todos los aspectos que se ha ido comentado hasta aquí, no resulta sorprendente encontrar dificultad en la propuesta de una definición de Terapia Cognitivo Conductual que cuente con pleno acuerdo, esta tarea nunca ha sido fácil y probablemente hoy resulte aún más difícil. Cuando la Terapia de Conducta surgió formalmente había un consenso que se centraba en los aspectos comunes a todas las posiciones. Hoy es difícil detectar los restos de ese enfoque unitario (Kazdin, 1991), sin embargo, más que verlo como un problema no deja de ser una oportunidad de enriquecimiento. Dada esta situación, puede ser más adecuado caracterizar o definir la Terapia Cognitivo Conductual por lo que se consideran sus fundamentos teóricos y por las características que comparten las intervenciones que se hacen desde ahí, pues es difícil que una definición, que no sea excesivamente extensa, pueda abarcar todos los aspectos significativos de esta disciplina, quedándonos entonces en propuestas muy generales como con la que iniciábamos el capítulo.

Por otra parte, los principios considerados inicialmente definitorios y básicos de la Terapia de Conducta han tenido que ser matizados y ampliados para no quedar circunscritos al primer estadio de la Terapia de Conducta (Rachman, 1997). Hoy, la relación entre la TCC y la psicología del aprendizaje (auténtico punto fuerte en sus orígenes) es, a pesar del renacido interés, más débil que nunca. Mucho de lo que ocurre en TCC está poco relacionado con las recientes aportaciones de la psicología del aprendizaje y la psicología básica en general (Mineka y Zinbarg, 2006; Mowrer y Klein, 2001). De hecho, la práctica de muchos terapeutas conductuales sigue anclada básicamente en nociones del condicionamiento de los años 50 y 60 del siglo XX. De igual manera, la práctica de los terapeutas de conducta de orientación cognitiva no presenta un panorama diferente. Las relaciones entre la psicología cognitiva experimental y la terapia cognitiva son bastante tenues.

A partir de este entramado, se recogen a continuación las que se consideran principales características de la Terapia Cognitivo Conductual actual con el objetivo de ofrecer una visión de los principios comunes a todas las orientaciones de esta disciplina:

- La TCC es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, sobre todo en sus inicios, en la psicología del aprendizaje. Actualmente parte de sus intervenciones están fundamentadas en la psicología científica, que pretende ser su punto de referencia.
- Las técnicas y procedimientos utilizados en TCC cuentan en una buena parte con base científica o experimental, sin embargo, también una proporción

importante de los procedimientos utilizados surgen de la experiencia clínica (reestructuración cognitiva, hipnosis, relajación, técnicas paradójicas, etc.).

- El objeto del tratamiento es la *conducta*, y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerada como actividad susceptible de medición y evaluación (aunque sea indirectamente), en la que se incluyen tanto los aspectos manifiestos como los encubiertos.
- La conducta se conceptualiza como básicamente aprendida, es decir, fruto de los diversos factores que han operado en la historia del sujeto, sin ignorar la influencia de factores biológicos o sociales. Sin embargo la referencia a los clásicos modelos de aprendizaje puede resultar restrictiva o insuficiente, aceptándose modelos causales multivariados desde los que se pueden establecerse intrincadas relaciones funcionales que superan el modelo tradicional E-O-R-C (Haynes, 1995).
- El objetivo de la intervención es el *cambio conductual*, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están a la base del comportamiento.
- La TCC pone el énfasis en los determinantes actuales del comportamiento, no obstante, tiene en cuenta los factores históricos que explican el porqué se está dando la situación actual.
- Desde el punto de vista metodológico se considera característica fundamental la utilización de la metodología experimental, o de forma más precisa, de un enfoque empírico que se aplica a lo largo de todo el proceso, en la evaluación y explicación de la conducta del sujeto, en el diseño de la intervención y en la valoración de sus resultados.
- Hay una estrecha relación entre evaluación y tratamiento, que se extiende a lo largo de toda la intervención, dándose entre ambas una constante y mutua interdependencia, que hace difícil su distinción como fases diferentes. No obstante son numerosas las intervenciones que se plantean en la actualidad a partir de criterios diagnósticos tradicionales y mediante protocolos estandarizados de actuación. Este proceder es fruto del conocimiento que ha ido adquiriendo acerca de los factores implicados en la génesis y mantenimiento de algunos problemas de comportamiento, y en la eficacia que ciertas intervenciones estandarizadas han mostrado en el tratamiento de determinados cuadros psicopatológicos.
- La TCC tiene especial interés en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, aspecto que procede del enfoque empírico que tiene todo lo referente a la evaluación y tratamiento. Dicha eficacia se establece experimentalmente valo-

rando los cambios producidos en la conducta tratada, considerando cambios a corto y largo plazo, así como su generalización al ambiente habitual del sujeto.

- El tratamiento conductual ha sido y es eminentemente activo. Implicando la realización de actividades por parte del interesado en su medio ambiente natural.
- La relación terapéutica tiene en estos momentos un valor explícitamente reconocido, sobre todo en las nuevas terapias contextuales, dónde las contingencias que se desarrollan durante la propia situación terapéutica son consideradas un contexto de aprendizaje tan relevante como cualquier otro, al convertirlo en un entorno representativo del contexto habitual del sujeto.

6. Conclusiones y consideraciones finales

Aunque el estado de los principios o características definitorias de la TCC resulte controvertido, habiéndose tenido que ampliar y matizar para atender a la diversidad actual, lo cierto es que con las matizaciones realizadas puede decirse que estos principios recogen en una buena medida la esencia y momento de esta disciplina. No obstante, las implicaciones de esta situación de pluralidad y de desconexión entre investigación básica y quehacer clínico, son importantes, pues la práctica clínica sólo puede progresar de forma afianzada si sigue de cerca los avances que van produciéndose en la psicología básica. Aunque es evidente que los clínicos por estar frente a la realidad cotidiana pueden estar influidos por múltiples factores, o encontrar datos de las fuentes más diversas que avalen su quehacer terapéutico, las mejores credenciales para dicho aval proceden de la psicología experimental (Laborda, 2009; Laborda, Witnauer y Miller, 2011). Sin embargo, también es verdad que esta es una tarea en dos frentes. Tan importante es el hecho de que los clínicos conozcan el trabajo básico y lo incorporen a su quehacer terapéutico, como que los investigadores básicos se centren en temas relevantes para la clínica, y además sean capaces de expresarlo en términos inteligibles (O'Donohue 2009). Por otro lado, puede que uno de los factores responsables de esta situación de distanciamiento entre teoría y práctica ha sido el afán de la TCC (por otro lado explicable) de desarrollar tratamientos eficaces, descuidando en este recorrido la tarea de sustentación teórica. No sólo importa qué funciona, sino por qué funciona, ya que sólo así se podrá dar cuenta de los fracasos y optimizar los éxitos.

Thomas Kuhn afirmaba que sólo en los períodos de crisis reconocida los científicos se vuelven hacia el análisis filosófico o epistemológico cómo instrumento para resolver los enigmas de su campo, y que en períodos de ciencia normal habitualmente tienen aislada la filosofía creadora (Kuhn, 1970). Esta tarea no debiera abandonarse nunca. En cualquier caso, lo que parece obvio es que este sí es un periodo de controversia y, por tanto, el momento de reflexionar sobre el estado teórico de la

TCC, y de intentar articular un modelo de conducta comprensivo, una *teoría marco* (1988) que integre los elementos más significativos de los distintos niveles del comportamiento humano, y defina la interacción entre áreas como la psicofisiología, el estudio de la personalidad, los procesos cognitivos, los mecanismos de aprendizaje o el contexto social y cultural. Los intentos de este tipo no serían nuevos, ya el *conductismo paradigmático* de Staats trató de aportar un marco general de explicación del comportamiento humano, estableciendo diversos niveles de estudio que recogerían todas las áreas de la psicología, ya que se considera que todas ellas son potencialmente relevantes para la práctica clínica (Staats, 1995), pero la dificultad de la tarea era y es evidente, aunque este no debiese ser el criterio que decidiera sobre esta empresa.

Ya hace unos años O'Donohue y Krasner (1995) mostraban su desconfianza en la posibilidad de desarrollar una teoría unificadora que integrase las regularidades de los dispares enfoques en la TCC y en que, además, esa fuese la opción más oportuna. Lo cierto es que los terapeutas de conducta están trabajando en muy diferentes problemas, desde diferentes modelos y paradigmas y, además, la psicología experimental no es un área de conocimiento unificada. Siendo así, podría ser mucho más probable y factible que diferentes ámbitos de la Terapia de Conducta se vieses influidos por áreas específicas de investigación de la psicología experimental, y se apostase por *microteorías* en vez de por una *macroteoría* común. Esta opción no resulta incompatible con una teoría de carácter más general, más bien se trataría de planes complementarios. Los resultados del trabajo en áreas o ámbitos específicos del comportamiento humano, necesitan, a nuestro entender, ser llevados a un nivel superior de integración que permita la interacción y comunicación (horizontal y vertical) entre esas parcelas de conocimiento. De otro modo, se corre el riesgo de la segmentación del comportamiento humano y de la adopción de posturas simplistas, incluso radicales.

7. Resumen

- La Terapia Cognitivo Conductual es la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente.
- La Terapia de Conducta hace su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos como alternativa radical al modelo psicoanalítico.
- La TCC posee un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso de intervención, con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos.

- El conductismo es el paradigma que cimentó el surgimiento de la Terapia de Conducta.
- Los estudios sobre condicionamiento clásico de Pavlov fueron una influencia decisiva desde el punto de vista conceptual y metodológico para la Terapia de Conducta, dando lugar al primer paradigma experimental para el estudio de las respuestas de ansiedad.
- La importancia de los estudios de Pavlov está relacionada con haber demostrado, por una parte, que el condicionamiento experimental podía producir respuestas neuróticas, y por otra, que la aplicación sistemática del contracondicionamiento podía eliminarlas.
- La ley del efecto de Thorndike establece que las respuestas seguidas de satisfacción quedan asociadas a la situación, de tal forma que se incrementa su probabilidad de ocurrencia en la misma situación.
- La ley del efecto de Thorndike supuso la base para el desarrollo de los principios básicos de condicionamiento operante de Skinner.
- El neoconductismo mediacional introdujo variables encubiertas mediadoras del comportamiento en sus modelos de conducta.
- El análisis experimental de la conducta es un de las principales aportaciones conceptuales de Skinner. Está centrado en el estudio de las relaciones entre el comportamiento y los estímulos ambientales.
- La aplicación del análisis experimental de la conducta a problemas relevantes socialmente se denomina análisis conductual aplicado.
- La teoría del aprendizaje social de Bandura es uno de los desarrollos teóricos que fundamentó la orientación cognitiva en TC. Bandura estableció una nueva forma de condicionamiento, el aprendizaje vicario que dio lugar a los procedimientos de modelado.
- La evolución de la TC se puede entender en términos de generaciones:
 - Primera generación: los procedimientos terapéuticos se derivan de los principios del aprendizaje clásico y operante.
 - Segunda generación: marcada por la relevancia de las variables cognitivas en los modelos de comportamiento y por acercamientos terapéuticos que las convierten en el foco de intervención.
 - Tercera generación: aglutina perspectivas terapéuticas constructivistas y contextuales.

8. Bibliografía recomendada

Kazdin, A.E. (1978). *History of behavior modification: experimental foundations of contemporary research*. Baltimore, MD: University Park Press. (Trad.: *Historia de la modificación de conducta*, Desclée De Brouwer, 1983).

- Se trata de la obra probablemente más exhaustiva sobre la historia de la Terapia de Conducta hasta los años setenta. Presenta de forma pormenorizada los antecedentes y surgimiento de esta orientación, siendo una referencia imprescindible para el conocimiento en profundidad de los orígenes de la Terapia Cognitivo Conductual.

Kazdin, A.E. (1991). Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la Terapia de Conducta. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.

- Este capítulo presenta una revisión de la evolución conceptual y metodológica de la Terapia de Conducta, desde sus orígenes a la actualidad. Se centra específicamente en la exposición de la fundamentación del quehacer clínico contemporáneo y la discusión de los cimientos conceptuales y empíricos de la Terapia de Conducta como enfoque psicoterapéutico.

Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.

- En esta obra los autores reflexionan sobre el estado de los tratamientos psicológicos al comienzo de este siglo, abundando especialmente en el enfoque cognitivo conductual. Entre los temas que son foco de interés a lo largo del libro aparecen cuestiones sobre la eficacia de la psicoterapia, la posible convergencia entre distintos acercamientos, y la percepción social de la psicoterapia y su papel en el ámbito de la salud.

Plaud, J.J. (2003). Pavlov and the foundation of behavior therapy. *Spanish Journal of Psychology*, 6, 147-154.

- Este artículo analiza el legado de Pavlov a la Terapia de Conducta. De una forma clara, concreta y detallada el autor presenta las aportaciones conceptuales y sobre todo metodológico-experimentales de la investigación de Pavlov a la psicología, y específicamente a la Terapia de Conducta, analizando de qué forma su pionera investigación influyó en los padres de la TC. Muestra como el condicionamiento clásico ha representado mucho más que un paradigma sistemático de aprendizaje básico, siendo una piedra angular de la teoría y la práctica de la Terapia Cognitivo Conductual.

9. Referencias bibliográficas

- Arnkoff, D. (1980). Psychotherapy from the perspective of cognitive therapy. En J.M. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy Process*. NY: Plenum Press.
- Avia, M.D. (1984). Técnicas cognitivas y de autocontrol. En J. Mayor y F. J. Labrador (Eds.): *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid: Alhambra.
- Ayllon, T. (1963). Intensive treatment of psychotic by stimulus satiation and food reinforcement. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 53-61.
- Ayllon, T. y Azrin, N.H. (1965). The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 8, 357-383.
- Ayllon, T. y Azrin, N.H. (1968). *The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation*. NY: Appleton Century Crofts. (Traducción: Economía de fichas: un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación, Trillas, 1976).
- Baer, D.M., Wolf, M.M. y Risley, T.R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. NY: Holt, Rinehart y Winston. (Traducción: Principios de modificación de conducta, Sígueme, 1983).
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 231-235.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall. (Traducción: Pensamiento y acción. Fundamentos sociales, Martínez-Roca, 1987).
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. NY: Freeman & Company.
- Barret, B.H. (1962). Reduction in rate of multiple tics by free operant conditioning methods. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 135, 187-195.
- Barret, B.H. y Lindsley, O.R. (1962). Deficit in acquisition of operant discrimination and differentiation shown by institutionalized retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, 67, 424-436.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy, basics and beyond*. NY: Guilford Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. NY: Guilford Press. (Traducción: Terapia cognitiva de la depresión, Desclée De Brouwer, 1983).
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). Conceptos y modelos en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw Hill.

- Bijou, S.W. (1959). Learning in children. *Monographic of the Society for Research in Child Development*, 24, 5.
- Bijou, S.W. (1963). Theory and research in mental (developmental) retardation. *Psychological Record*, 13, 95-110.
- Bijou, S.W., Birnbrauer, J.S., Kidder, J.D. y Tague, C. (1966). Programmed instruction as an approach to the teaching of reading, writing and arithmetic to retarded children. *Psychological Record*, 16, 505-522.
- Bonwell, C. y Eison, J. (1991). *Active Learning: Creating Excitement in the Classroom AEHE-ERIC Higher Education Report No. 1*. Washington, DC: Jossey-Bass.
- Botella, C. (1986). *Introducción a los tratamientos psicológicos*. Valencia: Promolibro.
- Botella, C. (1987). Modelos constructivistas en terapia cognitiva: actualidad y valoración. *Psicologemas*, 1, 107-143.
- Caro, I. (1995). Pasado, presente y futuro de las terapias cognitivas. *Boletín de Psicología*, 46, 115-160.
- Caro, I. (1997a). Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos. En I. Caro (Ed.): *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Caro, I. (Ed.) (1997b). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Cautela, J.R. (1967). Covert sensitization. *Psychological Reports*, 20, 459-468.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Bennet Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. y Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-15.
- Dickinson, A. (1980). *Contemporary animal learning theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Dobson, K.S. (2010). *Handbook of cognitive behavioral therapies*. NY: Guilford Press.
- Dougher, M.J. (1993). Clinical behavior analysis. Introduction. *The Behavior Analyst*, 16, 269-270.
- Dunlap, K. (1932) *Habits, their making and unmaking*. NY: Liveright.
- D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971) Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78: 107-126.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A. (1982) Social problem solving in adults. En P.C. Kendall (Ed.): *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol.1). NewYork.: Academic Press.
- Echeburúa, E. (1993). *Modificación de conducta y psicología clínica*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Ellis, A. (1962) *Reason and emotion in psychotherapy*. NY: Lyle Stuart. (Traducción: Razón y emoción en psicoterapia, Desclée De Brouwer, 1980).

- Epp, A.M., Dobson, K.S. y Cottraux, J. (2009). Applications of individual cognitive behavioral therapy to specific disorders: efficacy and indications. En G.O. Gabbard (Ed.), *Textbook of psychotherapeutic treatments*. USA: American Psychiatric Publishing.
- Eroféeva, M.N. (1912). *Electrical stimulation of the skin of the dog as a conditioned salivary stimulus*. Unpublished doctoral dissertation, Petrograd.
- Eysenck, H.J. (1959) Learning theory and behaviour therapy II. Clinical aspects. *Archives of General Psychiatry*, 26, 496-501.
- Eysenck, H.J. (Ed.). (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Eysenck, H.J. y Martin, I. (1987). *Theoretical foundations in behavior therapy*. NY: Plenum Press.
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. NY: Guilford Press.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Ferster, C.B. y DeMyer, M.K. (1961). The development of performances in autistic children in an automatically controlled environment. *Journal of Chronic Diseases*, 13, 312-345.
- Ferster, C.B. y DeMyer, M.K. (1962). A method for the experimental analysis of the behavior of autistic children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 32, 89-98.
- Flanagan, B., Goldiamond, I. y Azrin, N.H. (1958). The control of stuttering behavior through response-contingent consequences. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 1, 173-177.
- Foa, E.B. y Emmelkamp, P.M.G. (Eds.) (1983). *Failures in behavior therapy*. NY: Wiley.
- Follette, W.C. y Callaghan, G.M. (1995). Do as I do, not as I say: A behavior-analytic approach to supervision. *Professional Psychology Research and Practice*, 26, 413-421.
- Follette, W.C., Naugle, A.E. y Callaghan, G.M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- Fordyce, W.E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. San Luis: C.V. Mosby Comp.
- Franks, C.M. y Wilson, G.T. (1976). *Annual review of behavior therapy*. (Vol. 3). NY: Brunner/Mazel.
- Gaudiano, B.A. (2009). Öst's (2008) Methodological Comparison of Clinical Trials of Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy: Matching Apples with Oranges? *Behavior Research and Therapy*, 47, 1066-1070.
- Goldiamond, I. (1965). Stuttering and fluency as manipulable operant response classes. En L. Krasner y L.P. Ullman (Eds.): *Research in behavior modification*. NY: Holt, Rinehart & Winston.

- Goldfried, M.R., Decented, E.T. y Weinberg, L. (1974). Systematic rational restructuring as a self-control technique. *Behavior Therapy*, 5, 247-254.
- Guidano, V. y Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. NY: Guilford Press.
- Guthrie, E.R. (1935). *The psychology of learning*. NY: Harper.
- Haggbloom, S.J., Warnick, R., Warnick, J.E., Jones, V.K., Yarborough, G.L., Russell, T.M., et al. (2002). The 100 most eminent psychologists of the 20th century. *Review of General Psychology*, 6, 139-152.
- Hayes, S.C. (1995). What do we want from scientific standards of psychological practice? En S.C. Hayes y V.M. Follette (Eds.): *Scientific standards of psychological practice: issues and recommendations*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S.C. (2008, Dec.). *Interview with Steven C. Hayes*, by Sokratens Njordur Viborg (pp. 2-11). Helsingborg, Sweden: Sokraten.
- Hayes, S.C., Follette, W.C. y Follette, V.M. (1995). Behavior therapy: a contextual approach. En A.S. Gurman y S.B. Messer (Eds.): *Essential psychotherapies. Theory and practice* (pags. 128-181). NY: Guilford Press.
- Hayes, S.C. y Hayes, L.J. (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: the example of cognition. *Behavior Therapy*, 23, 225-249.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. NY: Guilford Press.
- Haynes, S.N. (1995). Causalidad multivariada en psicopatología: introducción a los modelos causales. En V. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobbles (Eds.), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI.
- Homme, L.E. (1965). Perspectives in psychology: control of coverants, the operants of mind. *Psychological Record*, 15, 501-511.
- Hull, C.L. (1943). *Principles of behavior: an introduction to behavior therapy*. NY: Appleton-Century. (Trad. Debate, 1986).
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press
- Jacobson, N.S. y Margolin, G. (1979) *Marital therapy: strategies based on social learning and behavior exchange principles*. NY: Brunner/Mazel.
- Jones, M.C. (1924a). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7, 383-390.
- Jones, M.C. (1924b). A laboratory study of fear: the case of Peter. *Journal of Genetic Psychology*, 31, 308-315.
- Kanfer, F.H. y Hagerman, S.M. (1985). Behavior therapy and the information processing paradigm. En S. Reiss y R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy*. Orlando: Academic Press.
- Kanfer, F.H. y Saslow, G. (1965). Behavior analysis. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538.

- Kazdin, A.E. (1978). *History of behavior modification: experimental foundations of contemporary research*. Baltimore, MD: University Park Press. (Trad.: *Historia de la modificación de conducta*, Desclée De Brouwer, 1983).
- Kazdin, A.E. (1991) Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la terapia de conducta. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Kelly, G.A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. NY: Norton.
- Knapp, P. y Beck, A.T. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (Suppl II), S54-64.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. En N.S. Jacobson (Ed.): *Psychotherapists in clinical practice. Cognitive and behavioral perspectives*. NY: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: a behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kuhn, T.S. (1970). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press. (Traducción al castellano, Mexico: FCE, 1971).
- Laborda, M.A. (2009). Modelos animales en psicopatología experimental: Miedo, tolerancia a las drogas, y condicionamiento. *Revista de Psicología*, 18, 81-104.
- Laborda, M.A., Witnauer, J.E. y Miller, R.R. (2011). Contrasting AAC and ABC renewal: The role of contexts associations. *Learning & Behavior*, 39, 46-56.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Larimer, M.E., Palmer, R. y Marlatt A. (1999). Relapse Prevention An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Research & Health*, 23, 151-160
- Lazarus, A.A. (1959). The elimination of children's phobias by deconditioning. *Medical Proceedings*, 5, 261-265.
- Lazarus, A.A. (1961). Group therapy of phobics disorders by systematic desensitization. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 504-510.
- Lazarus, A.A. (1968). A plea for technical and theoretical breadth. *AABT Newsletter*, 3, 2.
- Lazarus, A.A. y Abramovitz, A. (1962). The use of emotive imagery in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Sciences*, 108, 191-195.
- Lega, L.I., Caballo, V.E. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. NY: Guilford Press.
- Lovaas, O.I. (1961). Interaction between verbal and non-verbal behaviour. *Child Development*, 32, 329-336.

- Luciano, M.C. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- Luciano, M.C. y Gómez, I. (1998). Comportamientos hiperactivos y/o atencionales desadaptativos. En M.A. Vallejo (Ed.) *Manual de terapia de conducta*. (Vol. 2, pags. 603-668). Madrid: Dykinson.
- Mackintosh, N.J. (1983). *Conditioning and associative learning*. Oxford: Clarendon Press.
- Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass: Ballinger.
- Mahoney, M.J. (1988). The cognitive sciences and psychotherapy: patterns in a developing relationship. En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pags. 357-386). Londres: Hutchinson.
- Mahoney, M.J. (1995). *Cognitive and constructive psychotherapies: theory, research and practice*. NY: Springer. (Traducción de Desclée De Brouwer, *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: teoría, investigación y práctica*, 1997).
- Mahoney, M.J. (1997). El proceso terapéutico en la psicoterapia constructiva. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Mahoney, M.J. y Arnkoff, D.B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. NY: Wiley.
- Mahoney, M.J. y Gabriel, T.J. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: an evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 39-59.
- Malott, R.W., Whaley, D.L. y Malott, M.E. (1993). *Elementary principles of behavior* (2^a Ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Marlatt, G. y Gordon, J. (1984). *Relapse prevention: maintenance strategies in addictive behavior change*. NY: Guilford Press.
- Masserman, J.H. (1943). *Behavior and neurosis: an experimental psycho-analytic approach to psychobiologic principles*. Chicago: University of Chicago Press.
- Max, L. (1935) Breaking up a homosexual fixation by the conditioned reaction technique. *Psychological Bulletin*, 32, 734.
- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*. NY: Plenum Press.
- Meichenbaum, D.H. (1985). *Stress inoculation training*. NY: Pergamon (Traducción: Entrenamiento en inoculación del estrés, Barcelona: Martínez Roca, 1987).
- Meichenbaum, D.H. (1995a). Cognitive behavioral therapy in historical perspective. En B. Bongar y L.E. Beutler (Comps.), *Comprehensive textbook of psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Meichenbaum, D.H. (1995b). Cambios en la concepciones de la modificación de conducta cognitiva. En M.J. Mahoney (Ed.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

- Meichenbaum, D.H. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Meyer, V. (1957). The treatment of two phobic patients on the basis of learning principles. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55: 261-266.
- Mineka, S. y Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61, 10-26.
- Mowrer, O.H. (1947). On the dual nature of learning. A reinterpretation of «conditioning» and «problem solving». *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and the symbolic processes*. (Vol. 17). NY: Wiley.
- Mowrer, O.H. y Mowrer, W.M. (1938). Enuresis. A method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436-459.
- Mowrer, R.R. y Klein, S.B. (2001). *Handbook of contemporary learning theories*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Neenan, M. y Dryden, W. (2004). *Cognitive Therapy: 100 key points and techniques*. NY: Brunner-Routledge
- Neimeyer, R.A. (1986). Personal construct therapy. En W. Dryden y W. Golden (Eds.), *Cognitive-Behavioral Approaches to Psychotherapy*. Londres: Harper & Row Publishers.
- O'Donohue, W. (1998). Conditioning and third-generation behavior therapy. En W. O'Donohue (Ed.), *Learning and Behavior Therapy*. Boston: Allyn & Bacon.
- O'Donohue, W. (2009). A brief history of cognitive behavior therapy: Are there troubles ahead? En W. O'Donohue y J.E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. NJ: John Wiley & Sons.
- O'Donohue, W. y Krasner, L. (Eds.) (1995). Theories of behavior therapy and scientific progress. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Paul, G.L. (1966). *Insight vs. desensitization in psychotherapy: An experiment in anxiety reduction*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Plaud, J.J. (2001). Clinical science and human behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1089-1102.
- Plaud, J.J. (2003). Pavlov and the foundation of behavior therapy. *Spanish Journal of Psychology*, 6, 147-154.
- Pavlov, I.P. (1927). *Conditioned reflexes*. Londres: Oxford University Press.
- Pierce, W.D. y Epling, W.F. (1995). *Behavior analysis and learning*. Englewood, NJ: Prentice Hall.

- Rachlin, H. (1974). Self-control. *Behaviorism*, 2, 94-107.
- Rachman, S.J. (1997). The evolution of cognitive behaviour therapy. En D.M. Clark y C.G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Reda, M. y Mahoney, M. (1984). *Cognitive Psychotherapies*. Cambridge: Ballinger.
- Ribes, E. (1982). *El conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella.
- Risley, T.R. (1970). Behavior modification: an experimental therapeutic endeavor. En L.A. Hamerlynck, P.O. Davidson y L.E. Acker (Eds.), *Behavior modification and ideal mental health services*. Calgary, Alberta: University of Calgary Press.
- Rodríguez-Naranjo, C. (2000). *De los principios de la psicología a la práctica clínica*. Madrid: Pirámide.
- Ruíz, M.A. (1989). El impacto de la psicología cognitiva en las terapias de orientación cognitivo-conductual. En B. Rojí (Ed.): *Comunicación, cognición y psicoterapia: aspectos teóricos y metodológicos*. Madrid: UNED.
- Ruíz, M.A. (1993). Técnicas cognitivas y terapias cognitivo conductuales. En M.A. Vallejo y M.A. Ruíz (Eds.), *Manual Práctico de Modificación de Conducta* (Vol. 2). Madrid: FUE.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy; the direct approach to the reconstruction of personality*. NY: Creative Age Press.
- Segal, Z.V. e Ingram, R.E. (1994). Mood priming and construct activation in test of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 14, 663-695.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. NY: Guilford Press.
- Seligman, M.E.P. (1988). Competing theories of panic. En S. Rachman y J.D. Maser (Eds.): *Panic: psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Scotti, J.R., McMorrow, M.J. y Trawitzki, A.L. (1993). Behavioral treatment of chronic psychiatric disorders: publication trends and future directions. *Behavior Therapy*, 24, 527-550.
- Shapiro, M.B. (1957). Experimental method in the psychological description of the individual psychiatric patient. *International Journal of Social Psychiatry*, 3, 89-102.
- Shapiro, M.B. (1961). A method of measuring psychological changes specific to the individual psychiatric patient. *British Journal of Medical Psychology*, 34, 151-155.
- Shapiro, M.B. (1966). The single case in clinical psychology research. *Journal of General Psychology*, 74, 3-23.
- Shimoff, E., Catania, A.C. y Matthews, B.A. (1981). Uninstructed human performance: sensitivity of low-rate performance to schedule contingencies. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 36, 207-220.

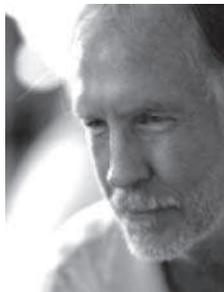
- Silva, F. (1993). La evaluación conductual: concepto y proceso. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.): *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Skinner, B.F. (1938). *The behavior of the organisms*. NY: Appleton.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. NY: McMillan.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal behavior*. NY: Appleton.
- Skinner, B.F., Solomon, H.C. y Lindsley, O.R. (1953). Studies in behavior therapy, Metropolitan State Hospital, Waltham, Massachusetts, Status Report I., *Noviembre*, 30.
- Spivack, G. y Shure, M.B. (1974). *Social adjustment of young children: a cognitive approach to solving real-life problems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Staats, A.W., Finley, J.R., Minke, K.A. y Wolf, M.M. (1964). Reinforcement variables in the control of unit reading responses. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 7, 139-149.
- Staats, A.W. (1988). Paradigmatic behaviorism and intelligence. *Psicothema*, 1, 7-25.
- Staats, A.W., Staats, C.K., Schutz, R.E. y Wolf, M.M. (1962). The conditioning of textual responses using «extrinsic» reinforcers. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 5, 33-40.
- Shenger-Krestovnikova, N.R. (1921). Contributions to the physiology of differentiation of visual stimuli, and determination of limit of differentiation by the visual analyzer of the dog. *Bulletin of Institute of Lesgaft*, iii.
- Suinn, R.M. y Richardson, F. (1971). Anxiety management training: a non-specific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498-510.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically validated psychological treatments: report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Teasdale, J.D. (1993). Emotion and two kinds of meaning: cognitive therapy and applied cognitive science. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 339-354.
- Teasdale, J.D., Segal, Z. y Williams, J.M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Thieme, K., Flor, H. y Turk, D. (2006). Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: efficacy of operant behavioural and cognitive behavioural treatments. *Arthritis Research Therapy*, 8, R121.
- Tolman, E.C. (1952). A cognitive motivation model. *Psychological Review*, 59, 389-400.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine. A cognitive-behavioral perspective*. NY: Guilford Press.
- Ost, L.G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.

- Vázquez, C. y Cameron, C. (1997). Taxonomía cognitiva, psicopatología y psicoterapias cognitivas. En I. Caro (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Wakehan, G. (1928). Query on a revision of the fundamental law of habit formation. *Science*, *68*, 135-136.
- Watson, J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, *20*, 158-177.
- Watson, J.B. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, *3*, 1-14.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wolpe, J. (1952). Experimental neuroses as learned behaviour. *British Journal of Psychology*, *43*, 243-268.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Woodworth, R.S. (1938). *Experimental Psychology*. NY: Holt.
- Wolpert, L. (1992). *The unnatural nature of science*. Cambridge: Harvard University Press.
- Yates, A.J. (1958). The application of learning theory to the treatment of tics. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *56*: 175-182.

El proceso en Terapia de Conducta: la evaluación conductual

Marta Isabel Díaz, M^a Ángeles Ruiz y Arabella Villalobos

- 1. Introducción**
- 2. Fundamentos teóricos: historia y desarrollo de la evaluación conductual**
- 3. Definición de evaluación conductual**
- 4. Estrategias de evaluación conductual**
 - 4.1. *Entrevistas conductuales*
 - 4.2. *Observación conductual*
 - 4.3. *Evaluación cognitivo conductual*
 - 4.4. *Evaluación psicofisiológica*
 - 4.5. *Aplicabilidad diferencial de los métodos de la evaluación conductual*
- 5. El análisis funcional en la evaluación conductual**
 - 5.1. *Procedimiento del análisis funcional*
 - 5.2. *Limitaciones del análisis funcional*
- 6. Procedimiento y proceso de la evaluación conductual**
- 7. Mapa conceptual de evaluación conductual**
- 8. Cuestiones sobre fiabilidad y validez en la evaluación conductual**
- 9. Direcciones futuras: evaluación basada en la evidencia**
- 10. Conclusiones y consideraciones finales**
- 11. Resumen**
- 12. Bibliografía recomendada**
- 13. Referencias bibliográficas**



Stephen N. Haynes es profesor de Psicología en la Universidad de Hawai, en Honolulu. Ha trabajado en las áreas de psicopatología, análisis funcional, formulación de casos, evaluación psicológica, medicina conductual y psicopatología experimental. Su investigación actual se focaliza en la evaluación de eventos vitales traumáticos, evaluación conductual y juicio clínico, entre otros temas.

<http://socialsciences.people.hawaii.edu/faculty/?dept=psy&faculty=sneil@hawaii.edu>



Michel Hersen, es profesor en la *School of Professional Psychology Faculty* de la *Pacific University*, Oregon. Sus áreas de interés son la evaluación y el tratamiento de adultos mayores y la investigación de caso único, entre otras. Publicó en 1976, junto a A. S. Bellack, el primer manual de evaluación conductual *Behavioral Assessment: Practical Handbook*. Sus trabajos en esta área siguen siendo a día de hoy un referente obligado.

<http://www.pacificu.edu/spp/faculty/hersen.cfm>

Palabras clave

- Evaluación Conductual
- Evaluación psicológica
- Formulación de caso
- Entrevista conductual
- Observación conductual
- Evaluación psicofisiológica
- aprendizaje social
- Evaluación cognitivo conductual

Objetivos

Este capítulo ha sido escrito con el objetivo de que el lector o lectora...

- Identifique la evaluación conductual en el marco de aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales, como el proceso inicial, de integración de información y de marco para la generación de propuestas de intervención, así como para la evaluación de la intervención y el cambio producidos.
- Reconozca los objetivos y los pasos del análisis funcional y su integración dentro del proceso general de evaluación conductual.
- Conozca las controversias asociadas a la evaluación conductual, su estado conceptual actual y directrices futuras.

1. Introducción

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) asume un enfoque de tratamiento de la disfunción clínica y de la conducta desadaptada que en la actualidad no se asienta sobre un único modelo general de la conducta normal y anormal. Se ha visto en el capítulo anterior como son diversas las orientaciones que se pueden encuadrar dentro de la TCC, y que éstas trabajan desde paradigmas que ofrecen diferentes conceptualizaciones de los problemas, diferencias que algunas veces resultan sustanciales (e.g. en cuanto al papel del lenguaje en los modelos cognitivos y contextuales, el peso asignado a los procesos mentales en el comportamiento, la relevancia de la historia de contingencias, etc.). No obstante, la orientación empírica de la TCC y su carácter auto-evaluador son aspectos que comparten todos los modelos que se agrupan bajo esta denominación. Estas características se hacen presentes en la utilización de métodos científicos de evaluación a la hora de determinar qué valorar y cómo hacerlo, y en una metodología ajustada al método hipotético-deductivo a lo largo del proceso de intervención. Este enfoque de contrastación empírica en todo lo referente a evaluación y tratamiento se muestra con claridad en el proceso de evaluación conductual (EV), proceso que vertebra y respalda las fases de la intervención en TCC, y que es una de sus mayores fortalezas.

La evaluación conductual que surgió como alternativa a la evaluación tradicional, proporciona a la TCC una metodología de evaluación coherente con sus supuestos básicos (las teorías del aprendizaje, los modelos cognitivos y los contextuales), aportando indicaciones metódicas sobre los focos de interés de la evaluación y los procedimientos pertinentes. Además, asigna un seguimiento al proceso de intervención que permite su monitorización continua y facilita su sistematización. Por otra parte, la evaluación conductual proporciona un entramado teórico-práctico para la formulación clínica de los casos mediante el proceso de análisis funcional, de tal forma que permite la integración individualizada de los diversos juicios clínicos sobre los problemas y objetivos de un paciente, las variables causales que parecen ejercer influencia sobre los problemas y las funciones de éstos, así como otras variables adicionales moduladoras que pueden afectar al objetivo, estrategias y resultados del tratamiento (Godoy y Haynes, 2011).

Como se verá a lo largo del capítulo, la influencia de este sistema de evaluación ha ido más allá del entorno de la terapia cognitivo-conductual, afectando definitivamente al área general de la evaluación psicológica, e influyendo, además, en la forma de investigar sobre las causas de los trastornos psicológicos, de evaluar los procesos de tratamiento y sus resultados, así como la forma en que se toman decisiones clínicas o de investigación.

Al ser este manual un texto básico sobre herramientas cognitivo-conductuales, el enfoque del presente capítulo se ha realizado atendiendo a criterios clásicos sobre la evaluación conductual. El objetivo es presentar al lector la historia, fundamentos y proceder elementales de la evaluación conductual, pero atendiendo a su evolución y, por tanto, realizando los ajustes pertinentes que doten a la exposición de toda utilidad en la actualidad. Creemos que no es posible entender planteamientos más novedosos si no se conocen las bases de una disciplina y, en ese sentido, los fundamentos y el proceso de la evaluación conductual pueden considerarse la columna vertebral de la terapia cognitivo-conductual y los cimientos para entender los planteamientos actuales de formulación de casos clínicos mediante un acercamiento analítico funcional.

2. Fundamentos teóricos: historia y desarrollo de la evaluación conductual

El tratamiento basado en principios conductuales tiene una historia más dilatada que el uso de estrategias de evaluación conductual bien definidas. Mientras que el tratamiento conductual se remonta a los días de la intervención sobre el pequeño Albert y su miedo a los objetos blancos y peludos (Jones, 1924), las estrategias de evaluación coherentes con la intervención conductual tardaron años en aparecer en escena. De hecho, lo que puede considerarse el primer uso formal de la evaluación conductual se hizo en el ámbito organizacional, al margen de los contextos clínicos (Hartshorne y May, 1928; Office of Strategic Services Staff, 1948).

Desde sus inicios, la evolución histórica de la evaluación conductual ha atravesado por distintas etapas, mostrando en su propia naturaleza muchos de los cambios que la TCC ha ido experimentando con el tiempo. El surgimiento a mediados de los años 60 de la evaluación conductual se debió en gran medida a las limitaciones que presentaba la evaluación tradicional. La evaluación tradicional en el contexto clínico se había venido ocupando de aspectos relativamente abstractos y fenómenos no observables, en coherencia con el paradigma psicodinámico que dominaba la psicología clínica. Por otra parte, los psicólogos conductuales empezaban a criticar el que la psicología clínica estuviese estancada debido al uso de intervenciones poco efectivas (Eysenck, 1952), y al divorcio existente entre las necesidades de cambio conductual identificadas y la forma de proceder en la evaluación tradicional.

Tal y como era concebida en sus inicios, la evaluación conductual incidía en la conducta manifiesta como foco de la evaluación. Aunque reconocían la presencia de variables encubiertas, éstas no se consideraban fuentes de influencia relevante sobre el comportamiento, y, por tanto, no eran un objetivo de evaluación. Por el

contrario, en coherencia con el paradigma operante dominante, la evaluación conductual se focalizaba en la identificación de conductas específicas y sus contingencias ambientales, de esta forma, se propició la aparición de numerosas e innovadoras formas de evaluación para las conductas directamente observables, formas de evaluación que resultaban coherentes con el enfoque idiográfico de la primera etapa de la terapia cognitivo-conductual (Ullman y Krasner, 1965).

Durante la década de los 70 la evaluación conductual tuvo una orientación más amplia. El estudio de casos individuales, típico de la década anterior, dio paso a la evaluación en contextos más complejos (e.g. escuelas, empresas, familias, y entornos socioculturales diferentes). Este cambio entre décadas tuvo que ver con la observación acerca de cómo estos contextos de evaluación influían sobre el comportamiento (el cambio efectivo requería cambios en contextos más amplios), pero también con las limitaciones del paradigma operante fuera de entornos muy controlados (e.g. hospitales, cárceles, instituciones, etc.) (Milne, 1984). Por otra parte, al asumir la evaluación conductual la propia evolución de la TCC se dio paso, en esta etapa de apertura hacia lo cognitivo, a aspectos del comportamiento de carácter encubierto (e.g. estados emocionales, sensaciones, imágenes mentales, cogniciones, etc.), así como a variables relacionales y psicofisiológicas (Lazarus, 1973). Este énfasis en un proceder multimodal forzó la incorporación de instrumentos de medida indirecta como los auto-informes (Cone, 1977, 1978). Así mismo, los años 70 fueron la época de aparición de las primeras ediciones de publicaciones de gran relevancia en la evaluación conductual, por ejemplo, los manuales *Behavioral Assessment: A Practical Handbook* (Hersen y Bellack, 1976), o *Handbook of Behavioral Assessment* (Ciminero, Calhoun y Adams, 1977), y las revistas *Behavioral Assessment* y *Journal of Behavioral Assessment*, que salieron a la luz en 1979.

Los años 80, sobre todo en su segunda mitad, fueron testigos de una proliferación de publicaciones en el ámbito de la evaluación conductual que Nelson (1983) denominó *luna de miel de la evaluación conductual*. El surgimiento de nuevos contextos de intervención para la TCC como la medicina conductual a finales de los 70 se consolidó durante década de los 80, ampliando el ámbito de aplicación de la evaluación conductual a trastornos psicofisiológicos como el dolor crónico, las enfermedades cardiovasculares, trastorno de Raynaud, asma, etc. (Williamson, Veron-Guidry y Kiper, 1998).

Durante los 90 se dio una reevaluación de los presupuestos más emblemáticos, yendo más allá del positivismo de la primera época y del cognitivismo de la segunda, para pasar a la incorporación de enfoques contextuales procedentes del conductismo radical, que, tal como se ha indicado en el capítulo dedicado a la historia de la TCC, suponen un cambio filosófico sustancial en relación con la fundamentación teórica

anterior (Hayes, 2004). De forma paralela se producía, además, la incorporación de influencias procedentes de otras disciplinas y tradiciones evaluadoras. La evaluación conductual entró así en una dinámica de rápida evolución que se ha prolongado hasta el presente. Como ejemplo de este cambio puede tomarse la disminución progresiva del número de artículos sobre evaluación conductual, lo que ha conllevado la desaparición de algunas de las revistas dedicadas al tema, pasando los artículos de evaluación conductual a formar parte de revistas de evaluación psicológica en general o constituyendo una pequeña sección en algunas de las revistas sobre TCC. Como casos destacados cabe aludir a los de las revistas *Behavioral Assessment* y *Journal of Behavioral Assessment*, aparecidas en los años 70 y desaparecidas o reconvertidas en los 80 o principios de los 90, pasando la primera a constituir una sección de la revista *Behaviour Research and Therapy* en 1992, y la segunda a reconvertirse en *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* en 1985, incluyendo aspectos más amplios de la psicopatología y la utilización de herramientas clásicas de evaluación en los trabajos publicados (e.g. MMPI-2, MCMI-III).

La Evaluación Conductual (EC) ha cambiado así desde la sustentación en las teorías del aprendizaje y la marcada oposición a los sistemas de evaluación y clasificación imperantes en los años 50, hasta la incorporación progresiva de eventos internos y variables personales u orgánicas. Progresivamente se han difuminado algunas de las diferencias originales entre la evaluación conductual y los sistemas tradicionales de evaluación clínica, haciendo plausible la complementariedad entre las versiones recientes de los sistemas de clasificación diagnóstica y la evaluación conductual, sobre todo en el momento en que éstas, con la aparición del DSM-III (APA, 1980), abandonaron sus marcos tradicionales de referencia e incorporaron (con la influencia de la evaluación conductual) descripciones basadas en conductas específicas en cada categoría diagnóstica.

A pesar de la contradicción conceptual entre las propuestas conductuales de evaluación y las clasificaciones diagnósticas, la realidad es que éstas últimas se utilizan cada vez más. Basta revisar cualquier manual de TCC o revista especializada para comprobar la gran frecuencia con que se utilizan criterios diagnósticos para la elección del tratamiento, lo cual parecería difícilmente conciliable con el énfasis en la evaluación conductual y el tratamiento individualizado propio y característico de la orientación conductual. La influencia entre las propuestas tradicionales de evaluación y la EC no ha sido sólo en un sentido. En particular la psiquiatría empezó también muy pronto a desarrollar estrategias de evaluación similares a la evaluación conductual, y coincide con ella en las limitaciones presentes en los sistemas diagnósticos al uso (*DSM-II, cita*). El llamado *Registro Orientado a los Problemas* (*Problem Oriented Record*, Weed, 1968) fue introducido en muchos contextos de

atención psiquiátrica para mejorar el diagnóstico. Quizá el mejor ejemplo del acercamiento mutuo entre el enfoque conductual y la psiquiatría lo supuso la creación de la revista *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* en 1970 y cuya historia llega al momento actual.

En su curso evolutivo, la evaluación conductual no solo ha aceptado poco a poco las contribuciones de otras disciplinas y modelos alternativos de concebir el comportamiento (Hayes, 2004; O'Brien y Carhart, 2011), sino que en esta trayectoria de cambio algunos de sus más afamados instrumentos o estrategias de evaluación han sido cuestionados y sometidos a un proceso de depuración (Goldfried, 1983). Como ejemplos de este cambio, simplemente señalar la aceptación actual del juicio clínico en el contexto de la entrevista conductual, la consideración de las clasificaciones diagnósticas como instrumentos útiles y una referencia para la indicación de tratamientos protocolizados, o el reconocimiento de que la confianza excesiva en la observación conductual puede ser inapropiada en determinados contextos (e.g. depresión en adolescentes), habiéndose producido un descenso importante de su uso, etc. Asimismo, y de forma inversa a lo que ocurría en los inicios, las técnicas inferenciales son ahora una parte frecuente de la evaluación (e.g. auto-informes sobre creencias y tendencias de comportamiento) (Hersen, 2006a, 2006b; Heiby, y Haynes, 2004). Tanto ha sido así, que se han levantado voces pidiendo cierta reflexión acerca del uso, quizá desmedido, de los auto-informes en el ámbito de la EC (Taylor, 1999).

En esencia, las décadas de los años 80 y 90 fueron testigos de una rápida y profunda transformación de la evaluación conductual que llega al día de hoy. Esta evolución ha sido muy criticada por algunos autores, quienes califican el cambio y la situación actual de crisis de la EC, y han visto en esta transformación una especie de traición a los supuestos básicos iniciales. Fernández-Ballesteros (1994a) señaló que: *«la introducción del organismo ha llevado consigo la cognitivización del modelo conductual subvirtiendo muchos de los supuestos conductuales»* (pág. 80), y fue más allá responsabilizando a los propios evaluadores conductuales de la precaria situación, a su parecer, en que empezaba encontrarse la evaluación conductual: *«los evaluadores conductuales han pregonado unos principios básicos y han practicado otros. A pesar de sus presupuestos iniciales en la evaluación conductual se utiliza escasamente el análisis funcional, se utilizan técnicas basadas en diseños intersujeto que comportan agregados de conducta (es decir, planteamientos nomotéticos) y, desde ella, se están manejando conceptos intrapsíquicos de dudosa justificación, (ni teórica ni empíricamente), de alto nivel de inferencia, los cuales son implicados en el proceso de evaluación y modificación de conducta tanto como variables dependientes como independientes. Todo ello ha sido introducido sin que previamente se discutan los requisitos científicos que tales innovaciones deberían reunir»* (Fernández-Ballesteros, 1994b, págs. 47-48).

Para otros autores la situación no resultaba tan dramática pero no dejaban de reconocer el momento de incertidumbre que la EC podía estar viviendo. En palabras de Birchler (1989): *“La evaluación conductual tal y como la hemos conocido en los años pasados está inmersa en un rápido proceso de (elija usted uno): desarraigo, revisión, expansión, avance, confusión y/o extinción”*. A día de hoy permanece abierta la discusión acerca del proceso concreto en que se encuentra inmersa la EC. Desde nuestro punto de vista creemos que vale la pena incidir en la cautela con que este proceso de transformación debe hacerse. La integración desmedida de conceptos, herramientas y visiones procedentes de paradigmas y modelos situados a veces en las antípodas conceptuales, podría desdibujar las señas de identidad del paradigma inicial, al desaparecer lo que tiene de conductual y quedarse en mera evaluación. Las consecuencias de este cambio podrían ser más relevantes que un mero cambio de identidad, pues comportaría el riesgo de perder la forma de proceder que ha llevado a situar a la TCC en las más altas cotas de eficacia y efectividad dentro de la psicología clínica.

3. Definición de evaluación conductual

Las propuestas concretas de definición de la evaluación conductual existentes (Haynes y O'Brien, 2000a; Heiby y Haynes, 2004; Ramsay, Reynolds y Kamphaus, 2002) tratan de plasmar sus características más sustanciales, pues lo cierto es que la definición de evaluación conductual es particularmente difícil, y entre las razones, quizá la más importante sea la consideración de la evaluación conductual como una epistemología de la ciencia conductual, más que un conjunto de métodos de evaluación o un modelo de conducta anormal. Al definirse la EC por asunciones sobre el mejor enfoque para desarrollar una forma de evaluación psicológica, las definiciones suelen ser poco operativas, pero con la ventaja de la flexibilidad y capacidad de integración que permite la incorporación de cualquier variable y procedimiento de evaluación que se ajuste a los criterios que se establecen.

La evaluación conductual no se considera un conjunto único de instrumentos y tácticas de evaluación sino un *paradigma* de evaluación psicológica. Un paradigma de evaluación es una forma de concebir y llevar a cabo el proceso de evaluación que influye en el foco, contexto, individuos, forma y herramientas de evaluación, así como en la estrategia de integración de los datos obtenidos, la elaboración de los juicios clínicos y las decisiones que se tomen a partir de ellos. Como tal, el paradigma de evaluación conductual enfatiza la utilización de numerosos y diversos métodos, así como fuentes de evaluación, fundamentados empíricamente, que serán utilizados para la evaluación tanto de conductas específicas, observables y

actuales, como de variables causales del contexto natural. Desde este paradigma se subraya la importancia del uso de instrumentos sometidos a un proceso de validación adecuado, y asume que las variables socio-ambientales, cognitivas y fisiológicas frecuentemente explican un porcentaje importante de la varianza conductual (Haynes y O'Brien, 2000b).

De forma más específica se puede definir la evaluación conductual como un enfoque científico de evaluación psicológica que enfatiza el uso de medidas mínimamente inferenciales o interpretativas, la utilización de medidas sujetas a un proceso previo de validación, la identificación de relaciones funcionales, y el establecimiento de conclusiones a partir de los datos obtenidos en distintas situaciones, con distintos procedimientos y a lo largo de diferentes momentos temporales (Heiby y Haynes, 2004). Esta forma de evaluación permite un análisis preciso y objetivo y mínimamente inferencial de los problemas de conducta, que promueve la adaptación de las técnicas de intervención al trastorno concreto y a las características del caso.

El principio cardinal que guía de la evaluación conductual es que la evaluación psicológica debe estar fundamentada en principios científicos de indagación e inferencia. La evaluación conductual presume que una orientación científica hacia la evaluación psicológica conducirá necesariamente a conseguir un conjunto de métodos de evaluación de alta efectividad y a la generación de modelos de trastornos válidos y útiles. De esta forma, los métodos y la aplicabilidad de la evaluación conductual evolucionarán necesariamente en la medida en que se amplíe el conocimiento sobre los fenómenos objeto de medida y sus métodos vayan depurándose.

Los tres principales elementos de interés de la evaluación conductual son: a) la medida del cambio, b) la identificación y medida de las relaciones funcionales, y c) la medida de estos dos aspectos en individuos y grupos concretos. Por ejemplo, la evaluación conductual puede utilizar medidas de series temporales para identificar los patrones de cambio de un comportamiento y su relación con ciertas variables. La identificación de relaciones funcionales es esencial para conocer las variables que controlan la conducta de un individuo y desarrollar intervenciones adaptadas a los objetivos, teniendo además en cuenta que las personas suelen presentar no sólo uno, sino múltiples problemas conductuales funcionalmente relacionados. Por último, los problemas cambian a través del tiempo y de los contextos, presentando diversas facetas y dimensiones que pueden diferir sustancialmente a través de las personas.

La evaluación conductual focaliza el énfasis de la evaluación en la conducta, dicho de otra forma, en lo que el individuo hace. De esta forma, en sus inicios la evaluación conductual estaba asociada al uso de la observación conductual sobre la conducta manifiesta o abierta y a la manipulación de variables contextuales que se suponía controlaban el comportamiento en el medio natural o análogo. Posteriormente en la medida en que las variables cognitivas y relacionales cobraron mayor

relevancia en la TCC en general y en la evaluación conductual en particular (O'Brien y Cahart, 2011), la observación conductual se ha relegado (quizá más de lo deseable) en favor de otros procedimientos de evaluación como entrevistas, auto-observación, cuestionarios, evaluación psicofisiológica, evaluación computerizada, etc. Además, como se ha indicado, el foco de la evaluación conductual se ha ampliado para dar cabida a las llamadas conductas encubiertas, como pensamientos, creencias, expectativas, emociones, etc. (Kratochwill, Sheridan, Carlson, y Lasecki, 1999) y también a las respuestas psicofisiológicas, siendo el uso de auto-informes la principal estrategia de evaluación. No obstante, el uso de auto-informes para la evaluación de fenómenos encubiertos no explora posibles determinantes subyacentes del carácter o la detección, al modo psicodinámico, de estructuras internas responsables últimas del comportamiento, sino que las respuestas encubiertas medidas son interpretadas como lo que son, es decir, muestras de conducta e informes de ocurrencia de determinados aspectos comportamentales, y no como signos de hipotéticas estructuras o constructos subyacentes.

4. Estrategias de evaluación conductual

La evaluación conductual se apoya en muy diversos métodos y modalidades de evaluación para la detección de la existencia de una conducta problema y sus parámetros. De hecho, una de las formas de reducir las fuentes de error durante la evaluación conductual es el uso múltiples fuentes de información (e.g. padres, pareja, profesores, compañeros, etc.) e instrumentos de evaluación (e.g. entrevistas, auto-registros, cuestionarios, etc.) para minimizar así el sesgo que pueda existir en una única fuente de información. No obstante, y a pesar de las ventajas de esta estrategia evaluadora, hay que llamar la atención sobre la necesidad de mantener siempre la validez incremental de la evaluación (Haynes y O'Brien, 2000b). Una exhaustiva revisión de estas técnicas puede encontrarse en el *Dictionary of Behavioral Assessment Techniques* (2^a ed.) de Hersen y Bellack (1998), y en el manual *Behavioral Assessment: A Practical Handbook* (4^a ed.) de Bellack y Hersen (1998).

Los métodos de la EC pueden aglutinarse en torno a unas categorías generales que difieren en función de que se enfatice la medición directa o indirecta y el nivel de inferencia que implique ese tipo de medidas. Éstas son:

- Entrevistas conductuales
- Observación conductual
- Evaluación cognitiva conductual
- Evaluación psicofisiológica

4.1. Entrevistas conductuales

La entrevista conductual tiene diversos objetivos que van desde la identificación de las conductas objetivo a la selección de los métodos de evaluación más adecuados. Además, es el entorno para solicitar, si es el caso, consentimiento informado, hacer una historia clínica, desarrollar el análisis funcional, incrementar la motivación del paciente y evaluar la efectividad de intervenciones pasadas.

Concretamente la entrevista conductual debería cubrir los siguientes objetivos:

- Ofrecer al cliente una explicación inicial de lo que pretende la entrevista y el porqué se necesitará información detallada y específica sobre el problema.
- Identificar la/s conducta/s problema y definir las en términos conductuales, objetivos y precisos (e.g. *¿qué parte de su vida no funciona como usted desearía?, ¿qué le ocurre exactamente en ese ámbito?*).
- Identificar los parámetros de la conducta problema (frecuencia, intensidad y duración (e.g. *¿Cuántas veces ha ocurrido en la última semana?, ¿es siempre igual o empeora o mejora en algún momento?, ¿cuánto tiempo lleva ocurriendo?*).
- Identificar los antecedentes de la ocurrencia y no ocurrencia del problema (e.g. *¿Qué ocurrió justo antes de que sucediese?, ¿tenía en la cabeza algo en concreto antes de sentirse así?*).
- Identificar las consecuencias de la conducta problema (e.g. *¿qué paso justo después?, ¿qué hizo usted?, ¿qué hicieron los demás?*).
- Identificar los recursos y fortalezas del paciente (e.g. *¿cómo consiguió controlar el problema en esa situación?, ¿quién le ha ayudado en este problema?, ¿qué cree que le ha permitido soportar el problema hasta ahora?*).
- Establecer la medida de las conductas relevantes (e.g. *¿qué se registrará?, ¿quién registrará?, ¿cuándo registrará?*).
- Al finalizar, resumir y valorar si el entrevistado ha entendido todo y está de acuerdo.

La fase inicial de una entrevista conductual incluye elementos comunes a otros tipos de entrevista, entre ellos, la necesidad de desarrollar un clima empático, el establecimiento del objetivo general de la entrevista y una revisión no muy larga de la historia del entrevistado. En este último punto, puede darse el problema de centrarse demasiado en la historia y olvidar que, aún cuando la comprensión de la génesis del problema puede aportar conocimiento adicional, la información realmente relevante es la actual.

No es infrecuente que los entrevistados tengan problemas para ofrecer descripciones específicas e información sobre las relaciones funcionales. A no ser que

hayan tenido previamente experiencias terapéuticas cognitivo –conductuales, probablemente es la primera vez que hablan del problema utilizando una estructura conductual. Al inicio puede empezarse con preguntas más abiertas (e.g. ¿qué ocurrió esa tarde?) para después ir concretando más utilizando preguntas cerradas (e.g. ¿con quién acababa de hablar?). Otro problema es la confusión que pueden tener en cuanto a qué es un pensamiento, una conducta, un estado emocional, o una respuesta fisiológica, por ejemplo, ante la pregunta “¿qué sintió usted cuando le dieron la noticia del accidente de su hijo?”, el paciente puede contestar “que mi hijo realmente estaba muerto” o “me dio un escalofrío por todo el cuerpo”, estas respuestas no describen el estado emocional (e.g. desconcierto, sorpresa, ansiedad, miedo, etc.) sino que, en el primer caso, se describe la idea que surgió, y en el segundo, se refiere a una respuesta psicofisiológica de vasoconstricción generalizada. Poco a poco se le irá educando al paciente en la discriminación de los diferentes niveles del comportamiento, de tal forma que pueda contestar a nuestras preguntas con mayor precisión (e.g. en el caso anterior el terapeuta puede indicar: “lo que has dicho tiene mucho sentido, ante la noticia lo primero que pensaste fue en que tu hijo estaba muerto y por supuesto tu cuerpo respondió al impacto de esa idea con un escalofrío, pero ¿qué sentías? quizá miedo, ansiedad...”).

En otras ocasiones las descripciones de los pacientes se suelen realizar a partir de rasgos de comportamiento (e.g. soy muy nervioso, tiendo a la depresión, soy impulsiva, etc.). Es importante trabajar con el paciente la operativización de estos rasgos a través de descripciones concretas, objetivas y precisas (e.g. la tendencia a la depresión puede especificarse a través de descripciones del tipo: movimientos lentos, muchas horas de sueño, evitación del contacto social, inexistencia de respuestas asertivas, etc.). Una forma de abordar este punto es preguntar al paciente por un ejemplo reciente de la manifestación de ese rasgo, y analizar concretamente que ocurrió, explorando las características del entorno y el triple sistema de respuesta.

Por último, un aspecto importante de la entrevista conductual es recoger información sobre el proceso de generalización que ha tenido el problema a otras áreas. A partir de la información obtenida en relación con este aspecto puede ser necesario la evaluación más específica de ciertos entornos del paciente (e.g. instituto, trabajo, etc.). El conocimiento de los entornos que están asociados al problema es un punto fundamental para la elaboración del programa de tratamiento, pues habrá que contemplar la generalización del tratamiento a los diferentes contextos.

Al final de la entrevista, el evaluador deberá ser capaz de proveer al paciente de una conceptualización inicial del problema, de las estrategias de intervención existentes para el caso y sus niveles de eficacia, así como una estimación aproximada de la duración de la intervención.

4.2. Observación conductual

La entrevista conductual es un método ventajoso de obtención de información, no obstante, raras veces es suficiente para la obtención de toda la información pertinente y, generalmente, se complementa con algún tipo de observación. El método concreto de observación se decide generalmente durante la entrevista. La observación conductual es un método frecuentemente requerido en algún momento de la intervención y su objetivo está dirigido a obtener información más detallada acerca de las conductas problema identificadas. En ciertos casos puede convertirse en el método fundamental de evaluación al ser imposible o difícil la implantación de otros métodos (e.g. discapacitados, personas resistentes al tratamiento, niños muy pequeños, etc.).

La observación puede ser realizada por evaluadores entrenados (e.g. el propio terapeuta), personas del entorno (e.g. familiares, profesores, compañeros, etc.) o por el propio paciente mediante las técnicas de auto-observación. Los contextos de evaluación pueden ir desde el entorno natural a contextos muy estructurados (e.g. laboratorio conductual), y su elección variará en función de la accesibilidad, la reactividad que pueda provocar en el sujeto evaluado, el tipo de conducta a evaluar y las posibilidades de introducción de una persona ajena al medio. Por ejemplo, la observación en entorno natural es más aconsejable cuando se evalúan conductas de alta frecuencia y que resultan de fácil y rápida identificación en el acercamiento al entorno natural (e.g. el comportamiento de un niño hiperactivo). No sería tan adecuada en el caso de conductas de baja frecuencia y que suelen producirse en ausencia de testigos (e.g. agresiones, encender fuego, etc.).

La utilización de contextos controlados creados *ad hoc* para la evaluación puede ser aconsejable en casos de conductas de baja frecuencia, pues permiten disponer controladamente las contingencias para provocar la conducta, como contrapartida la validez ecológica de la observación queda mermada. No obstante, la disminución de la validez ecológica puede darse también en ambiente natural cuando se introduce una persona extraña al entorno. Si se prevé una alta reactividad, será aconsejable entrenar a alguien perteneciente al entorno para la realización de la observación.

Las estrategias de observación más frecuentes son los *registros narrativos*, el *registro por intervalos*, el *registro de sucesos*, y los *registros de evaluación* auto o heteroinformados (Haynes y O'Brien, 2000c).

4.3. Evaluación cognitiva conductual

Los modelos cognitivos de conducta anormal han alcanzado especial relevancia en los últimos 25 años en la TCC. Como se ha expuesto en el capítulo anterior, la *segunda generación* de terapeutas de conducta emergió debido a la noción de que

importantes áreas de la conducta del ser humano que no son observables habían sido inadecuadamente representadas por la *primera generación*. Este hecho ha influido necesariamente en la evaluación conductual que ha debido generar instrumentos que permitiesen la evaluación de las variables encubiertas implicadas.

Entre las áreas de evaluación relevantes se encuentran las auto-verbalizaciones asociadas con diferentes problemas, distorsiones cognitivas, supuestos básicos, actitudes, respuestas emocionales, estilos atribucionales, etc. La naturaleza encubierta de estas variables ha influido necesariamente en la naturaleza de la evaluación conductual, que ha pasado a incorporar conductas no observables directamente y ha propiciado el desarrollo de técnicas específicas para la evaluación de contenidos y procesos cognitivos.

Los procedimientos utilizados con mayor frecuencia para la evaluación de los contenidos cognitivos son los auto-registros y los inventarios cognitivos auto-informados. La Figura 1 muestra un ejemplo de registro diario de pensamientos automáticos distorsionados.

Figura 1. Ejemplo de registro diario de pensamientos automáticos distorsionados

REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS					
FECHA	SITUACIÓN	SITUACIÓN	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADO
	Describe: 1. El acontecimiento que motivó la emoción desagradable 2. La corriente de pensamiento o el recuerdo que motivó la emoción desagradable	1. Especifique triste/ ansioso/ enfadado 2. Evalúe la intensidad de la emoción (1-100)	1. Anote el pensamiento/s automáticos surgen ante su emoción 2. Evalúe el grado de creencia en los pensamientos (0-100%)	1. Anote una respuesta racional a los pensamientos automáticos 2. Evalúe el grado de creencia en la respuesta racional (0-100%)	1. Revalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos (0-100) 2. Especifique y evalúe de 0-100 las emociones subsiguientes
8-12	Carta de una amiga que se había casado hace poco	Culpable (60)	Debí haber asistido a su boda (90%)	No me habría escrito si estuviese enfadada (95)	10% Culpable (20)
9-12		Ansiosa (40)	No conseguiré hacerlo todo. Es demasiado para mí (100%)	Otras veces he hecho más, además no tengo porqué hacerlo todo (80%)	25% Ansiosa (20)
11-12	Pensaba en todo lo que tenía que hacer durante el fin de semana	Ansiosa y culpable (60)	Imagine a mi jefe gritándome (100%)	No tengo datos para pensar que mi jefe vaya a enfadarse o que vaya a gritarme, pero si así fuese no tengo porqué sentirme culpable	0% Aliviada (50)
	Cometí un error al ordenar un archivo				

Por otro lado, la Tabla 1 recoge el nombre de los principales inventarios cognitivos utilizados en distintas áreas de intervención. Para la revisión de las características de estos instrumentos consultar Comeche, Díaz y Vallejo (1995).

Tabla 1. Inventarios cognitivos más frecuentes en EC

ÁREA DE INTERVENCIÓN	INSTRUMENTOS
Depresión	<i>Beck Depression Inventory</i> <i>Beck Hopelessness Scale</i> <i>Beck Scale for Suicide Ideation</i> <i>Dysfunctional Attitudes Scale</i> <i>Cognitive Bias Questionnaire</i> <i>Automatic Thoughts Questionnaire</i> <i>Attributional Styles Questionnaire</i>
Miedo y ansiedad	<i>Social Avoidance and Distress Scale</i> <i>Fear of Negative Evaluation Scale</i> <i>Social Interaction Self-statement Test</i> <i>Irrational Beliefs Test</i> <i>Rational Behavior Inventory</i> <i>Fear Survey Schedule</i> <i>Beck Anxiety Inventory</i> <i>Maudsley Obsessional Compulsive Questionnaire</i>
Trastornos de la alimentación	<i>Body Shape Questionnaire</i> <i>Bulimia Test-Revised</i> <i>Bulimic Investigatory Test Edinburgh</i> <i>Eating Attitudes Test</i>
Habilidades sociales	<i>Rathus Assertiveness Inventory</i> <i>Wolpe-Lazarus Assertion Inventory</i> <i>Gambrill Assertion Inventory</i> <i>Conflict Resolution Inventory</i> <i>Survey of Heterosexual Interactions</i> <i>Stanford Shyness Scale</i>
Relaciones de pareja	<i>Relationship Attribution Measure</i> <i>Relationships Beliefs Inventory</i> <i>Dyadic Attribution Inventory</i> <i>Marital Attitude Survey</i> <i>Specific Relationship Standards</i>

4.4. Evaluación psicofisiológica

A pesar de las continuas referencias a la importancia del componente psicofisiológico a la hora de explicar y entender la conducta, sobre todo a partir de la propuesta del triple sistema de respuesta de Lang (1978), lo cierto es que la incorporación de la evaluación psicofisiológica al proceso de evaluación conductual es una aportación relativamente reciente, y poco generalizada, que tiene que ver con las nuevas áreas de intervención hacia las que se ha dirigido la TCC durante las dos últimas décadas y, por supuesto, con los avances tecnológicos de este mismo periodo.

Actualmente es indudable que la evaluación del componente psicofisiológico tiene un papel central en los siguientes ámbitos: 1) el proceso de evaluación y tratamiento de los trastornos psicofisiológicos (Stoney y Manzi, 2000), 2) en la evaluación y tratamiento de psicopatologías frecuentes que cursan con síntomas somáticos, por ejemplo, en el trastorno de estrés post-traumático (Orr y Roth, 2000), en el trastorno de angustia (Abelson, Weg, Nesse y Curtis, 2001), trastornos de ansiedad en general (Papillo, Murphy y Gorman, 1988) y depresión (Acierno, Hersen, Tremont, Van Hasselt y Kabacoff, 1999), 3) en la identificación de sujetos vulnerables a determinados trastornos (Battaglia, Bajo, Strambi, Brambilla, Castronovo, Vanni et al., 1997), o en la detección de individuos simuladores (Rosenfeld, Ellwanger y Sweet, 1995). No obstante, a pesar de esta realidad, lo cierto es que la evaluación psicofisiológica no cuenta con el nivel de implantación que cabría esperar, al menos, a tenor de los datos publicados sobre el modo de evaluar e intervenir en diferentes trastornos.

La evaluación del componente psicofisiológico ha sido frecuentemente relegada en favor de pseudoevaluaciones, que pretenden inferir la respuesta de un nivel del sistema a partir de otro. La evaluación de respuestas psicofisiológicas mediante auto-informes subjetivos que sondan la percepción propioceptiva del sujeto es una práctica generalizada (Cox, Enns y Larsen, 2000). Si bien esta evaluación tiene interés desde muchos ámbitos de la psicología, pretender sustituir la una (evaluación psicofisiológica) por la otra (evaluación subjetiva), como si fuesen niveles de respuesta intercambiables, entraña un desconocimiento del fenómeno del fraccionamiento entre los diferentes niveles de respuesta (Lacey, 1967), y de los numerosos resultados de la literatura en los que se muestra la inadecuación de los datos subjetivos para ese objetivo (Pennebaker, 2000). Esta situación, todavía se complica más si tenemos en cuenta que el comportamiento de los diferentes sistemas de respuesta psicofisiológicos no responde a un patrón integrado, básicamente de balance entre sistema simpático y parasimpático, sino que las formas de interacción son diversas (Berntson, Cacioppo y Quigley, 1991). Este hecho tiene implicaciones prácticas importantes ya que sugiere el registro de varias respuestas para obtener una impresión adecuada del funcionamiento psicofisiológico.

En el caso de los trastornos de ansiedad, tanto si tenemos en cuenta los datos de la investigación, como si consideramos la cantidad de síntomas somáticos que se incluyen en el DSM-IV TR como criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad (Wilhem y Roth, 2001), la evaluación psicofisiológica debería ser ineludible. No obstante, a pesar los resultados de la investigación en psicofisiología clínica y de la utilidad clínica, en estos momentos siguen siendo pocos los psicólogos clínicos que utilizan de una forma rutinaria las técnicas psicofisiológicas para la evaluación, diagnóstico o tratamiento de diversos trastornos (Stoney y Manzi, 2000), probablemente porque el uso de las técnicas psicofisiológicas ha estado, en gran medida,

limitado por los aspectos técnicos del instrumental, la complejidad de los sistemas fisiológicos evaluados, la diversidad de metodologías utilizadas y la frecuente presencia de variables extrañas. Por otro lado, no existen modelos teóricos que integren de forma adecuada los datos psicofisiológicos, de tal forma que estos pueden parecer vacíos o inútiles para muchos clínicos. Ante estos hechos, la comodidad o accesibilidad de los auto-informes se impone sobre la fiabilidad de los datos.

La necesidad de potenciar una metodología de evaluación psicofisiológica adaptada al ámbito clínico y al proceso de evaluación conductual, que resuelva los problemas señalados y permita el uso generalizado de la misma, resulta evidente, pues la opción de obviar, o medir inadecuadamente el componente psicofisiológico no es una salida sensata ante el cúmulo de evidencia. Las propuestas para cubrir este déficit son varias, tanto teóricas como metodológicas (Wilhem y Roth, 2001). Desde el punto de vista metodológico, se han propuesto diseños de baterías de evaluación psicofisiológica estandarizadas mediante medios informáticos (Díaz, Comeche y Vallejo, 2003). La utilidad que este tipo de evaluación tiene dentro de la evaluación conductual es clara, pues permitiría completar el proceso de evaluación e intervención en TCC al facilitar la evaluación del tan nombrado, pero tan olvidado, componente psicofisiológico.

4.5. Aplicabilidad diferencial de los métodos de la evaluación conductual

Tal y como se ha señalado la diversidad de métodos e instrumentos de evaluación es una de las fortalezas del paradigma de evaluación conductual. Sin embargo cada método e instrumento es diferencialmente aplicable y útil en función del problema, objetivo, población y contexto en que se plantee su uso. Personas diferentes, diferentes contextos o culturas y diferentes objetivos y problemas, requieren diferentes métodos de evaluación.

Por ejemplo, la evaluación del papel de las contingencias sociales puede abordarse mejor con una observación análoga (e.g. en la consulta) cuando el foco es una interacción de alta frecuencia entre padre y niño, mientras que un cuestionario cognitivo puede ser la mejor herramienta si se trata de evaluar la actitud de un padre hacia el problema de asma de su hijo, y un auto-registro será probablemente la mejor opción cuando el objetivo sea evaluar cómo responde concretamente un paciente hacia su mujer cuando ella tiene crisis de angustia. La elección de un método u otro de evaluación dependerá, por tanto, de las características de la conducta, del individuo evaluado, de los objetivos de la evaluación, del contexto de evaluación y de los recursos disponibles.

Además de las consideraciones que se realizan a lo largo del capítulo sobre la elección del método de evaluación, hay que tener en cuenta que la aplicabilidad

y utilidad de los distintos métodos de evaluación individual estará también afectada por las siguientes variables:

- **Nivel de desarrollo intelectual del cliente.** Es obvio que la capacidad cognitiva será un factor determinante en la decisión del método de evaluación. La comprensión de la metodología y los objetivos de evaluación son elementos básicos en muchas estrategias de evaluación.
- **Grado de afectación del funcionamiento cognitivo.** Los datos procedentes de algunos métodos de evaluación pueden verse muy afectados por la afectación cognitiva que el sujeto evaluado pueda tener (e.g. entrevista, auto-registro, auto-informes). Posibles problemas neurológicos, medicaciones, deterioro cognitivo por adicciones, traumatismos, etc. son elementos relevantes a la hora de decidir qué método utilizar, o de establecer el grado de fiabilidad de la información obtenida.
- **Reactividad al método de evaluación.** Algunas formas de evaluación afectan a las variables medidas cuando son utilizadas en algunos contextos, circunstancias, o personas, modificando su ocurrencia. Por ejemplo, es de sobra conocido el efecto regulatorio de la auto-observación sobre la conducta monitorizada, generalmente reduciendo su frecuencia.
- **Posibilidad de cooperación de las personas del entorno.** Muchos métodos de evaluación implican la participación de personas allegadas: familia, profesores, miembros de la plantilla de la institución, etc.
- **Coste de los métodos de evaluación.** Es obvio que la utilización de algunos métodos de evaluación como la observación en vivo o la evaluación psicofisiológica requieren una cantidad y tipo de recursos que pueden hacerlos prohibitivos para algunos evaluadores, tanto en términos económicos, como teniendo en cuenta el tiempo de administración y corrección. Los métodos de evaluación más costosos suelen utilizarse en instituciones de investigación como las universidades que reciben soporte para sus trabajos. Su uso en el contexto clínico habitual, donde el terapeuta tiene un tiempo limitado, es mucho más restringido.
- **Restricciones y contingencias del propio evaluador.** Algunas veces las estrategias de evaluación son dictadas por las posibilidades del propio evaluador. Por ejemplo, es poco viable en una consulta privada llevar a cabo la formulación completa de un caso de auto-lesiones en un niño autista, utilizando la manipulación sistemática de posibles variables relacionadas (e.g. para determinar si la conducta auto-lesiva está mantenida por reforzamiento social, por reforzamiento negativo al acabar con las demandas, es una conducta auto-estimuladora, etc.). La inversión de tiempo y el coste de la evaluación lo hacen prácticamente inviable.

5. El análisis funcional en la evaluación conductual

La integración de los datos de la evaluación conductual es importante en cualquier juicio clínico, y especialmente en la formulación del caso, pues la formulación del caso integra en un modelo las medidas pre-intervención, los juicios clínicos derivados de ellas y el diseño de un programa de intervención a partir de ambos. El análisis funcional proporciona un modelo de formulación de casos clínicos que puede definirse, de forma muy general, como una síntesis de los problemas del paciente y de las variables con las que correlacionan, que hipotéticamente afectan a dichos problemas (Haynes y O'Brien, 1990).

Se puede afirmar que el análisis funcional es el elemento cardinal de la evaluación conductual, pues este proceso tiene implicaciones sobre cualquier elemento de la EC. El término *análisis funcional* proviene del concepto *skinneriano* de *análisis experimental* de la conducta, y fue acuñado por el propio Skinner para referirse a las demostraciones empíricas de las relaciones causa-efecto identificadas entre el contexto y la conducta. Posteriormente el uso del término se ha ampliado, dando cabida a otras variables, procedimientos y operaciones (Haynes y O'Brien, 1990; Iwata, Kahng, Wallace y Lindberg, 2000).

El término *funcional* puede ser usado de dos formas. Una de ellas se refiere al efecto que una conducta tiene sobre el medio, dicho de otra forma, al propósito o función del comportamiento de un individuo sobre su entorno (e.g. la función de los gritos de un niño de tres años puede ser el atraer la atención de sus padres). El segundo uso tiene que ver con la relación de contingencia que se establece entre dos variables (generalmente entre acontecimientos ambientales y una clase de conductas), donde una cambia en función de la presencia o ausencia de la otra (e.g. las ventas de un dependiente aumentan cuando está presente el dueño de la tienda, y disminuyen cuando éste se ausenta). Ambos usos del término son relevantes para el análisis funcional del comportamiento, en el sentido en que las relaciones entre comportamiento y ambiente adquieren su forma en un contexto de aprendizaje sobre cómo la conducta opera sobre el medio.

El análisis funcional consiste en llevar a cabo un análisis individualizado de las conductas específicas del paciente, en el que se establezcan las variables que determinan la conducta problema y que se pueden controlar para el cambio (Haynes y O'Brien, 1990). Desde el punto de vista terminológico hay quienes distinguen entre *evaluación funcional* y *análisis funcional* (Sturmey, 1994), haciendo referencia el primer término al proceso de recogida de información para la formulación de hipótesis, y el segundo al proceso de contrastación de dichas hipótesis. Otros autores hablan de un proceso de *evaluación funcional* que puede dividirse en tres fases (Carr, Levin, McConnachie, Carlson, Kemp y Smith, 1994; Carr, Landon y Yarbrough, 2000;

Cone, 1997): a) *fase descriptiva*, centrada en la identificación de datos sobre variables relevantes al problema, b) *fase interpretativa*, referida a la formulación de hipótesis sobre las relaciones causales entre variables identificadas, y c) *fase de verificación*, referida al momento en el que se ponen a prueba experimentalmente las hipótesis formuladas en la fase anterior. Esta última fase es la que se consideran como análisis funcional en sentido estricto, es decir, exclusivamente el momento en el que hay una manipulación sistemática de los factores potencialmente causales del problema, aunque esta fase subsume las demás.

La distinción entre *evaluación funcional* y *análisis funcional* es totalmente prescindible pues realmente no añade claridad al proceso. Es obvio que la contrastación de hipótesis necesita de su formulación previa, y ésta de la identificación de datos pertinentes, por tanto, pretender restringir el análisis funcional a la mera contrastación de las hipótesis deja de lado algo que puede considerarse lo más genuino de este proceso: la conceptualización u organización de los datos descriptivos en términos funcionales. Además, el requisito de la manipulación de las variables dejaría fuera otros cuidadosos procedimientos de validación de las relaciones funcionales hipotetizadas (Schlundt, Johnson y Jarrell, 1986). De esta forma, las fases de formulación de hipótesis y de verificación compondrían el análisis funcional en sí, mientras que la etapa de descripción o identificación de datos relevantes sería una fase inicial del proceso, más general y comprensivo, que es la evaluación conductual.

En definitiva podemos definir el análisis funcional como el conjunto de métodos que organizan la información recogida en hipótesis sobre los antecedentes, conductas problema y consecuencias, considerando también otras variables que pueden afectar a este esquema básico, con el objetivo de determinar la razón (función) de la conducta.

Las hipótesis funcionales que se generen durante esta fase deben cumplir tres criterios (Kern y Dunlap, 1999):

- a. Estar basadas en la información que se ha obtenido previamente en la fase de recogida de datos de la evaluación conductual.
- b. Especificar variables que sean medibles, contrastables y manipulables.
- c. Que el paciente, y las personas implicadas (e.g. padres de un adolescente) estén de acuerdo en que el modelo que configuran dichas hipótesis represente una síntesis razonable y verosímil de la información obtenida en la evaluación previa.

La verificación del modelo de mantenimiento de conducta articulado en hipótesis concretas, se puede realizar previamente a la intervención o a lo largo de la

intervención, pues el éxito del tratamiento (diseñado a partir del modelo establecido por el análisis funcional) es un índice del grado de adecuación de las hipótesis.

5.1. Procedimiento del análisis funcional

Como se ha comentado, el análisis funcional pretende aportar respuestas o hipótesis acerca de las causas del comportamiento de un individuo. Además, busca identificar las necesidades particulares que cubre un individuo a través de un determinado comportamiento. Por ejemplo, dentro del contexto de los trastornos graves del desarrollo, no se trataría sólo de identificar qué causa la auto-agresión, o los movimientos estereotipados, sino cuál es propósito de esas conductas, es decir, ¿para qué le sirven al individuo en su vida? El análisis funcional permite, por tanto, aprender sobre las personas, sus problemas y necesidades, antes de intervenir, de tal forma que el riesgo de fracaso del tratamiento se reduzca al facilitar las claves para el diseño *a medida* del plan de intervención.

El análisis funcional puede clasificarse en función del tipo de estrategia de obtención de datos que utilice:

- **Análisis funcional indirecto:** El enfoque indirecto se refiere al método que no se basa en la observación directa de la conducta por el evaluador conductual, sino que se realiza a partir de los resultados de cuestionarios, entrevistas, escalas de evaluación, auto-registros, y otras herramientas cuya información puede ser complementada por las entrevistas a otras personas cercanas.
- **Análisis funcional descriptivo:** En contraste con el análisis funcional indirecto, el enfoque descriptivo implica la observación y manipulación directa de la conducta por parte del evaluador conductual en el medio natural en el que se produzca o a través de contextos análogos, usando para ello hojas de registro observacional sistematizadas. Para los autores más ortodoxos este es el auténtico análisis funcional, pues es el único que implica la manipulación directa del entorno (Carr, Landon y Yarbrough, 2000).

Cada una de estas formas de análisis funcional tendrá mayor sentido en ciertos casos. Por ejemplo, el análisis funcional descriptivo será más útil cuando el objetivo es evaluar las interacciones entre los miembros de la familia, o la conducta disruptiva de un adolescente en clase, mientras que el indirecto será más adecuado en la exploración de un caso de depresión o de trastorno de pánico.

La elaboración de un modelo funcional de la conducta requiere los siguientes pasos:

- a. La definición de la conducta objetivo: *¿Qué pasa?*
- b. La identificación de los antecedentes de la conducta objetivo: *¿Qué pasa antes?*
- c. La identificación de variables organísmicas o moduladoras: *¿Qué características o estados presenta el sujeto que pueden afectar al problema? (e.g. consumo de drogas, enfermedades, problemas psicológicos, etc.).*
- d. La identificación de las consecuencias y función de la conducta objetivo: *¿Qué pasa después? ¿Qué se obtiene?*

Antes de realizar el análisis funcional es esencial definir de forma clara y precisa la conducta objeto de análisis (conducta problema), esto incluye dar una definición en términos específicos y bien definidos, con ejemplos concretos de la conducta, de tal forma que la interpretación subjetiva sea mínima. A continuación se presentan algunos ejemplos de definiciones operativizadas a partir de las quejas presentadas por algunas personas que acuden a consulta.

- *“Me siento mal”*: tiene sentimientos de tristeza y desesperanza, llora, piensa que no merece la pena vivir, tiene sensación de ahogo y nerviosismo, taquicardia, tensión en la frente y temblores en piernas y manos.
- *“Mi hijo se porta mal”*: nunca obedece a la primera orden, no recoge sus juguetes al final del día después haber jugado con ellos, llora y grita en el supermercado si no obtiene lo que pide.
- *“Tengo problemas en mi relación de pareja”*: discute todos los días, o la mayor parte, sobre tópicos como las finanzas o la educación de los hijos, durante las discusiones el tono es muy elevado, grita y su pareja también, hay insultos y amenazas de divorcio.
- *“El niño no para en clase”*: se levanta del pupitre y camina hacia la mesa de otros compañeros, coge sus cosas sin permiso, se mueve en el asiento durante la clase, habla al compañero de mesa y le da codazos, interrumpe con preguntas y comentarios graciosos las explicaciones, y tira pelotitas de papel al aire.

Puesto que el análisis funcional puede considerar observaciones, registros o ideas de más de una persona, es importante que todo el mundo tenga claro qué hay que evaluar. La definición precisa de la conducta permite incrementar el acuerdo inter-evaluadores (necesario cuando se utiliza la observación conductual), y la fiabilidad y validez de la información obtenida. Además, una buena definición facilita el trabajo cuando un paciente es remitido a otro servicio asistencial, o las personas que lo atienden cambian frecuentemente. Por otro lado, la definición operativa de la conducta problema puede ser también de utilidad para la detección de signos

tempranos de su ocurrencia. Estos signos se refieren a cualquier señal física o conductual que tiende a aparecer antes de la conducta problema. Por ejemplo, el enrojecimiento facial y el caminar rápido pueden ser signos típicos de ansiedad y los precursores de un comportamiento agresivo.

La información obtenida en las primeras fases de la evaluación conductual permitirá ir configurando algunas hipótesis acerca de las causas del problema. Es importante preguntarse y obtener información acerca de cuáles son las variables que parecen controlar la aparición de la conducta problema (actividades, situaciones, estímulos, personas, objetos, sensaciones o pensamientos) y cuáles controlan su no ocurrencia.

Las estrategias para detectar relaciones causales son diversas. Haynes y O'Brien (2000b) proponen como más significativas las siguientes:

- **Los marcadores causales.** Los marcadores causales son variables con una alta correlación con la relación funcional (e.g. una respuesta psicofisiológica asociada a un estresor breve), pero no son variables causales. La detección de este tipo de respuestas puede facilitar la formación de hipótesis sobre las variables que controlan el problema.
- **Manipulación en contextos análogos controlados.** La manipulación de las posibles variables causales y la observación de sus efectos en un contexto análogo controlado, generalmente siguiendo un diseño ABAB, permite descartar la intervención de otras fuentes de varianza no relevantes. Este tipo de intervenciones aporta información sobre el efecto de las variables causales que puede ser mucho más difícil identificar en un contexto natural debido a la presencia de variables extrañas. Por ejemplo, puede comprobarse el efecto del reforzamiento social sobre la actividad física en pacientes de dolor crónico sometiéndoles en el gimnasio del hospital a una secuencia de ejercicio en bicicleta estática, introduciendo y eliminando el reforzamiento social cada cierto intervalo de tiempo, para ver sus efectos sobre el número de pedaleos sobre la bici.
- **El análisis de series temporales.** El análisis multivariado de series temporales permite el examen de la secuencia de cambio y relacionarla con eventos supuestamente causales. La conducta problema y las variables causales hipotetizadas se miden concurrentemente y frecuentemente a lo largo del tiempo (e.g., 40 veces o más) para poder estimar la covariación entre diversas medidas. Aunque se trata de un medio costoso e infrutilizado, es una estrategia muy potente y versátil que permite utilizar información precedente, no sólo de la observación, sino también de auto-informes, cuestionarios, auto-registros, registros psicofisiológicos, etc. Por ejemplo, Hazelett y Haynes (1992)

midieron en una muestra de pacientes con fibromialgia estresores cotidianos, calidad del sueño y dolor percibido a lo largo de un periodo entre 40 y 80 días, analizando después los datos mediante series temporales.

- **Obtención de medidas a lo largo de contextos e informantes.** Las relaciones de causalidad tienen una naturaleza condicional y limitada al contexto. La fuerza de una relación causal puede modificarse en función del contexto, el estado del individuo, u otra fuente de varianza. Consecuentemente, la medida de las relaciones supuestamente causales en diferentes entornos y condiciones, así como la utilización de diversas fuentes de información, permitirá e ir revelando qué se relaciona con qué, y con qué intensidad.
- **La información o sugerencias del propio individuo** acerca de las causas de su conducta. Es frecuente que las personas con problemas lleven tiempo observando su comportamiento y tengan ya algunas hipótesis acerca de la causa de sus problemas. No obstante, el déficit de fiabilidad y validez suele ser alto en la información subjetiva. Diversos errores y sesgos pueden afectar a los informes de los pacientes sobre las causas de su comportamiento, por ejemplo, pueden sobrevalorar o infravalorar la importancia de factores orgánicos o disposicionales, pueden olvidar información relevante, sus informes pueden estar afectados por los efectos de las últimas experiencias, etc. Algunos métodos de auto-informe en tiempo real podrían evitar el sesgo asociado a los auto-informes retrospectivos (Sobell, Toneatto y Sobell, 1994).
- **Modelos funcionales de diferentes trastornos.** La investigación nomotética clínica ha proporcionado modelos de conducta que pueden servir de guía para el establecimiento de hipótesis funcionales. Se trata de utilizar este tipo de propuestas como hipótesis generales a partir de las cuales establecer relaciones más específicas. Por ejemplo, el modelo cognitivo de Beck para la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), o el modelo cognitivo de Clark para el trastorno de angustia (Clark, 1986) o el trastorno de estrés postraumático (Ehlers y Clark, 2000), permiten orientar la recogida de información y su organización, pues ofrecen propuestas concretas de la relación que se establece entre las conducta problema y las variables de control que contemplan estos modelos.

Aunque todas las estrategias de identificación de relaciones causales expuestas son relevantes, realmente en el contexto clínico habitual el establecimiento de las relaciones causales suele hacerse principalmente a partir de la información aportada por el propio paciente mediante auto-informes, cuestionarios, entrevistas y auto-registros, sobre diferentes entornos y los modelos funcionales aportados por la investigación. En ciertos casos, se utiliza también la información aportada por personas allegadas, siendo esencial en el caso de los niños. En contextos instituciona-

les suele ser posible y viable la utilización de la observación directa y la manipulación del contexto para la identificación de relaciones causales y su contrastación.

Por otra parte, la identificación de las consecuencias de la conducta problema, permite detectar la posible función de este comportamiento para el individuo, es decir, ¿qué obtiene emitiendo esa conducta? La idea esencial del análisis funcional es que la conducta tiene un propósito (Skinner, 1974) y el propósito final del análisis funcional es comprender la función de la conducta problema. En general, la conducta problema no es maladaptada o desadaptada (tal y como es calificada en muchos trabajos). Una conducta maladaptada sería aquella que no provee ninguna ventaja al individuo que la exhibe. No obstante, la realidad es otra, y es que la conducta problema suele tener consecuencias que resultan en claros beneficios para quien la emite. Entre los más frecuentes en el contexto clínico se encuentran:

- **La atención social.** La atención de los demás es uno de los reforzadores más potentes que existen para el ser humano. Desafortunadamente, diversos factores (e.g. déficit intelectual, de habilidades sociales, modelos de conducta inadecuados, patrón de aprendizaje disfuncional, etc.) impiden que algunas personas puedan obtener atención de una forma adaptativa y socialmente aceptable. No obstante, aunque las contingencias sociales sean en general un factor causal de numerosos problemas, no es lógico suponer que esto sea así para todas las personas con un determinado problema y en todas las situaciones.
- **Tangibles.** El deseo de poseer determinadas cosas impulsa muchos comportamientos desadaptados. Generalmente la obtención de estos tangibles va precedida de la emisión de una conducta problema que produce gran malestar en el proveedor, de tal forma que éste suele escapar de ese malestar cediendo a la presión ejercida por el emisor de la conducta problema (e.g. el niño que llora en el supermercado para conseguir chokolatinas).
- **Escape o evitación.** La emisión de conductas desadaptadas para conseguir escapar de situaciones de malestar externas e internas es uno de los hechos más frecuentes en el contexto clínico. Por ejemplo, mientras muchas personas desean atención social, también hay otros para quienes estar solos es la situación ideal; el escape de los demás puede ser la motivación para muchos comportamientos disfuncionales (e.g. ansiedad social). En el caso de los trastornos de ansiedad, el escape o evitación de la sensación de malestar que implica la ansiedad que se genera en determinadas situaciones es la función de la mayor parte de las conductas desadaptadas presentes en estos trastornos. Estas conductas implican un escape/evitación externo (e.g. abandonar la habitación en la que hay un perro que me produce miedo), y/o interno (e.g. dejo de practi-

car deporte para no sentir taquicardias que creo son precursores de un ataque de pánico). Otro ejemplo son las conductas auto-lesivas no dirigidas al suicidio presentes en algunos trastornos graves (e.g. trastorno límite de personalidad) y que pueden estar dirigidas a escapar de una estimulación externa o interna que puede resultar desbordante.

- **Estimulación sensorial.** A veces lo que ocurre alrededor de un individuo no es muy interesante y éste busca una estimulación sensorial para compensar el déficit externo (e.g. un adolescente que es capaz de pasarse una hora jugando con un bolígrafo que deja caer haciendo ruido sobre la mesa de estudio). En el ámbito de los trastornos del desarrollo muchas de las conductas estereotipadas y repetitivas que se observan (e.g. balanceos, aleteos, tocar repetidamente una cuerda, etc.) suelen tener esta función. Además, algunos hábitos inadecuados como tocarse el pelo repetidamente, morderse las uñas, o quitarse pelos del cuerpo, pueden ser muy estimulantes sensorialmente para quien las emite. En el caso de las conductas auto-lesivas no dirigidas al suicidio otra de sus funciones puede ser la de provocar una sensación intensa para contrarrestar la sensación de irrealidad que experimentan algunos pacientes.

La función de la conducta tiene implicaciones directas sobre el tratamiento. La intervención sobre los antecedentes de la conducta problema, bien la eliminación o modificación de alguno de sus parámetros, probablemente implicará la modificación de dicha conducta en el sentido esperado, no obstante, si la conducta problema está cumpliendo una determinada función, la intervención deberá procurar estrategias que permitan al individuo el cubrimiento de las necesidades que eran atendidas mediante la conducta problema. Por ejemplo, si la conducta disruptiva de un niño cuando está haciendo las tareas de la escuela aparece cuando la madre le ayuda con ellas, y no aparece si es el padre quien le ayuda, y además, el análisis funcional ha mostrado que el niño de esa forma obtiene atención de su madre (que no logra de otras formas), la intervención no puede consistir sólo en eliminar la ayuda de la madre, sino que debe contemplar también un sistema en el que el niño obtenga la atención de su madre mediante un comportamiento adaptado.

Imaginemos también el caso de un niño autista que se golpea contra la pared ante la presencia de adultos, podemos decidir ignorar esa respuesta y actuar de forma ajena a su comportamiento, seguramente este cambio de consecuencias disminuirá la frecuencia de las auto-lesiones, si se trata de una conducta motivada por la atención social. No obstante, esta misma estrategia podría empeorar la conducta en el caso de que el niño busque escapar de la gente y quedarse sólo. En ambos casos tenemos la misma conducta problema y los mismos antecedentes, no obstante, su

función difiere sustancialmente, y por tanto, también diferirán las intervenciones que se diseñen en ambos casos. Es importante, por tanto, insistir en que cualquier estrategia que se introduzca en un programa de tratamiento debe estar apoyada por los resultados del análisis funcional.

La evaluación de variables moduladoras de las relaciones funcionales establecidas es un elemento esencial del análisis funcional. Las relaciones funcionales no se ajustan a un criterio todo-nada, sino que su fuerza o intensidad varían en función de los contextos y de variables del individuo, estas últimas conocidas como variables orgánsmicas. Las variables orgánsmicas son aquellas características físicas, psicológicas o fisiológicas, relativamente estables en un individuo. Se refieren a todo tipo de diferencias individuales que podemos hallar entre los sujetos y modulan las relaciones funcionales identificadas, es decir, son variables covariantes que deben tenerse en cuenta para el diseño del tratamiento. Por ejemplo, el hecho de que un paciente tome alcohol con asiduidad puede ser una variable interviniente importante sobre la forma de la comunicación que se establece con su pareja en un momento concreto, o la presencia de rasgos obsesivos puede empeorar la respuesta de una adolescente a un conflicto entre iguales.

En los últimos años, además, el análisis funcional está incorporando los principios del contextualismo funcional, que sustenta las llamadas terapias de tercera generación que se han introducido en el capítulo anterior. Como se ha indicado, esta forma de entender las relaciones difiere sustancialmente de las perspectivas anteriores (positivistas y cognitivistas), pero puede ser subsumida por el modelo de análisis funcional. Se trata de identificar de qué forma las respuestas cognitivas, emocionales o motoras ocurren en relación con el entorno interno y externo y obtienen su significado a partir del contexto histórico y circunstancias internas y externas del momento (Hayes, 2004).

Al finalizar el análisis funcional se esperaría haber clarificado o, al menos, haber generado algunas hipótesis verosímiles sobre las causas y la función de una determinada conducta. Aunque los defensores del análisis funcional más ortodoxo (Cone, 1997; Sturmey, 1994) reclaman la contrastación empírica de las hipótesis generadas como parte final del proceso de análisis funcional, y de forma previa al diseño de la intervención, en general, la contrastación empírica del modelo generado por el análisis funcional se realizará con la puesta en marcha del programa de intervención. La manipulación de las variables que han sido señaladas como elementos que controlan el comportamiento, llevará a la consecución de resultados que, o bien avalen las hipótesis funcionales y causales, o bien las refutarán; en este último caso se necesita volver a reformular el análisis funcional e identificar que variables o interacciones de relevancia habían sido obviadas en un principio.

5.2. Limitaciones del análisis funcional

A pesar de su indudable utilidad, la aplicación del análisis funcional presenta problemas que restringen su uso e imponen limitaciones a su práctica; algunos de estos problemas no están restringidos o se refieren al análisis funcional en sentido estricto, sino que tienen que ver con el proceso de evaluación conductual en que el análisis funcional se encuentra inmerso y del cual depende. Así, respecto a la recogida de información relevante, la evaluación conductual ha realizado pocas aproximaciones sistemáticas (Haynes y O'Brien, 1990; O'Brien y Carhart, 2011), no habiendo especificado los aspectos concretos a evaluar. Este hecho plantea un serio problema, ya que es necesario tomar decisiones acerca de qué evaluar, pues es materialmente imposible evaluar todo en cada paciente. Por otra parte, el cómo y con qué se obtienen los datos no es un tema baladí, pues la información obtenida será tan precisa, válida y fiable como lo sea el método que la produzca. Lo cierto es que actualmente los métodos utilizados en un análisis funcional para obtener información no suelen ser muy distintos de los utilizados en la evaluación psicológica general (entrevistas, auto-informes, cuestionarios), estando muchos de ellos sujetos a problemas de precisión, validez y fiabilidad; de forma similar, los procedimientos que pueden considerarse genuinos del análisis funcional (observación directa, auto-observación, acuerdo inter-observador) no están tampoco exentos de problemas psicométricos que pueden menoscabar la propiedad de la información que ofrecen (Cone, 1997).

Dado este estado de cosas, las clasificaciones diagnósticas tipo DSM o ICD han supuesto una alternativa de solución, ya que proporcionan una guía valiosa para comenzar el análisis funcional, mostrando los aspectos relevantes a evaluar en cada caso. Sin embargo, esta opción tampoco está exenta de problemas, ya que tal y como están estructuradas las categorías sindrómicas puede darse el caso de que dos personas reciban el mismo diagnóstico sin compartir ninguna característica (Frances, Pincus, Widiger, Davis y First, 1990). Es más, la utilización de este tipo de sistemas puede llevar a evaluar sólo los datos que corroboran un determinado diagnóstico, obviando otros aspectos relevantes.

Una situación similar se produce en fases posteriores del proceso, cuando la información es organizada en un análisis preliminar de los problemas del paciente en términos conductuales. La gran cantidad de datos obtenidos debe comenzar a escogerse, para lo que es preciso aplicar el conocimiento conductual. No obstante, tampoco para esta selección existen criterios establecidos, ni reglas concretas que orienten la realización del análisis funcional. Esta situación limita la investigación empírica, no pudiendo establecerse qué análisis funcionales son mejores

(Cone, 1997; O'Brien y Carhart, 2011). Con frecuencia, el análisis funcional se ha elaborado de forma bastante rigurosa cuando lo que se pretende es la eliminación de conductas problema, sin embargo, cuando se trata de la creación de nuevas conductas el análisis funcional se ha realizado de forma menos esmerada (Godoy, 1991).

Otro de los escollos que enfrenta el análisis funcional es su justificación como estrategia o directriz de elección del tratamiento. En última instancia, la adecuación de un análisis funcional vendría dada por los efectos del tratamiento. No obstante, este criterio puede ser insuficiente, especialmente si se tiene en cuenta que cuando se ha comparado la utilidad de tratamientos basados en el análisis funcional con los basados en la clasificación diagnóstica, no se han constatado diferencias significativas (Hayes y Nelson, 1986). Además, también queda por determinar cómo se establecen las recomendaciones de tratamiento a partir de los datos del análisis funcional, pudiendo derivarse tratamientos distintos de un mismo análisis funcional (Hayes y Follette, 1992; Gavino, Godoy y Rodríguez-Naranjo, 1996; Gavino, 1998).

A partir de estos datos, Hayes y Follette (1992, 1993) concluyeron que el análisis funcional no se ha desarrollado porque no incluye principios claros para aplicarlo a cada caso concreto, es decir, porque no sería replicable, lo que dificulta considerablemente su estudio científico, tan característico del enfoque conductual. Por ello instan al desarrollo de sistemas que permitan la replicación del análisis funcional sin perder el carácter único del caso concreto. No obstante, este tipo de alternativa ha contado sólo con algunas tentativas como son el método analítico específico de Hayes y Follette (1992 y 1993), o los marcadores causales de Haynes y O'Brien (1988), siendo frecuente recurrir a las clasificaciones diagnósticas para conseguir algunos de estos objetivos. Este proceder puede resultar problemático ya que, sin desdeñar su utilidad en determinados aspectos que serán comentados, se puede estar depositando demasiada confianza en procedimientos de carácter nomotético que se sustentan en principios teóricos y metodológicos muy diferentes a los del análisis funcional.

En cualquier caso, las dificultades señaladas no implican ninguna amenaza al análisis funcional, al margen de ellas, el análisis funcional sigue en plena vigencia en el ámbito clínico y desarrollándose y generando trabajos y revisiones que muestran su presencia y utilidad (Groth-Marnat, 2009; Hersen, 2006a y 2006b). La utilización del análisis funcional es, ante todo, un modelo que permite el establecimiento de relaciones causales, así como entender la variabilidad de la conducta en términos de adaptación ambiental.

6. Procedimiento y proceso de la evaluación conductual

Ya ha sido comentado que la evaluación conductual es el proceso que articula la intervención terapéutica que se lleva a cabo en terapia cognitivo-conductual; este proceso abarca desde el primer contacto entre terapeuta y paciente hasta la valoración de las ganancias terapéuticas obtenidas durante la fase de seguimiento. Frecuentemente por motivos didácticos, evaluación y tratamiento se exponen como procesos separados, aun cuando la realidad es otra. Evaluación y tratamiento son procesos inter-dependientes, pues la selección de objetivos terapéuticos y el diseño e implantación del programa de tratamiento en sí, dependen directamente de la información que han suministrado las primeras fases de la EC.

El desarrollo de la evaluación conductual se basa, por tanto, en principios científicos, y se ajusta a un proceso inductivo-hipotético-deductivo en el que se distinguen una serie de fases caracterizadas por objetivos y tareas propios. Estas son:

1. Definición y delimitación del problema a través de la identificación de las características potencialmente relevantes del paciente, su conducta y el contexto en que ésta ocurre.
2. Formulación funcional del caso elaborando hipótesis contrastables y deducción de predicciones verificables a partir de dichas hipótesis. Se trata de organizar la información recogida en el paso anterior en términos funcionales, tratando de identificar las relaciones causales relevantes que deben cambiarse.
3. Selección de conductas clave y variables relevantes y establecimiento de metas terapéuticas.
4. Propuesta de intervención basada en el paso anterior.
5. Aplicación del tratamiento.
6. Evaluación del cambio. Si el resultado de la evaluación del cambio resulta negativo, volver a las fases 1, 2 o 3 del proceso.

A continuación se describe la forma de proceder en la aplicación de cada una de estas fases.

Definición y delimitación del problema objeto de intervención

La mayor parte de las personas que solicitan ayuda psicológica suelen definir su problema como una sensación de malestar general o de forma ambigua y poco concreta. Una tarea del terapeuta en esta fase será, por tanto, formular en términos precisos los problemas del paciente y establecer cuales serán objeto de intervención.

Antes de continuar, parece oportuno comentar que el análisis del motivo de consulta del paciente es uno de los aspectos menos estudiados del proceso de intervención (Godoy, 1991), la mayor parte de los autores se centran casi inmediatamente en cómo operativizar el comportamiento. En el mejor de los casos encontramos consejos generales sobre dicho análisis: pedir que el paciente ponga ejemplos de su problema, o sobre cosas que deberían ocurrir para que se mejorara (Nelson y Hayes, 1986), o bien aspectos que podrían mejorar en su vida (Lazarus, 1971). Sin embargo, es evidente que antes de traducir a conductas concretas debemos tener claro qué es lo que hay que traducir, siendo imprescindible conocer de forma completa cuáles son las quejas del paciente, de tal forma que pueda diseñarse y llevarse a cabo una intervención que atienda a todos los aspectos implicados, y pueda dar cuenta de la complejidad (mayor o menor) del trastorno o problema presentado.

Dos son las metas en esta fase inicial: 1) recoger los datos necesarios para el conocimiento y análisis de los problemas del paciente; y 2) establecer una relación terapéutica adecuada que motive al paciente a acudir a las sesiones y a colaborar activamente en el proceso.

El terapeuta conductual delimita las conductas problemáticas que presenta el paciente, así como las variables que probablemente las controlan. Para ello se lleva a cabo un análisis topográfico de las conductas problema y un análisis funcional de las relaciones entre éstas y las variables que contribuyen a su mantenimiento. El análisis topográfico consiste en reunir y ordenar la información de manera que aparezcan todos los comportamientos problemáticos que se pretendan modificar (Gavino, 1997a). La descripción topográfica de las conductas problema remite al triple sistema de respuesta de Lang (1968) (motor, cognitivo y psicofisiológico), y su ocurrencia se cuantifica a través de parámetros como frecuencia, intensidad y duración. Hemos apuntado como esta tarea puede complicarse por la dificultad de los pacientes para comunicar de forma conductualmente apropiada demandas, así como para diferenciar entre las conductas que representan un problema y las consecuencias que se derivan de éste. Se requiere una exploración minuciosa y activa por parte del terapeuta que no se limite a los problemas más llamativos o molestos, y que suelen ser los que se manifiestan más fácilmente en los primeros contactos (Godoy, 1991).

El procedimiento más empleado para la recogida de datos iniciales es la entrevista conductual. A pesar del énfasis que desde los inicios de la evaluación conductual puso en la utilización de métodos directos de obtener información (observación directa), la entrevista sigue siendo el instrumento de más amplia utilización en la evaluación conductual. La entrevista permite coordinar la recogida de información a través de otros procedimientos como la auto-observación (auto-registros) o los auto-informes. Estos últimos examinan con más detalle áreas (personal, afectiva, familiar, social o profesional) aparentemente problemáticas. Además de los aspectos indicados, es

importante tomar en consideración la relevancia personal y social de los problemas delimitados. Así mismo no hay que olvidar la valoración de los recursos del paciente y el análisis de autocontrol (Kanfer y Saslow, 1965); el manejo de dichos elementos potencia la motivación del paciente y optimiza el diseño de la intervención.

Formulación del caso

Una vez está identificada la información relevante al problema y se ha descrito topográficamente, procede la conceptualización del problema en términos funcionales. Como se ha expuesto en el apartado dedicado al análisis funcional, esta perspectiva funcional tiene como objetivo la identificación de estímulos antecedentes y consecuentes que controlan cada respuesta problema y la determinación de las relaciones entre dichas respuestas y sus variables controladoras. Este nivel de análisis, el más propio de la TCC, nos informa de las variables concretas sobre las que actuará la intervención. Uno de los esquemas más ampliamente utilizados como guía del análisis funcional es el elaborado por Kanfer y Philips (1970), que engloba los cuatro elementos básicos: estímulos antecedentes (E), variables del organismo (O), respuestas (R) y consecuencias (C), no obstante este modelo puede resultar limitado para adaptarse a acercamientos cognitivos y contextuales.

La información recogida y organizada funcionalmente permite poder plantear modelos explicativos acerca de los problemas del paciente. Un modelo explicativo debe dar cuenta de cómo ocurre la conducta problema, y de cómo operan las diversas variables para perpetuar el problema. Este modelo funcional va a permitir la formulación de hipótesis concretas sobre el origen, mantenimiento y cambio de los problemas.

La formulación de hipótesis susceptibles de contrastación empírica, es el principal objetivo de esta fase, y es precisamente la comprobación de las hipótesis planteadas lo que determinará los objetivos de la intervención. Para fijar los objetivos de la intervención resultan más relevantes las hipótesis relativas al mantenimiento de los problemas, que las hipótesis acerca del origen del trastorno, ya que estas últimas aluden a relaciones que se establecieron en el pasado y sin posibilidad de contraste, sin embargo, una hipótesis bien formulada sobre el origen de un trastorno puede ser muy útil para entender mejor el problema en la actualidad.

Establecimiento de objetivos terapéuticos

Una vez se ha establecido el modelo explicativo de los problemas y las hipótesis derivadas de él, se definirán los objetivos terapéuticos, siendo éste el paso anterior al establecimiento del programa terapéutico. Los objetivos orientarán la selección de las estrategias terapéuticas a emplear y las metas a conseguir; la consecución de dichas metas va a constituir uno de los criterios para valorar la eficacia de la intervención.

Podemos fijar dos tipos de objetivos terapéuticos (Gavino, 1997b):

- Objetivos finales o metas últimas, son aquellas que una vez conseguidas darán por finalizada la intervención. Generalmente, los objetivos finales de toda intervención suelen ser que mejore lo que molesta (las quejas), que se consiga lo que se desea (las demandas) y que no aparezcan efectos secundarios (nuevas quejas) como resultado de la intervención.
- Objetivos intermedios. Son objetivos cuya consecución permite el acercamiento progresivo a la meta final. Generalmente el tratamiento está dirigido a trabajar con variables que atañen directamente a estos objetivos concretos intermedios.

No obstante, tal y como queda recogido en los capítulos de este manual dedicadas a las terapias de tercera generación, se está produciendo un cambio en el planteamiento de los objetivos finales de la TCC, que, procedente de las terapias cognitivo conductuales de carácter constructivista y contextual, está afectando a toda la TCC. La TCC ha estado centrada durante mucho tiempo (hasta bien entrada la década de los 90) en un planteamiento racionalista y medicalizado, donde el objetivo era la consecución de la eliminación del malestar en el individuo (simplemente hay que observar el relevante papel de los procedimientos de desactivación fisiológica para la eliminación de la ansiedad en muchos de los programas de intervención de los años 70 y 80). Sin embargo, en la actualidad el objetivo de la aceptación del malestar que está afectando al individuo es un elemento fundamental que guía toda la intervención. Esta aceptación diluye estrategias de *evitación experiencial* y permite una adaptación y calidad de vida muchas veces inviable mediante otras propuestas terapéuticas.

A la hora de fijar los objetivos a conseguir, hay algunas consideraciones que pueden guiar la tarea de selección de los objetivos de la intervención:

- Elegir aquellos comportamientos que son o pueden ser peligrosos para el paciente o para las personas de su entorno.
- Modificar las conductas que provocan sufrimiento en el sujeto o en los otros.
- Centrarse en conductas que promuevan la adaptación social, la autonomía y funcionalidad.
- Cambiar aquellos aspectos del comportamiento que ayudarían incrementar y a flexibilizar el repertorio conductual del paciente y que potenciarían su adaptación y bienestar a largo plazo;
- Diseñar el plan de creación, eliminación y modulación de conductas en términos positivos y constructivos más que en términos supresores o negativos.

En cuanto a las consideraciones acerca del orden de prioridad de la intervención, hay distintos criterios, por ejemplo, elegir en primer lugar la conducta que resulte más molesta, la más fácil de modificar, la que produzca mayor generalización de la mejoría o la primera conducta de una cadena comportamental dada (Godoy, 1991). Estos criterios no son universalmente aplicables, y será siempre el juicio clínico sobre el análisis funcional realizado el que deberá predominar. Por ejemplo, modificar primero la conducta más molesta podría conducir al abandono temprano de la terapia; abordar en primer lugar algo sencillo puede llevar a que se produzca rápidamente la mejoría y así generar falsas expectativas sobre la facilidad del proceso, intervenir inicialmente en un proceso complicado (e.g. conflicto de pareja) puede llevar a desencadenar o desenmascarar otros problemas para los que el paciente no esté preparado. En general, es aconsejable comenzar por algún problema que permita obtener resultados lo suficientemente gratificantes como para motivar al paciente a abordar otros problemas.

La elección de los objetivos o metas a conseguir requiere de un trabajo conjunto entre terapeuta y paciente, con diferente grado de implicación de uno y otro en función del tipo de objetivo a acordar. Aunque el establecimiento de los objetivos finales dependerá fundamentalmente del paciente, el terapeuta deberá asesorar y guiar al paciente en la propuesta de metas realistas y alcanzables (e.g. un paciente con fibromialgia deberá aceptar que la eliminación del dolor no puede plantearse como un objetivo final pues se trata de un síndrome complejo que a día de hoy sólo cuenta con tratamientos de carácter paliativo). En cuanto, a los objetivos intermedios, el terapeuta puede ser el mejor conocedor de cómo lograrlos, no obstante, el paciente debe entender el porqué del curso del tratamiento que se le propone y estar de acuerdo con él.

Elección de técnicas y procedimientos de intervención

En función de los objetivos terapéuticos se seleccionarán las técnicas o estrategias terapéuticas que mejor puedan ayudar a conseguir los objetivos fijados. Como se ha expuesto, el análisis funcional parece ser la estrategia más útil para este fin, ya que la simple descripción topográfica del problema puede ser de poca ayuda en esta tarea.

El análisis funcional señala cuáles son los elementos concretos que debemos modular, eliminar o implantar para conseguir las metas de la intervención. Sin embargo, además de la utilización del análisis funcional se han propuesto otras estrategias de decisión que pueden considerarse un complemento del análisis funcional (Godoy, 1991). Una de ellas es la estrategia de la *conducta clave* (Evans, 1985), que consiste en seleccionar la primera conducta de una cadena conductual (conducta clave) y propiciar su modificación esperando que se vayan modificando de una a otra todas las demás conductas que componen la cadena. La estrategia

diagnóstica es otra alternativa a la hora de elegir el tratamiento más adecuado (Taylor, 1983). En este caso lo que se aconseja es elegir algún tratamiento que haya demostrado ser eficaz en pacientes con el mismo diagnóstico y ponerlo en marcha, adecuando el protocolo al caso concreto.

La elección de un tratamiento con apoyo empírico protocolizado en determinados trastornos, no tiene porque ser contrario a los fundamentos conceptuales y a la praxis propuesta por la TCC. Recordemos que la propuesta de tratamientos protocolizados para determinadas categorías diagnósticas está basada en una amplia y rigurosa investigación clínica que ha contemplado en su proceder los principios de la evaluación conductual. Después de décadas de desarrollo, la TCC está en disposición de ofrecer modelos de conducta desadaptada que proceden del estudio conductual de múltiples casos, estos modelos han sido contrastados empíricamente a través de contextos e individuos. Es decir, la investigación conductual precedente ha permitido hacer propuestas generales de modelos funcionales que pueden sugerir directamente el tratamiento, el único paso a añadir sería pues la adaptación y adecuación al caso concreto.

La situación expuesta probablemente hará surgir al lector el interrogante de si merece la pena tomarse la tarea de realizar el análisis funcional e individualizar un tratamiento, cuando hay datos que indican que la simple aplicación de una técnica o programa de tratamiento puede ser eficaz. La respuesta sin duda es afirmativa. La investigación nomotética en el ámbito clínico ha llevado a que el diagnóstico psiquiátrico pueda orientarnos de forma rápida hacia un tipo de tratamiento eficaz en algunos trastornos (e.g. aquellos que cursan con conductas de evitación), sin embargo esta situación no es todavía la norma general en el ámbito de la Terapia de Conducta, sino el dato particular, de tal forma que aunque exista un diagnóstico previo, que cuente con un tratamiento protocolizado con apoyo empírico resulta imprescindible el acercamiento individual para adaptar y adecuar el tratamiento al caso concreto.

Por último, señalar que la selección de técnicas que compondrán el programa de intervención vendrá también determinada por el proceso de evaluación anteriormente expuesto, pero también por otros factores como la naturaleza de los problemas a tratar (e.g. gravedad, el sistema de respuesta al que pertenece, etc.), las características del paciente (e.g. edad, capacidad física y mental, etc.), las del contexto en el que se lleva a cabo la intervención terapéutica (e.g. consulta privada, institución, situación de internamiento, etc.) y evidentemente las características del terapeuta (e.g. cualificación y experiencia profesional, etc.).

Aplicación del programa de tratamiento

Una vez seleccionadas las estrategias terapéuticas se aplicarán siguiendo el orden que previamente se haya establecido, aunque con la flexibilidad suficiente como para acomodar el ritmo de la intervención a las posibilidades del paciente y dar cuenta de

los imprevistos que puedan surgir, y que son frecuentes en la práctica clínica cotidiana. La evaluación de los avances terapéuticos es conveniente hacerla sesión a sesión, de forma paralela al tratamiento; de esta forma se comprobará si se van cumpliendo los objetivos programados, si no fuese así será necesario volver sobre los pasos anteriores y modificar la técnica empleada, la secuencia de intervención, las metas terapéuticas o las hipótesis que han dado lugar al plan de tratamiento.

En Terapia de Conducta los pacientes suelen conocer el diseño de las sesiones de tratamiento de tal forma que el paciente sabe la secuencia y las diferentes tareas que se va a acometer en cada sesión. Una estructura habitual es empezar comentando cómo se ha dado la realización de tareas durante la semana anterior (generalmente revisando los auto-registros), identificando y comentando las dificultades que hayan podido surgir. Posteriormente, la sesión puede dedicarse al aprendizaje y práctica de las técnicas terapéuticas, para finalizar con una valoración de la progresión del tratamiento y la programación de las tareas que el paciente debería realizar hasta la siguiente sesión.

La intervención habrá finalizado cuando se hayan logrado los objetivos finales de la intervención. Para que se dé el mantenimiento de las ganancias terapéuticas obtenidas, a medio y largo plazo, es indispensable diseñar y entrenar al paciente en habilidades y estrategias específicas que propicien la generalización y mantenimiento del cambio conseguido. Esta previsión es primordial en todas las intervenciones, el trabajo sobre las recaídas debe hacerse desde el principio. El individuo debe saber que es esperable que su ritmo de mejoría no sea regular y que encuentre escollos en su recuperación; estas situaciones de recaída deben conceptualizarse como una oportunidad de aprendizaje y no como un fracaso. El trabajo en este sentido alcanza todavía mayor relevancia en problemas que presentan mayor susceptibilidad a las recaídas (e.g. problemas adictivos, depresión, trastornos de la alimentación, etc.).

Evaluación de la intervención

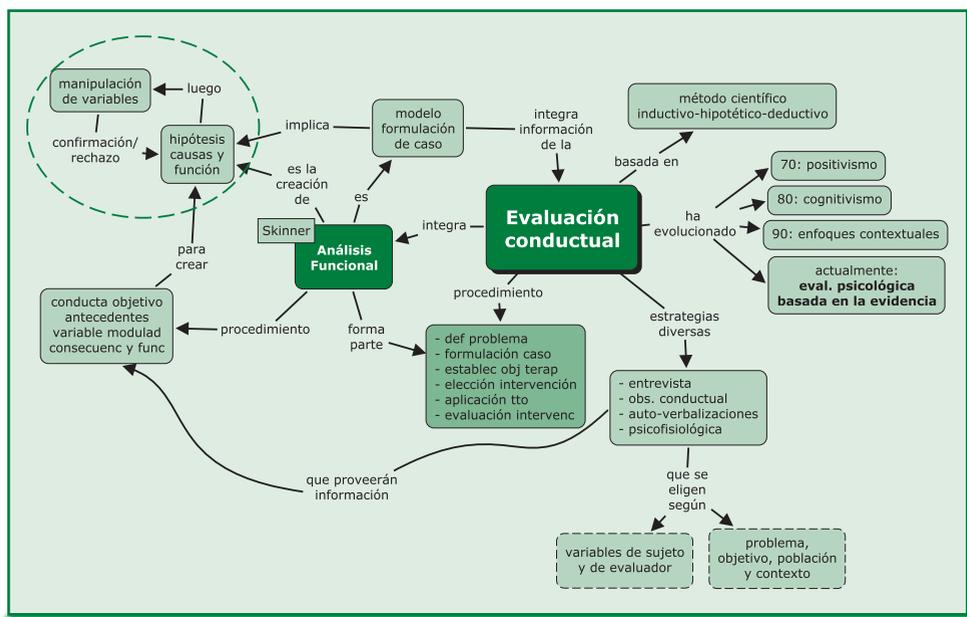
La evaluación de los resultados terapéuticos puede hacerse en distintos momentos: a lo largo del tratamiento, en el momento final del programa de intervención y durante el seguimiento. La evaluación intra-tratamiento es un proceso continuo llevado a cabo durante todo el tratamiento, con el fin de comprobar si se van cumpliendo las sub-metas programadas. Estos chequeos iterativos permiten ir contrastando las hipótesis parciales, y modificando, si es pertinente, los objetivos de la intervención.

La evaluación post-tratamiento permite constatar si los objetivos finales establecidos se han logrado. Sin embargo, lo cierto es que si se han efectuado medidas a lo largo de las sesiones, o en diferentes momentos del proceso, llegados a este punto existirá ya una noción bastante ajustada sobre los efectos totales de la intervención. El crite-

rio para determinar el éxito de una intervención varía si se adopta un criterio clínico (significación clínica) basado en el funcionamiento adecuado del paciente, o experimental (significación estadística) medido a través de criterios estadísticos. Ambos criterios tienen relevancia y es aconsejable su utilización conjunta. En relación con la significación clínica, existen procedimientos estadísticos que permiten cuantificarla (Jacobson, Follette y Revenstorf, 1984; Christensen y Mendoza, 1986), se trata de comprobar la fiabilidad y validez de las impresiones clínicas afectadas por la subjetividad.

Por último, la evaluación durante el periodo de seguimiento tiene como objetivo comprobar si la mejoría conseguida durante el proceso de intervención se ha generalizado eficazmente a las situaciones cotidianas del sujeto y se mantiene con el paso del tiempo. La generalización y mantenimiento de las ganancias terapéuticas ha sido y es un tema de especial interés para la TCC y puede considerarse uno de los factores responsables de la abundancia actual de manuales de auto-ayuda. A pesar de la importancia que tiene el continuar la evaluación durante un periodo de seguimiento suficientemente amplio para constatar la efectividad de un tratamiento, lo cierto es que aún actualmente muchas intervenciones e investigaciones clínicas carecen de él, o bien se realiza durante un tiempo muy breve. Aunque no existe una norma acerca de los momentos en que ha de realizarse la evaluación del seguimiento, se suele aconsejar efectuar evaluaciones periódicas en los 12 meses siguientes a la finalización del tratamiento.

7. Mapa conceptual de la evaluación conductual



8. Cuestiones sobre fiabilidad y validez en la evaluación conductual

La medida es un componente central de cualquier acercamiento científico a la evaluación psicológica. Las cualidades psicométricas de las medidas utilizadas necesariamente afectan la validez de los juicios clínicos que se realicen, pues los índices de validez de las medidas son esenciales para establecer el grado de confianza que puede depositarse en las inferencias realizadas a partir de ellas. La validez de un instrumento puede variar a través de poblaciones, entornos y objetivos de la evaluación y no es un atributo que sea susceptible de fácil generalización. Siendo su validez condicional, los instrumentos de evaluación deben ser validados para el propósito concreto de la evaluación (Haynes, 2006).

Cualquier medida de una conducta problema está directamente relacionada con cómo esta conducta puede cambiarse, sin embargo, la mayor parte de los instrumentos de evaluación utilizados en la evaluación conductual no ha seguido un proceso riguroso de validación, no existiendo, en muchos casos, datos sobre sus propiedades psicométricas en determinadas situaciones, poblaciones o problemas, aún así, la validez de tratamiento de la evaluación llevada a cabo sí resulta atractiva para muchos clínicos e investigadores, siendo éste uno de los activos de la evaluación conductual.

A pesar de la conciencia sobre la importancia de este tema, frecuentemente los intentos de establecer la fiabilidad y validez de los instrumentos de la evaluación conductual han quedado reducidos a intentos aislados y limitados. De hecho, actualmente importantes áreas de la psicología clínica no tienen desarrollados instrumentos conductuales que permitan el curso óptimo de la evaluación conductual (e.g. trastornos disociativos, paranoia, hipocondría, trastornos de personalidad, etc.). Hace unos años parecía que la situación podría haber cambiado, ya que prestigiosos autores del área (Cone y Hawkins, 1977; Haynes, 1978; Silva, 1989) recomendaban prestar una mayor atención a la valoración psicométrica de los instrumentos de evaluación conductual. Sin embargo, el cambio no ha resultado tan radical y, lamentablemente, este déficit sigue siendo más generalizado de lo que cabría haber esperado. Incluso técnicas emblemáticas como la observación conductual en el ámbito natural tienen todavía problemas de sesgo, efecto halo, bajo acuerdo inter-observadores, sesgo confirmatorio, etc. (Hintze, 2005). El problema con los auto-informes cognitivos es similar, pudiendo estar afectadas las medidas obtenidas por problemas como diferencias en el significado del contenido de las pruebas entre evaluado y evaluador, sesgos de respuesta, deseabilidad social, baja honestidad del auto-informe, equivalencia cuestionable entre el diálogo interno y las descripciones verbales, etc.. Por otra parte, el uso de sistemas multimétodo de evaluación debe contar con datos sobre la validez incremental que supone utilizar

una serie de pruebas (Haynes y O'Brien, 2000b), para así poder confiar en que su uso realmente incrementa la validez del juicio clínico.

La necesidad de investigación psicométrica en la evaluación conductual ha dado lugar a la aparición de posturas opuestas acerca de la aproximación hacia la psicometría. Los autores más ortodoxos defienden que la integración de los criterios psicométricos en la evaluación conductual no resulta posible dadas las profundas divergencias entre sus modelos de referencia, y rechazan las interpretaciones nomotéticas o normativas, así como los criterios psicométricos de fiabilidad, validez y utilidad (Hayes, Nelson y Jarrett, 1986a), especialmente por lo que respecta a: (a) los supuestos acerca de la estabilidad y consistencia del comportamiento asumidos por el enfoque psicométrico y rechazados por el modelo conductual (e.g. una baja fiabilidad test-retest es mejor interpretada desde el paradigma conductual que defiende la variabilidad conductual determinada ampliamente por la variabilidad contextual); (b) el nivel de análisis (grupal en el modelo psicométrico, e individual en el conductual); y (c) el modelo de causalidad (estructural intra-sujeto en el caso del modelo psicométrico, y funcional ambiente-sujeto para el conductual). En sentido contrario, quienes defienden el integracionismo consideran indiscutible la utilidad de las aportaciones de la aproximación psicométrica a la evaluación conductual (Anderson, Cancelli y Kratochwill, 1984; Cone, 1997; Silva, 1993), por ejemplo, la fiabilidad inter-observadores es esencial para poder confiar en los datos recogidos mediante este procedimiento (Hintze, 2005) o, de la misma forma, los datos derivados de los auto-informes en áreas como asertividad o miedo necesitan demostrar que sus datos son realmente generalizables a otros contextos como situaciones de *role-playing*, simulaciones y, principalmente, el medio natural (Groth-Marnat, 2009).

No obstante, y a pesar de la discrepancia entre posturas, la revisión de la literatura actualizada pone de manifiesto que la postura más favorable a la integración de los principios psicométricos ha ido ganando terreno en la evaluación conductual, debido probablemente a la propia evolución de la evaluación conductual hacia planteamientos menos ortodoxos y más cercanos al planteamiento psicométrico (Groth-Marnat, 2009; Haynes y O'Brien, 2000a; Haynes, 2006; Suen y Rzasa, 2004); así mismo, la aparición de la evaluación basada en la evidencia como nuevo área de interés parece no permitir otra opción. Los principios psicométricos tienen un importante papel en la evaluación conductual, y son guías indispensables para el tipo de inferencias y juicios clínicos que se puedan hacer a partir de sus datos.

Reconocida la utilidad del acercamiento de la psicometría a la evaluación conductual, también es cierto que la aplicabilidad y utilidad de los principios psicométricos es diferencial. La psicometría incluye diversas dimensiones como fiabilidad inter-jueces, validez predictiva, validez incremental, etc. y estas dimensiones tienen una aplicabilidad diferente en función de los objetivos, métodos, instrumentos y

medidas. Por ejemplo, la validez discriminante puede ser una dimensión útil en la evaluación de las medidas de cuestionarios de auto-informe cuando el objetivo es la clasificación, sin embargo, esta misma dimensión tiene menor utilidad en la evaluación conductual, donde el interés clasificatorio es inexistente y los objetivos suelen estar relacionados con la medida del cambio conductual a lo largo del tiempo (Haynes, 2006).

Entre otros ejemplos de aplicabilidad diferencial, anotar como la estabilidad de las medidas a lo largo de cortos periodos de tiempo es una dimensión de gran utilidad en las mediciones psicofisiológicas, donde se necesita establecer una estimación fiable de las medidas por unidad de tiempo (e.g. cada minuto, cada 5 minutos, etc.), estimación necesaria para obtener una muestra de respuesta psicofisiológica representativa. Sin embargo, la estabilidad temporal será menos relevante en la evaluación de los cambios conductuales de un niño interactuando con su padre en distintos contextos en un corto periodo de tiempo (e.g. en la consulta realizando distintas actividades), pues se esperará que la variación del contexto afecte a la variabilidad de la conducta del niño. En esta situación, la estabilidad temporal nos dice menos acerca la calidad de los datos de evaluación.

Consideraciones similares pueden hacerse en relación con otras dimensiones como la validez de contenido, la validez incremental, la consistencia interna, etc. La relevancia diferencial de los principios psicométricos a lo largo de los métodos de evaluación, medidas y objetivos puede resumirse en el principio establecido por Haynes (2006) que señala que las inferencias sobre la validez de una medida deberán basarse en el resultado de las evaluaciones psicométricas consistentes con las características del objetivo de evaluación y el fenómeno medido. Esta es la forma en la que la psicometría puede aportar datos acerca de la calidad (fiabilidad y validez) de las medidas para realizar determinadas inferencias.

9. Direcciones futuras: evaluación basada en la evidencia

Se hacía referencia en el inicio del presente capítulo al proceso de evolución que ha seguido la evaluación conductual y que ha conllevado la modificación o ampliación tanto de sus supuestos conceptuales, como del objeto y métodos de evaluación iniciales (O'Brien y Carhart, 2011; Stemmer, 2003). Esta modificación ha hecho temer a algunos autores el fin de la evaluación-conductual como tal, y la posible pérdida del paradigma de evaluación que ha permitido a la TCC un progreso como ninguna otra forma de psicoterapia ha tenido en las últimas décadas, y que se pone de manifiesto en los resultados de la investigación sobre tratamientos basados en la evidencia (Dobson y Dobson, 2009).

No deja de resultar paradójico que la TCC que prácticamente ha hecho suyo el buque insignia de los tratamientos con apoyo empírico, paralelamente haya desatendido la búsqueda de evidencia empírica de sus evaluaciones, asistiendo paralelamente a un proceso de transformación de la evaluación conductual que resulta, cuando menos, inquietante. Hace pocos años que esta situación está cambiando y la evaluación basada en la evidencia comienza a ser un foco de interés para los investigadores, no obstante, su demora en relación con los tratamientos basados en la evidencia es grande y difícilmente justificable, cuando todos los tratamientos con apoyo empírico empiezan con una evaluación (Hunsley, Crabb y Mash, 2004). Este hecho resulta aún más sorprendente si se tiene en cuenta la larga historia de la investigación psicométrica en el ámbito de la evaluación, sin embargo, la evaluación basada en la evidencia es algo más que la validez y fiabilidad de los instrumentos de evaluación (e.g. entrevista, cuestionarios, auto-registros, etc.), e incluye conceptos como la *utilidad diagnóstica*, y la *utilidad de tratamiento* de estos métodos de evaluación, así como propuestas de mejora en la toma de decisiones de los clínicos y consideraciones de tipo práctico como el coste o la facilidad de aplicación de la evaluación (Hunsley y Mash, 2005).

El Grupo de Trabajo sobre Evaluación Psicológica (*Psychological Assessment Work Group - PAWG*) fue convocado en 1996 por la Junta para Cuestiones Profesionales de la APA (*American Psychological Association*) con el objetivo de obtener un informe sobre el estado de la evaluación. Entre otros, el informe (Meyer, Finn, Eyde, Kay, Moreland, Dies et al., 2001) concluyó los siguientes puntos:

- a. La validez psicológica de los test es fuerte y convincente
- b. La validez psicológica de los test es comparable a la validez de las pruebas médicas
- c. Diferentes métodos de evaluación proporcionan información única.
- d. Los clínicos que confían únicamente en la entrevista probablemente obtendrán una comprensión limitada y/o inadecuada.

A partir de estos datos resulta obvio que los test pueden ayudarnos a realizar predicciones, sin embargo, el informe no presentó datos de instrumentos de evaluación utilizados a diario en la práctica de la TCC y que podrían predecir los resultados de la intervención cognitivo-conductual. Este hecho es debido probablemente al distanciamiento todavía existente entre evaluación y tratamiento. Por otra parte, una única medida puede tener buenas cualidades psicométricas, pero la evaluación basada en la evidencia debe considerar la validez científica de todo el proceso de evaluación y no sólo de una medida en particular. Los instrumentos de evaluación son sólo una parte del proceso, y es el proceso en sí mismo el que debe recibir apoyo empírico.

La definición del nuevo campo de trabajo que supone la evaluación basada en la evidencia incluye dos conceptos de trabajo fundamentales (Hunsley y Mash, 2005):

- La utilidad diagnóstica. La utilidad diagnóstica se refiere al grado en que los datos de una evaluación ayudan a formular un diagnóstico
- La utilidad de tratamiento. La utilidad de tratamiento ha sido definida como el grado en que una evaluación contribuye a conseguir un resultado terapéutico exitoso, es decir, se trata de establecer hasta qué punto contribuye una determinada evaluación a conseguir un resultado más exitoso (Hayes, Nelson y Jarrett, 1987).

La investigación relacionada con ambos conceptos es aún muy limitada, a pesar de que la necesidad de estudiar la utilidad de la evaluación sobre los resultados del tratamiento fuese identificada hace unos cuantos años (Hayes, Nelson y Jarrett, 1987) precisamente en el ámbito de la evaluación conductual. En relación con la utilidad diagnóstica, Nelson-Gray (2003) ha hecho referencia a la posibilidad de estudiar la validez incremental de entrevistas diagnósticas estandarizadas y relacionarla con los resultados. Según esta misma autora, el establecimiento de un diagnóstico parece de utilidad sólo en la elección del tratamiento, pero no a la hora de predecir los resultados de éste. El trabajo en este ámbito implicaría la evaluación de resultados en pacientes sometidos al mismo tratamiento, el cual ha sido determinado por una entrevista diagnóstica estandarizada, en oposición a una entrevista no estandarizada u otros procedimientos de evaluación o formulación como, por ejemplo, el análisis funcional. Esta investigación sobre utilidad diagnóstica todavía no se ha llevado a cabo. En relación con la utilidad de tratamiento es importante señalar que, en contraste con la evaluación diagnóstica, el análisis funcional ha mostrado utilidad de tratamiento desde hace años, particularmente en problemas severos (Carr y Durand, 1985).

En definitiva, el advenimiento de la evaluación basada en la evidencia era un hecho probablemente inevitable dadas las necesidades de fundamentación científica de cualquier intervención en salud, pues la base de cualquier tratamiento es la evaluación. Aunque habría sido deseable que el intervalo entre evaluaciones y tratamientos con apoyo empírico no fuese tan amplio, lo importante es la conciencia actual acerca de la necesidad e inevitabilidad de ello, y que la iniciativa se ha puesto en marcha. Achenbach (2005) comenta que el déficit de evaluaciones basadas en la evidencia es lo mismo que haber construido una mansión con unos cimientos precarios.

Pareciese que a la par que la evaluación conductual ha perdido parte de la estricta base científica con la que nació, se han sentado las bases para el surgimien-

to del interés en la evaluación basada en la evidencia, interés del que necesariamente va a beneficiarse la evaluación conductual y que puede contrarrestar la pérdida de base científica que se le ha atribuido por su transformación. Este enfoque puede aportar validez científica en aquellas zonas de la evaluación conductual más necesitadas (e.g. la validez de inventarios cognitivos y estrategias de evaluación basadas en medidas inferenciales) y venir a reforzar aún más aquellos elementos que han demostrado ya su utilidad de tratamiento, como es el caso del análisis funcional.

10. Conclusiones y consideraciones finales

Aunque la revisión histórica de la evaluación conductual pueda indicar que su evolución no se ha dirigido hacia el establecimiento de un paradigma de evaluación distintivo, independiente y aislado de las influencias tradicionales, tal y como se imaginaba y proponía en los inicios, lo cierto es que sus principios han mostrado ser ampliamente duraderos, influyentes y *resilientes* (Mash y Hunsley, 2004). Incluso habiendo perdido parte de su identidad inicial, lo cierto es que puede considerarse que la evaluación conductual ha superado a través del tiempo los retos que se propuso en sus inicios, tanto en lo que respecta a la evaluación, como al tratamiento. Además, la compatibilidad de sus principios y métodos de evaluación con las necesidades de la salud mental actual, principalmente el énfasis en una forma de proceder científicamente fundamentada, ha permitido que la EC haya influido notablemente en la forma de hacer evaluación psicológica hoy día. De esta forma, el alcance de su aplicación a una gran diversidad de áreas de trabajo (O'Brien y Carhart, 2011) y la diversidad de principios y prácticas con que cuenta actualmente, indican que la EC se encuentra totalmente vigente en el siglo XXI, a pesar de los vaticinios sobre su subsistencia que se dieron hace casi ya tres décadas.

No obstante, y a pesar de los logros, la utilización de la evaluación conductual sigue estando poco diseminada, incluso entre los propios terapeutas cognitivo-conductuales. Los estudios realizados hace unos años mostraban que sólo entre el 15% y el 25% de los terapeutas cognitivo conductuales usaban la observación en vivo (Guevremont y Spiegler, 1990). Sondeos anteriores presentaron datos similares: sólo el 12% de los terapeutas conductuales realizaban el análisis funcional, y sólo el 20% utilizaban la observación directa (Piotrowski y Keller, 1984). En general, parece que la práctica de la evaluación conductual queda restringida al uso de entrevistas y cuestionarios (Guevremont y Spiegler, 1990; Sarwer y Sayers, 1998). Puede que el coste general de la aplicación de la evaluación conductual, especialmente de alguno de sus procedimientos, explique su restringido uso, pero quizá también los clínicos están esperando la depuración de su utilidad clínica.

Es indudable que la EC presenta algunas formas básicas de utilidad clínica, por ejemplo, aún cuando los profesionales no la apliquen sí reconocen abiertamente su utilidad clínica, además, hay evidencia de que la EC proporciona información válida y fiable sobre el funcionamiento psicológico. Sin embargo, un nivel de utilidad clínica más riguroso entrañaría aportar datos de que el uso de la EC mejora las decisiones clínicas y los resultados del tratamiento. La información en este sentido es todavía limitada, aún cuando, como se ha comentado en el epígrafe anterior, el análisis funcional sí parece contar con datos que avalan este tipo de utilidad clínica.

La evaluación conductual se encuentra con el reto actual (común a toda la evaluación psicológica) de demostrar que su uso hace una diferencia medible y significativa en cuanto a los resultados de los servicios que se ofrecen a los pacientes. Simplemente saber que los métodos de la EC son válidos y fiables no es suficiente en estos momentos (Mash y Hunsley, 2004) y, a tenor de los datos sobre su implantación, tampoco parece suficiente para los clínicos que podrían estar esperando más de una forma de trabajo especialmente costosa. Esperemos que esta evidencia llegue, que merezca la pena en términos coste-beneficio, y que en el futuro contemos todavía con mayor conocimiento y pericia para enlazar evaluación y tratamiento y, así, seguir optimizando los resultados de la terapia cognitivo conductual.

11. Resumen

- La evaluación conductual surgió como alternativa a la evaluación tradicional y proporciona a la TCC una metodología de evaluación coherente las teorías del aprendizaje, los modelos cognitivos y los contextuales.
- La evaluación conductual aporta indicaciones metódicas sobre los focos de interés de la evaluación y los procedimientos pertinentes, asignando un seguimiento al proceso de intervención que permite su monitorización continua y facilita su sistematización.
- La evaluación conductual proporciona un entramado teórico-práctico para la formulación clínica de los casos mediante el proceso de análisis funcional, de tal forma que permite la integración de los juicios clínicos sobre los problemas y objetivos de un paciente, las variables causales que parecen ejercer influencia sobre los problemas y las funciones de éstos.
- La evolución de la evaluación conductual ha permitido integrar el uso de la metodología de evaluación conductual y las clasificaciones diagnósticas tradicionales, incorporando las ventajas de estos sistemas de clasificación e influyendo también sobre los mismos.

- La evaluación conductual se apoya en muy diversos métodos y modalidades de evaluación para la detección de la existencia de una conducta problema y sus parámetros: entrevistas conductuales, observación conductual, evaluación cognitiva conductual, evaluación psicofisiológica.
- En la evaluación conductual cada método e instrumento es diferencialmente aplicable y útil en función del problema, objetivo, población y contexto en que se plantee su uso, es decir, personas diferentes, diferentes contextos o culturas y diferentes objetivos y problemas, requieren diferentes métodos de evaluación.
- El análisis funcional es el elemento cardinal de la evaluación conductual, pues este proceso tiene implicaciones sobre cualquier elemento de la EC. El término *análisis funcional* proviene del concepto *skinneriano* de *análisis experimental* de la conducta.
- El análisis funcional consiste en llevar a cabo un análisis individualizado de las conductas específicas del paciente, en el que se establezcan las variables que determinan la conducta problema y que se pueden controlar para el cambio.
- La idea esencial del análisis funcional es que la conducta tiene un propósito, siendo el propósito final del análisis funcional comprender la función de la conducta problema.
- Las hipótesis funcionales que se generen durante esta fase deben estar basadas en la información que se ha obtenido previamente en la fase de recogida de datos de la evaluación conductual y deben especificar variables que sean medibles, contrastables y manipulables.
- La evaluación basada en la evidencia incluye dos conceptos de trabajo fundamentales, por un lado, la *utilidad diagnóstica* que se refiere al grado en que los datos de una evaluación ayudan a formular un diagnóstico, por otro, la *utilidad de tratamiento* que ha sido definida como el grado en que una evaluación contribuye a conseguir un resultado terapéutico exitoso.

12. Bibliografía recomendada

Haynes, S.N. y O'Brien, W.H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. NY: Kluwer Academic Publishers.

- Se trata de la obra más completa sobre el proceso de evaluación conductual. Los autores hacen una exposición pormenorizada de las bases teóricas y metodológicas que sustentan la evaluación conductual, describiendo de forma muy exhaustiva los instrumentos y métodos de evaluación, así como las estrategias para la elaboración del análisis funcional, y todo ello apoyado con ejemplos prácticos fácilmente entendibles.

Gavino, A. (1997). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. Madrid: Pirámide.

- Este libro hace un recorrido por el todo el proceso de intervención de la Terapia Cognitivo Conductual, señalando los elementos de mayor relevancia en cada fase y los criterios de actuación del terapeuta para una intervención exitosa. Tiene un enfoque totalmente práctico, realizando además comentarios y consideraciones de gran interés clínico sobre situaciones particulares que pueden producirse durante el proceso terapéutico.

Hersen, M. (2006). *Clinician's handbook of adult behavioral assessment*. NY: Elsevier Academic Press.

- De la mano de uno de los autores más relevantes en este ámbito se describe, de forma eminentemente práctica, la forma de llevar a cabo la evaluación conductual en adultos. El libro contiene numerosos ejemplos de aplicación de las distintas fases del proceso, utilizando siempre un lenguaje asequible y una estructura muy didáctica. Esencial como referencia para el trabajo clínico diario. El autor tiene publicado un manual de las mismas características dedicado a la evaluación conductual infantil: Hersen, M. (2006). *Clinician's handbook of child behavioral assessment*. NY: Elsevier Academic Press.

13. Referencias bibliográficas

- Abelson, J.L., Weg, J.G., Nesse, R.M. y Curtis, G.C. (2001). Persistent respiratory irregularity in patients with panic disorder. *Biological Psychiatry*, 49, 588-595.
- Achenbach, T. (2005). Advancing assessment of child and adolescent problems: Commentary on evidence based assessment of child and adolescent disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 542-547.
- Acierno, R., Hersen, M., Tremont, G., Van Hasselt, V.B. y Kabacoff R. (1999). Psychophysiological identification of depression subtypes in older adults: problematic diagnostic heterogeneity in the DSM-III-R and DSM-IV. *Journal of Clinical Geropsychology*, 5, 245-263.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (3^a edición). Washington, D.C.: A.P.A.
- Anderson, T. K., Cancelli, A. A. y Kratochwill, T. R. (1984). Self-reported assessment practices of school psychologists: Implications for training and practice. *Journal of School Psychology*, 22, 17-29
- Battaglia, M., Bajo, S., Strambi, L.F., Brambilla, F., Castronovo, C., Vanni, G. y Bello-di, L. (1997). Physiological and behavioral responses to minor stressors in offspring of patients with panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 31, 365-376
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Bellack, A.S. y Hersen, M. (1998). *Behavioral assessment: A practical handbook* (4^a ed.). NY: Pergamon Press.
- Berntson, G.G., Cacioppo, J.T. y Quigley, K.S. (1991). Autonomic determinism: the modes of autonomic control, the doctrine of autonomic space, and the laws of autonomic constraint. *Psychological Review*, 98, 459-487.
- Birchler, G. R. (1989). *Review of behavioral assessment: A practical handbook* (3^a Ed.). *Behavioral Assessment*, 11, 384-388.
- Carr, E. y Durand, C. (1985). The social-communicative basis of severe behavior problems in children. En S. Reiss y R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behaviour therapy*. Nueva York: Academic Press.
- Carr, E.G., Landon, N.A. y Yarbrough, S.C. (2000). La intervención basada en hipótesis para tratar conductas problema severas. En A.C. Reep y R.H. Horner (Eds.), *Análisis funcional de problemas de la conducta*. Madrid: Paraninfo.
- Carr, E.G., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J.I., Kemp, D.C. y Smith, C.E. (1994). *Communication-based interventions for problem behavior*. Baltimore, MD: Brookes.
- Christensen, L. y Mendoza, J.L (1986). A method of assessing change in a single subject: an alteration of the RC index. *Behavior Therapy*, 17, 305-308
- Ciminero, A.R., Calhoun, K.S. y Adams, H.E. (1977). *Handbook of behavioral assessment*. NY: Wiley.

- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Comeche, M.I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Cone, J.D. (1977). The relevance of reliability and validity for behavioral assessment. *Behavior Therapy*, 8, 411-426.
- Cone, J.D. (1978). The behavioral assessment grid (BAG): A conceptual framework and taxonomy. *Behavior Therapy*, 9, 882-888.
- Cone, J.D. (1997). Issues in functional analysis in behavioral assessment. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 259-275.
- Cone, J.D. y Hawkins, R.P. (1977). *Behavioral assessment: new directions in clinical psychology*. NY: Brunner/Mazel.
- Cox, B.J., Enns, M.W. y Larsen, D.K. (2000) Assessment of physiological hyperarousal in patients with mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 12, 109-110.
- Díaz, M.I., Comeche, M.I. y Vallejo, M.A. (2003). La evaluación psicofisiológica en el ámbito clínico: desarrollo de una batería de evaluación, el Perfil de Estrés. *Psicothema*, 16, 481-489.
- Dobson, D. y Dobson, K.S. (2009). *Evidence based practice of cognitive behavioral therapy*. NY: Guilford Press.
- Ehlers, A. y Clark, D.M. (2000). A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Evans, I.M. (1985). Building systems models as a strategy for target behavior selection in clinical assessment. *Behavioral Assessment*, 7, 21-32.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994a). Modelos en evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994b). Evolución histórica de la evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Frances, A., Pincus, H.A., Widiger, T.A., Davis, W.W. y First, M.B. (1990) DSM-IV: work in progress. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1439-1448.
- Gavino, A. (1997a). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. Madrid: Pirámide.
- Gavino, A. (1997b). *Técnicas de terapia de conducta*. Barcelona: Martínez Roca.
- Gavino, A. (1998). Valor terapéutico de las técnicas de terapia de conducta: una hipótesis de trabajo. *Estudios de Psicología*, 61, 61-75.

- Gavino, A., Godoy, A., Rodríguez-Naranjo, C. y Eifert, G.H. (1996). How can behavior therapy treat the same disorder with different techniques and different disorders with the same technique? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 107-117.
- Godoy, A. (1991). El proceso de la evaluación conductual. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Godoy, A. y Haynes, S.N. (2011). Clinical case formulation: Introduction to the special section. *European Journal of Psychological Assessment*, 27, 1-3.
- Groth-Marnat, G. (2009). Behavioral Assessment. En G.Groth-Marnat (Ed.), *Handbook of Psychological assessment* (5^a ed). USA: John Wiley & Sons.
- Guevremont, G.C. y Spiegler, M.D. (1990). *What do behavior therapists really do? A survey of the clinical practice of AABT members*. Paper presented at the 24th annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.
- Hartshorne, H., y May, M. A. (1928). *Studies in deceit*. Nueva York: Macmillan.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C. y Follette, W.C. (1992) Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification? *Behavioral Assessment*, 14, 345-365.
- Hayes, S.C. y Follette, W.C. (1993). The challenge faced by behavioral assessment. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 182-186
- Hayes,S.C., Nelson, R.O. y Jarrett, R.B. (1986a). Evaluating the quality of behavioral assessment. En R.O. Nelson y S.C. Hayes (Eds.): *Conceptual foundations of behavioral assessment*. N.Y.: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Nelson, R.O. y Jarrett, R.B. (1986b). The treatment utility assessment: A functional approach to evaluating assessment quality. *American Psychologist*, 42, 963-974.
- Haynes, S.N. (1978). *Principles of behavioral assessment*. Nueva York: Gardner.
- Haynes, S.N. (2006). Psychometric considerations. En M. Hersen (Ed.), *Clinician's handbook of adult behavioral assessment*. NY: Eselvier Academic Press.
- Haynes, S.N. y O'Brien, W.H. (1988). The Gordian knot of DSM-III-R use: interpreting principles of behavior classification and complex causal models. *Behavioral Assessment*, 10, 95-105
- Haynes, S. N. y O'Brien, W. H. (1990). The functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Haynes, S.N. y O'Brien, W. H. (2000a). Background, Characteristics, and History. En S.N. Haynes y W.H. O'Brien (Eds.), *Principles and practice of behavioral assessment*. NY: Kluwer Academic Publishers.

- Haynes, S.N. y O'Brien, W.H. (2000b). Psychometric Foundations of Behavioral Assessment. En S.N. Haynes y W.H. O'Brien (Eds.), *Principles and practice of behavioral assessment*. NY: Kluwer Academic Publishers.
- Haynes, S.N. y O'Brien, W. H. (2000c). Idiographic and Nomothetic Assessment. En S.N. Haynes y W.H. O'Brien (Eds.), *Principles and practice of behavioral assessment*. NY: Kluwer Academic Publishers.
- Haynes, S.N. y O'Brien, W.H. (2000d). Concepts of causation in the behavioral assessment paradigm. En S.N. Haynes y W.H. O'Brien (Eds.), *Principles and practice of behavioral assessment*. NY: Kluwer Academic Publishers.
- Hazelett, R.L. y Haynes, S.N. (1992). Fibromyalgia: A time-series analysis of the stressor-physical symptom association. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 541-558
- Heiby, E.M. y Haynes, S.N. (2004). Introduction to behavioral assessment. En S.N. Haynes y E.M. Heiby (Ed.), *Comprehensive handbook of psychological assessment: Behavioral assessment* (Vol 3). NJ: John Wiley & Sons.
- Hersen, M. (2006a). *Clinician's handbook of adult behavioral assessment*. NY: Elsevier Academic Press.
- Hersen, M. (2006b). *Clinician's handbook of child behavioral assessment*. NY: Elsevier Academic Press.
- Hersen, M. y Bellack, A. S. (1976). *Behavioral assessment: A practical handbook*. Nueva York: Pergamon Press.
- Hersen, M. y Bellack, A. S. (Eds.). (1998). *Dictionary of behavioral assessment techniques* (2^a ed.). Nueva York: Pergamon Press.
- Hintze, J.M. (2005). Psychometrics on direct observation. *School Psychology Review*, 34, 507-519.
- Hunsley, J., Crabb, R. y Mash, E. (2004). Evidence-based clinical assessment. *Clinical Psychologist*, 57, 25-32.
- Hunsley, J. y Mash, E. (2005). Introduction to the special section on developing guidelines for the evidence based assessment of adult disorders. *Psychological Assessment*, 17, 251-255.
- Iwata, B.A., Kahng S.W., Wallace, M.D. y Lindberg J.S. (2000). The functional analysis model of behavioral assessment. En J. Austin y J.E Carr (Eds.), *Handbook of applied behavior analysis*. Reno, NV: Context Press.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C. y Revenstorff, D. (1984). Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jones, M.C. (1924). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7, 383-390.
- Kanfer, F.H. y Saslow, G. (1965). Behavior analysis. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538.

- Kanfer, F.H. y Philips, J.S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. Nueva York: Wiley.
- Kern, L. y Dunlap, G. (1999). Developing effective program plans for students with disabilities. En Reschly, D.J., Tilly, W.D. III, y Grimes, J.P. (Eds.), *Special education in transition: Functional assessment and noncategorical programming*. Longmont, CO: Sopris West.
- Kratochwill, T. R., Sheridan, S., Carlson, J. y Lasecki, K. (1999). Advances in behavioral assessment. En C. R. Reynolds y T. B. Gutkin (Eds.), *The handbook of school psychology* (3^a ed.). Nueva York: Wiley.
- Lacey, J.I. (1967). Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory. En M.H. Appley y R. Trumbull (Eds.), *Psychological stress*. NY: Appleton.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.M. Shlien (Ed.) *Research in psychotherapy*, (Vol. 3). Washington: American Psychological Association.
- Lazarus, A.A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. NY: McGraw-Hill.
- Lazarus, A. A. (1973). Multimodel behavior therapy: Treating the "BASIC ID." *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 156, 404-411.
- Mash, E.J. y Hunsley, J. (2004). Behavioral assessment: Some times you get what you need. En S.N. Haynes y E.M. Heiby (Ed.), *Comprehensive handbook of psychological assessment: Behavioral assessment* (Vol. 3). NJ: John Wiley & Sons.
- Meyer, G., Finn, S., Eyde, L., Kay, G., Moreland, K., Dies, R. et al. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56, 128-165.
- Milne, D. (1984). Improving the social validity and implementation of behavior therapy training for psychiatric nurses using a patient-centered learning format. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 313-314.
- Nelson, R. y Hayes, S.C. (1986). The nature of behavioral assessment. En R.O. Nelson y S.C. Hayes (Eds.), *Conceptual foundations of behavioral assessment*. NY: Guilford Press
- Nelson-Gray, R. (2003). Treatment utility of psychological assessment. *Psychological Assessment*, 15, 521-531.
- O'Brien, W.H. y Carhart, V. (2011). Functional analysis in behavioral medicine. *European Journal of Psychological Assessment*, 27, 4-16.
- Office of Strategic Services Staff. (1948). *Assessment of men*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Orr, S.P. y Roth, W.T. (2000). Psychophysiological assessment: clinical applications for PTSD. *Journal of affective Disorders*, 61, 225-240.
- Papillo, J.F., Murphy, P.M. y Gorman, J. M. (1988). Psychophysiology. En C.G. Last, M. Hersen, A.P. Goldstein y L. Krasner (Eds.). *Handbook of anxiety disorders*. Pergamon general psychology series. NY: Pergamon.

- Pennebaker, J.W. (2000) Psychological factors influencing the reporting physical symptoms. En A.A. Stone, J.S. Turkkan, C.A. Bachrach, J.B. Jobe, H.S. Kurtzman y V.S. Cain (Eds.): *The science of self-report: implications for research and practice*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Piotrowski, C. y Keller, J. W. (1984). Psychodiagnostic testing in APA-approved clinical psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15, 450-456.
- Ramsay, M.C., Reynolds, C.R. y Kamphaus, R.W. (2002). Approaches to standardized behavioral assessment. En M.C. Ramsay, C.R. Reynolds y R.W. Kamphaus (Eds.), *Essentials on behavioral assessment*. NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Rosenfeld, J. P., Ellwanger, J.y Sweet, J. (1995). Detecting malingered amnesia with event related potentials. *International Journal of Psychophysiology*, 19, 1-11.
- Sarwer, D. B. y Sayers, S. L. (1998b). Behavioral interviewing. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook*. Boston: Allyn & Bacon.
- Schlundt, D. G., Johnson, W. G. y Jarrel, M. P. (1986). A sequential analysis of environmental, behavioral, and affective variables predictive of vomiting in bulimia nervosa. *Behavioral Assessment*, 8, 253-269.
- Silva, F. (1989) *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Madrid: Pirámide.
- Silva, F. (1993) La evaluación conductual: concepto y proceso. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Skinner, B.F. (1974). *About behaviorism*. NY: Vintage.
- Sobell, L.C., Toneatto, T. y Sobell, M.B. (1994). Behavioral assessment and treatment planning for alcohol, tobacco, and other drug problems: Current states with an emphasis on clinical applications. *Behavior Therapy*, 25, 533-580.
- Stemmer, N. (2003). Covert behavior and mental terms: a reply to Moore. *Behavior and Philosophy*, 31, 165-171.
- Stoney,C.M. y Manzi L. (2000). Psychophysiological applications in clinical health psychology. En J.T. Cacioppo, L.G. Tassinary y G.G. Berntson (Eds.), *Handbook of Psychophysiology* (2^a ed.). Nueva York: Cambridge University Press.
- Sturmey, P. (1994). Assessing the functions of aberrant behaviors: A review of psychometric instruments. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 293-304.
- Suen, H.K. y Rzasas, S.E. (2004). Psychometric foundations of behavioral assessment. En S.N. Haynes y E.M. Heiby (Ed.), *Comprehensive handbook of psychological assessment: Behavioral assessment* (Vol 3). NJ: John Wiley & Sons.
- Taylor, C.B. (1983) DSM-III and behavioral assessment. *Behavioral Assessment*, 5, 5-14.
- Taylor, S. (1999) Behavioral assessment: review and prospect. *Behaviour Research and Practice*, 37, 475-482.

- Ullman, L.P. y Krasner, L.A. (1965). *Case studies in behavior modification*. NY: Holt, Rinehart and Winston.
- Weed, L.L. (1968). Medical records that guide and teach. *New England Journal of Medicine*, 278, 593-600.
- Wilhem, F.H. y Roth, W.T. (2001). The somatic paradox in DSM-IV anxiety disorders: suggestions for a clinical focus in psychophysiology. *Biological Psychology*, 57, 105-140.
- Williamson, D.A., Veron-Guidry, S. y Kiper, K. (1998). Assessment of health-related disorders. En A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook*. Boston: Allyn & Bacon.

Técnicas operantes

M^a Ángeles Ruiz, Marta Isabel Díaz y Arabella Villalobos

3

- 1. Introducción**
- 2. Fundamentos teóricos**
- 3. Técnicas operantes para el incremento y mantenimiento de conductas**
 - 3.1. *Reforzamiento positivo*
 - 3.2. *Reforzamiento negativo*
 - 3.3. *Programas de reforzamiento*
- 4. Técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas**
 - 4.1. *Moldeamiento*
 - 4.2. *Encadenamiento*
 - 4.3. *Instigación/Atenuación*
- 5. Técnicas operantes para la reducción o eliminación de conductas**
 - 5.1. *Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO)*
 - 5.2. *Extinción*
 - 5.3. *Castigo*
 - 5.3.1. *Castigo Positivo*
 - 5.3.2. *Castigo Negativo*
 - 5.4. *Sobrecorrección*
- 6. Programas de economía de fichas**
- 7. Contratos de contingencias**
- 8. Mapa conceptual de técnicas operantes**
- 9. Aplicaciones y estudios de resultados**
- 10. Resumen**
- 11. Bibliografía recomendada**
- 12. Referencias bibliográficas**



Burrhus Frederic Skinner (1904-1990). Psicólogo y filósofo social, es considerado el psicólogo más influyente del siglo XX. Conductista por excelencia, Skinner consideraba la conducta como único objeto de estudio científico de la psicología, siendo ésta función de la historia de contingencias ambientales. Sus investigaciones fueron pioneras en el ámbito de la psicología experimental, desarrollando a partir de ahí los principios del *condicionamiento operante* y el *análisis experimental del comportamiento*, concebido como una ciencia natural de la conducta. Ocho años antes de su muerte recibió la primera mención otorgada por la *American Psychological Association* por toda una vida contribuyendo a la psicología.

<http://www.bfskinner.org/>

Palabras clave

- Condicionamiento Operante
- Reforzamiento
- Castigo
- Extinción
- Moldeamiento
- Encadenamiento
- Instigación
- Desvanecimiento
- Economía de fichas
- Contrato de contingencias

Objetivos

Este capítulo ha sido escrito con el objetivo de que el lector o lectora...

- Recuerde los principios del condicionamiento operante
- Conozca las principales técnicas de incremento de conductas
- Conozca las principales técnicas de adquisición de conductas
- Conozca las principales técnicas de reducción de conductas
- Conozca en qué consisten los programas de economía de fichas y los contratos de contingencias.

1. Introducción

Las técnicas de intervención basadas en el condicionamiento operante constituyen uno de los pilares básicos de la Terapia de Conducta desde sus comienzos.

Las técnicas operantes desarrolladas durante la primera generación de la Terapia de Conducta se han mantenido hasta la actualidad y siguen plenamente vigentes, constituyendo en sí un cuerpo de procedimientos altamente eficaces, hecho que les convierte en un elemento frecuente en buena parte de los programas de tratamiento cognitivo conductual actuales, y en el ingrediente fundamental, y muchas veces exclusivo, de las intervenciones desarrolladas para ámbitos como la educación especial, la educación infantil o la regulación de interacciones sociales.

En el capítulo primero se han descrito ampliamente los antecedentes históricos, las teorías basadas en el condicionamiento instrumental y operante y la relevancia del análisis conductual aplicado, por consiguiente, en este capítulo nos limitaremos a recordar en el apartado *fundamentos teóricos* algunos de los conceptos y principios básicos más importantes en los que se apoyan las técnicas y procedimientos de intervención operantes. En los siguientes apartados describiremos las principales técnicas operantes de incremento, reducción y adquisición de conductas, así como los programas de economía de fichas en los que se combinan diferentes técnicas, y los contratos conductuales, fundamentales para facilitar el compromiso de las personas cuyas conductas se quieren modificar.

2. Fundamentos teóricos

Los fundamentos teóricos y empíricos del condicionamiento operante formulados por Skinner (1953) se extendieron a la conducta humana fuera del ámbito del laboratorio donde se habían generado a últimos de los años 50 y principio de los 60 y se focalizaron en la intervención sobre conductas relevantes para la vida cotidiana.

Como se recordará del primer capítulo las conductas son conceptualizadas como operantes en la medida en que *operan* (influyen) sobre el ambiente, y se fortalecen o debilitan en función de las consecuencias que les siguen.

Los principios del condicionamiento operante describen la influencia de los diferentes estímulos y acontecimientos ambientales (antecedentes y consecuencias) en la conducta. Se consideran **antecedentes** aquellas situaciones en las que ocurre una

conducta particular. Las **consecuencias** son el impacto que tiene la conducta sobre las relaciones sociales, u otros resultados personales en relación con el entorno. **Contingencia** es el término que se utiliza para describir las relaciones probabilísticas entre la conducta, sus antecedentes y su consecuencias.

Se considera que no sólo las consecuencias controlan la conducta, también pueden hacerlo los estímulos ambientales que la anteceden. Aunque la mayoría de las aplicaciones de los principios del condicionamiento operante se han centrado en las consecuencias que siguen a la conducta, también se han desarrollado algunos principios para explicar la relación entre los antecedentes y la conducta emitida. Se está produciendo un *control de estímulos* cuando las consecuencias que siguen a la conducta sólo se dan en presencia de unos estímulos antecedentes y no de otros.

Los principios básicos que caracterizan las relaciones entre las conductas y los sucesos ambientales del modelo de condicionamiento operante son: reforzamiento, castigo, extinción y control de estímulos. Sus características fundamentales quedan recogidas en la Tabla 1.

Tabla 1. Principios básicos del Condicionamiento Operante

PRINCIPIO	PROCEDIMIENTO Y EFECTO SOBRE LA CONDUCTA
Reforzamiento	Presentación de un estímulo positivo o retirada de un estímulo negativo, después de una respuesta, que a consecuencia de ello incrementa su frecuencia o probabilidad
Castigo	Presentación de un estímulo negativo o retirada de un estímulo positivo después de haber sido emitida una respuesta que a consecuencia de ello reduce su frecuencia o probabilidad
Extinción	Dejar de reforzar una conducta previamente reforzada, a consecuencia de lo cual disminuye su frecuencia o probabilidad
Control de estímulos	Reforzamiento de una conducta en presencia de un estímulo pero no en presencia de otros. En el primer caso se incrementa la respuesta, en el segundo decrece.

Adaptado de A. Kazdin, (1994): Modificación de la Conducta y sus aplicaciones prácticas. Manual Moderno. (pág. 12)

Estos principios son los que van a sustentar todas las técnicas operantes, que diferirán en función del tipo de efecto conductual que se persiga.

3. Técnicas operantes para el incremento y mantenimiento de conductas

El reforzamiento es sin duda el procedimiento por excelencia que se utiliza para incrementar y mantener conductas. Antes de describir los distintos tipos de reforzamiento, es importante señalar las diferencias entre tres conceptos: refuerzo, reforzamiento y reforzador. Vila y Fernández-Castelar (2004), señalan de forma clara y concisa estas diferencias.

- **El refuerzo** es el *proceso de aprendizaje* que tiene que ver con el aumento de la probabilidad de la conducta por su asociación con un cambio estímular tras su emisión. Se considera un proceso único porque en todos los casos aumenta la probabilidad de la conducta.
- **El reforzamiento** es el *procedimiento* mediante el cual las consecuencias producen el aprendizaje (aumento de probabilidad de ocurrencia de la conducta). El procedimiento se lleva a cabo de dos formas: bien introduciendo un estímulo placentero (reforzamiento positivo) o bien retirando un estímulo aversivo (reforzamiento negativo).
- **El reforzador** es el *estímulo* concreto (tangibles, simbólicos, etc.) que se utiliza para que se produzca el reforzamiento positivo o negativo.

3.1. Reforzamiento positivo

Hablamos de reforzamiento positivo cuando una conducta se incrementa ante la presentación de un estímulo agradable o gratificante como consecuencia de la realización de la misma. Los reforzadores positivos no son sinónimos de recompensa o premio. La diferencia fundamental entre ambos es que para que podamos hablar de reforzamiento es necesario que se *incremente* la conducta que le precede, mientras que en el premio la presentación de un estímulo ante una respuesta no necesariamente hace más probable que se repita nuevamente la respuesta. Cuando se hace contingente un estímulo gratificante con la emisión de la conducta meta, sólo se puede asumir que la consecuencia suministrada era un reforzador si la incrementa,. Por consiguiente, a la cuestión de si un determinado premio es un reforzador positivo, sólo se puede responder de modo empírico, es decir, cuando se comprueba que efectivamente aumenta la frecuencia de dicha conducta con su aparición tras ella. Adicionalmente, hay que tener presente que no todos los estímulos son igualmente gratificantes para todas las personas (e.g. no a todos los niños les gustan mucho los caramelos), ni cuando lo son para un individuo, lo son de forma similar en todas las circunstancias (e.g. si le gustan los caramelos a un niño, no

tienen por qué apetecerle en cualquier momento). Es más, en ocasiones, un estímulo agradable puede ser un reforzador o un castigo en función de la persona que lo suministre. De todo lo comentado anteriormente se desprende que es absolutamente imprescindible observar los efectos del estímulo agradable o placentero seleccionado sobre una conducta antes de poder afirmar que está funcionando como un reforzador positivo.

Tipos de reforzadores positivos

Los reforzadores pueden ser de diferentes tipos y han sido agrupados en distintas categorías en función de su origen, naturaleza, tangibles e intangibles, contexto de aplicación, valencia apetitiva o aversiva, etc. No obstante, describiremos los tipos de reforzadores más importantes independientemente de su asignación a una o varias posibles categorías.

- ***Reforzadores primarios o incondicionados.*** Su valor reforzante suele estar asociado a necesidades básicas del ser humano como la comida o la bebida. Los reforzadores *primarios* no siempre mantienen su valor reforzante, varía según las necesidades del individuo. Si se tiene hambre, la comida opera como un forzador potente, sin embargo, si se está saciado, la comida en general no actuará como tal.
- ***Reforzadores secundarios o condicionados.*** Son los más extendidos en los seres humanos. Se habla de reforzadores *secundarios* porque no están asociados a necesidades básicas primarias. Son condicionados porque su valor reforzante no se ha adquirido de forma automática, sino mediante un proceso de aprendizaje. Suelen ser estímulos inicialmente neutros que adquieren su valor reforzante al asociarse repetidamente con estímulos primarios (e.g. comida/elogia) u otros estímulos que ya son reforzantes (e.g. juguete/elogia). A los reforzadores condicionados que están asociados con varios reforzadores se les denomina ***Reforzadores condicionados generalizados.*** Como señala Skinner (1953), el dinero y el elogio, la aprobación y el afecto son ejemplos de reforzadores condicionados porque se han adquirido mediante el aprendizaje, y son generalizados porque están asociados a muchos otros reforzadores (e.g. comida, sonrisa, entrega de distintos objetos o actividades reforzantes, etc.).
- ***Reforzadores tangibles.*** Objetos materiales que pueden ser tanto reforzadores primarios como secundarios, como por ejemplo comida, juguetes, ropa, aparatos electrónicos, cromos, etc.

- **Reforzadores sociales.** Son las muestras de atención, valoración, aprobación, reconocimiento, etc. que recibe una persona por parte de otras como consecuencia de la realización de una conducta. Los reforzadores sociales son de los reforzadores más poderosos que facilitan el incremento y mantenimiento de la conducta de todos los seres humanos, tanto niños como adultos. Se pueden suministrar verbalmente (e.g. ¡eres genial!, por escrito (e.g. te envié este SMS para decirte que eres genial, etc.), mediante contacto físico (e.g. abrazo, palmada en la espalda) o por gestos (e.g. sonrisa). Spiegler y Guevre-mont (2010) resaltan cuatro ventajas de la aplicación del refuerzo social: 1) Son fáciles de administrar puesto que sólo se necesita una persona que lo haga, 2) no tienen coste económico alguno, 3) pueden ser administrados inmediatamente que se realice la conducta y 4) son refuerzos naturales en la medida en que se reciben habitualmente por distintas conductas o acciones que se llevan a cabo en la vida cotidiana, pudiéndose mantener incluso cuando la conducta que se desea incrementar ya haya alcanzado los niveles deseados (e.g. felicitar a alguien cuando hace algo).
- **Actividades reforzantes:** Algunos ejemplos de actividades reforzantes son ir de compras, ir al cine, jugar, escuchar música, etc. Cualquiera de las actividades placenteras que realiza una persona puede utilizarse como reforzador para incrementar la ocurrencia de una conducta. Se da también el caso en el que actividades no especialmente gratificantes, pero que se llevan a cabo habitualmente o con bastante frecuencia, pueden utilizarse como reforzadores de conductas o actividades cuya frecuencia o probabilidad es menor y se desea incrementar (e.g. recoger el cuarto antes de merendar, ponerse el cinturón de seguridad antes de conectar la radio, etc). Premack (1965) formuló lo que se conoce como el **Principio de Premack**: Si existen dos respuestas en el repertorio de un individuo, una de ellas con alta probabilidad de aparición (más frecuente, e.g. merendar) y otra con baja (menos frecuente, e.g. recoger el cuarto), puede utilizarse la primera como reforzador de la segunda. En concreto, Premack pidió a los niños que se estuviesen unos minutos quietos y atendiendo y reforzó esa conducta permitiendo que se estuviesen durante otros minutos saltando y corriendo por la clase. Como, efectivamente, la segunda conducta era muy probable, consiguió incrementar la ocurrencia de la que tenía menor probabilidad (permanecer quietos). Aunque en el ejemplo de Premack la conducta más probable era perturbadora, sin duda es conveniente utilizar este principio haciendo uso de respuestas de alta probabilidad que también sean deseables.

3.2. Reforzamiento negativo

El reforzamiento negativo hace referencia al aumento de la probabilidad de que se repita una conducta al *retirar un estímulo aversivo* inmediatamente después de que se ha realizado la conducta. Esto es, la respuesta emitida por el individuo elimina un estímulo aversivo que hasta entonces estaba presente, con lo cual, la ocurrencia futura de esta respuesta se *incrementa*. Un ejemplo de reforzamiento negativo sería el siguiente: un niño al que no le gusta ir al colegio, llora y como consecuencia de ello no le llevan y le dejan en casa. Esto incrementará su conducta de llanto puesto que con ello evita ir al colegio. En el caso de las fobias, el reforzamiento negativo suele ser una de las principales causas de su mantenimiento. Por ejemplo, si una persona teme volar, no coge aviones y reduce con ello su ansiedad está reforzando negativamente su conducta de evitación. Cada vez que evita volar reduce su ansiedad, luego aumentará la frecuencia de la conducta de evitar los aviones. Al igual que en el reforzamiento positivo, no todos los estímulos o situaciones son igualmente molestos o desagradables para todas las personas, y aunque lo sean para un individuo concreto, no tienen por qué serlo en todas las situaciones o contextos. Por consiguiente, el reforzador negativo se define también por su capacidad de incrementar la conducta a la que es contingente.

3.3. Programas de reforzamiento

Los programas de reforzamiento son las reglas que describen cómo fomentar, incrementar y mantener una conducta en función de la aplicación de los reforzadores una vez emitida la conducta. Existen dos tipos de programas de reforzamiento: *Reforzamiento continuo* y *reforzamiento intermitente*, con efectos diferentes sobre la conducta.

Reforzamiento continuo implica presentar un reforzador siempre que se realice la conducta objetivo. Este tipo de reforzamiento conviene utilizarlo para aumentar la frecuencia de respuestas débiles o muy inestables o cuando pretendemos instaurar una nueva conducta en el repertorio del individuo. Por ejemplo, si queremos instaurar la conducta de lavarse los dientes, al principio convendrá reforzar cada día que el niño lo haga.

Reforzamiento intermitente supone administrar el reforzador de manera contingente a la realización de una conducta, pero no en todas las ocasiones que ésta se lleve a cabo. Siguiendo con el ejemplo anterior, una vez instaurado el hábito de lavarse los dientes, podemos reforzarlo sólo de vez en cuando. El reforzamiento intermitente puede llevarse a cabo mediante dos tipos de programas: a) *programas de razón* y b) *programas de intervalo*.

- a. **Programas de razón.** A veces conviene reforzar no en cada ocurrencia de la conducta deseada, sino cuando el individuo ya la ha realizado en varias ocasiones. A esto se le llama *programa de razón* y puede ser fijo o variable. En los **programas de razón fija**, el reforzador se obtiene de forma contingente a la realización de la conducta el número de veces previamente estipulado (e.g. 3, 5, 30...). Siguiendo con el ejemplo anterior una vez que ya se ha conseguido que el niño adquiera la conducta de lavarse los dientes todos los días mediante un programa de refuerzo continuo, para mantener esta conducta, podría ser conveniente seguir suministrando el reforzador durante 20 días pero en lugar de todos los días, lo podemos hacer en cuatro ocasiones, cada 5 veces (5,5,5,5) que se los lave (RF5). En los **programas de razón variable** se requiere también que haya un cierto número de respuesta antes de suministrar el reforzador, sin embargo en este caso, el número de veces de la realización de la conducta puede variar alrededor de un promedio de un reforzamiento a otro. Por ejemplo, en el caso anterior y manteniendo los mismos criterios de reforzar 4 veces durante 20 días la conducta de lavarse los dientes, estaríamos llevando a cabo un programa de razón variable si en lugar suministrar el reforzamiento cada 5 conductas lo hacemos manteniendo el promedio de 5 (RV5) pero no cada cinco conductas exactamente (por ejemplo podría reforzarse cuando la ha llevado a cabo 5,7,12, 20).
- b. **Programas de intervalo.** En muchas ocasiones puede ser más útil reforzar cada ciertos intervalos temporales. Por ejemplo, podría observarse cada 10 minutos si un niño está realizando una tarea y, si es el caso, reforzarle por ello. A este tipo de programas se les llama programas de intervalo y pueden ser, así mismo, **fijos**, cuando el espacio de tiempo está claramente establecido (por ejemplo, cada 10 minutos) o **variable** cuando se aplica según un intervalo medio (por ejemplo, que la observación transcurra al menos dentro de un periodo de cada 10 minutos, (e.g. podría ser tanto en el minuto 3, en el 5, o en el 10).

Es importante señalar que los programas de reforzamiento intermitente pueden combinarse entre sí. Un ejemplo de ello son los **programas de reforzamiento diferencial de tasas altas y bajas**. Los programas *reforzamiento de tasas altas* se utilizan cuando se desea obtener número alto de respuestas en un intervalo corto de tiempo. En contraste, los programas de *reforzamiento de tasas bajas* se utilizan cuando el objetivo es que se emita un número pequeño de respuestas en un intervalo largo de tiempo.

En general, la combinación de distintos programas de reforzamiento puede ser especialmente adecuado cuando incrementar determinadas conductas puede implicar la necesidad de reducir otras. Por ejemplo si incrementar la conducta de estudiar implica reducir la conducta de jugar con la "play".

En resumen, como señalan Craighead, Kazdin y Mahoney (1981) la elección del tipo de programa de reforzamiento estaría en función de las tres etapas de aprendizaje. Cuando el objetivo es desarrollar inicialmente una respuesta, es preferible utilizar el reforzamiento continuo porque acelera su instauración e incrementa la tasa de respuestas. En contraste, cuando la respuesta ya ha llegado a los niveles deseados y lo que se pretende es mantenerlos, los programas de refuerzo intermitente son más apropiados. Por último, en la fase de retirada de los reforzadores, los programas de reforzamiento intermitente son más resistentes a la extinción de la conducta anteriormente reforzada que los programas de reforzamiento continuo. En consecuencia, aunque el reforzamiento continuo es necesario para implantar nuevas conductas, la ventaja del reforzamiento intermitente es que produce conductas más resistentes a la extinción.

4. Técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas

Los procedimientos operantes basados en el manejo de consecuencias se han centrado fundamentalmente en el incremento, reducción y mantenimiento de conductas ya existentes. No obstante, el aprendizaje requiere también instaurar conductas simples o complejas que no se encuentran en el repertorio habitual del individuo. Para instaurar las nuevas conductas se utilizan tres técnicas específicas: *Moldeamiento*, *Encadenamiento* e *Instigación/atenuación* o *Desvanecimiento*. En estas técnicas se parte de algunos componentes que forman parte de alguna manera de la conducta final que se pretende conseguir y que sí están en el repertorio habitual de la persona.

4.1. Moldeamiento

El moldeamiento se refiere al reforzamiento de los pequeños pasos o aproximaciones que conducen hacia una conducta meta (Holland y Skinner, 1961; Skinner, 1953). El reforzamiento inicial de las aproximaciones sucesivas se lleva a cabo tanto con las respuestas o conductas que son componentes de la respuesta final como con respuestas que se asemejan a alguno de sus componentes. A través del reforzamiento de las aproximaciones sucesivas, se va alcanzando gradualmente la conducta meta final. A medida que se van reforzando y afianzando las aproximaciones más parecidas a la conducta final, se va dejando de reforzar las que menos se parecen. El moldeamiento se utiliza tanto para instaurar conductas simples (e.g. palabras) como conductas o acciones complejas (e.g. aprender hábitos de estudio, hacer ejercicio físico, etc.).

Como señalan Martin y Pear (1999), el moldeamiento se puede llevar a cabo reforzando diferentes aspectos de la conducta final: a) *Topografía* como puede ser la configuración espacial, forma, etc. (e.g. aprender a coger una cuchara). b) *Cantidad* tanto referida a frecuencia como a duración de la conducta (e.g. aprender a vestirse con rapidez, caminar todos los días, estudiar cada vez más horas). c) *Latencia*, se refiere al tiempo que media entre la presentación de la situación estimular y la emi-

sión de una respuesta (e.g. tardar cada vez menos tiempo en vestirse), d) *Intensidad*, se refiere a la fuerza física necesaria para llevar a cabo una conducta (e.g. aprender a levantar cada vez más peso).

Para que la técnica de moldeamiento sea efectiva es necesario: 1) seleccionar la conducta meta y definirla de forma objetiva, clara y completa, incluyendo todos los elementos que forman parte de ella. 2) Evaluar el nivel de ejecución real, 3) seleccionar la conducta inicial que servirá de punto de partida, 4) seleccionar los reforzadores que se utilizarán y 5) reforzar diferencialmente las aproximaciones sucesivas.

El moldeamiento se utiliza habitualmente para el aprendizaje de competencias y habilidades motoras, deportivas, verbales o intelectuales. En el caso de los niños, su utilización es constante para aprender a hablar, caminar, comer solos o vestirse. En adultos también está presente en el aprendizaje de numerosas conductas. Además de estas aplicaciones de la vida diaria, existen numerosos estudios controlados que muestran la eficacia del moldeamiento en el desarrollo de distintos tipos de conductas o actividades, utilizada como único procedimiento de intervención o como parte de un paquete de tratamiento. Estos estudios han mostrado resultados positivos para incrementar, entre otras, habilidades de estudio, estrategias de solución de problemas específicos, hábitos de higiene, habilidades motoras y habilidades sociales. Igualmente, varios investigadores han mostrado la efectividad del moldeamiento para el aprendizaje de un amplio rango de actividades complejas que va desde enseñar a jugar al golf a estudiantes universitarios (Smik, O'Brien y Figlerski, 1994), a enseñar conductas concretas a personas con graves problemas mentales (Spooner, 1984).

4.2. Encadenamiento

La mayoría de las conductas están compuestas por una secuencia de varias respuestas que siguen un orden y forman una cadena. Las respuestas concretas que componen la cadena generalmente representan respuestas individuales que ya existían en el repertorio del sujeto. El encadenamiento sería, por tanto, la forma de conectar los distintos eslabones de una cadena, que pueden estar compuestos por conductas simples o por conductas o actividades complejas.

En la vida diaria existen muchas actividades compuestas por una cadena de conductas intermedias que mantienen entre sí un orden establecido necesario para llegar a la conducta final (por ejemplo, tocar correctamente un instrumento musical, conducir, etc.).

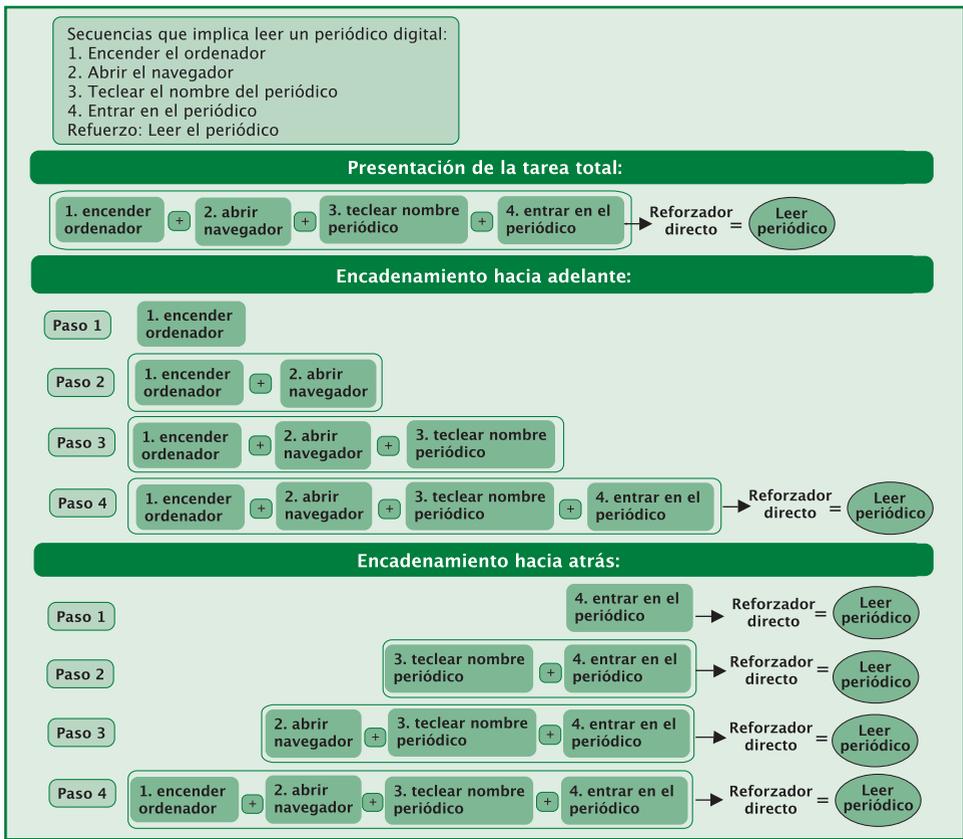
Como señalan Martin y Pear (1999) se puede hablar de tres tipos de encadenamiento:

- a. **Presentación de la cadena total.** Se muestra la secuencia total que se requiere para llegar a la conducta meta y se entrena a la persona en cada uno de los pasos que ha de realizar desde el primero hasta el último. En cada ensayo se entrena todos los pasos de la secuencia.

- b. **Encadenamiento hacia adelante.** Se enseña el paso inicial de la cadena; cuando se realiza correctamente se enlaza con el paso 2, el paso 2 con el 3, y así sucesivamente hasta llegar a la conducta meta, que es el paso final. Dado que la cadena exige que se dé cada paso secuencialmente para conseguir la conducta final, cuando se han encadenado correctamente el paso 1 y el 2, se enlaza el paso 2 con el 3, pero para ello se ejecutan tanto el 1 como el 2 y el 3, es decir, se van uniendo y sumando los eslabones en cada ensayo hasta componer la cadena final.
- c. **Encadenamiento hacia atrás:** Definidos todos los pasos que componen la cadena, el entrenamiento se realiza comenzando por la conducta meta y se van añadiendo los eslabones o conductas que le van precediendo, a medida que se realizan correctamente en cada ensayo, hasta llegar al eslabón inicial.

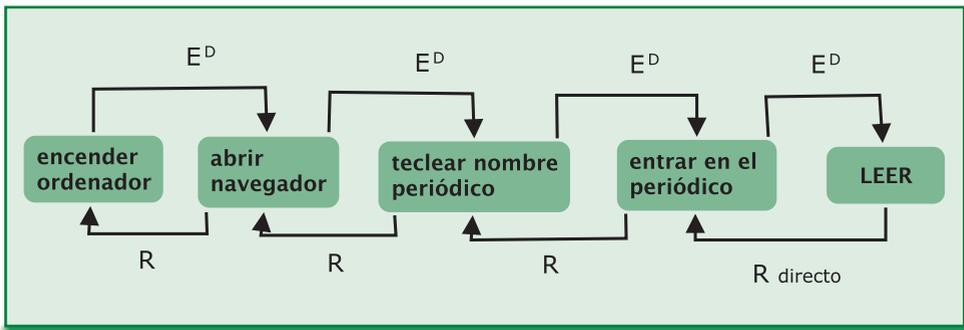
En la Figura 1 se representan las secuencias de cómo llevar a cabo los tres tipos de encadenamiento en un ejemplo para aprender a leer en el ordenador un periódico digital.

Figura 1. Tipos de encadenamiento para conducta de leer periódico digital



Desde el punto de vista del aprendizaje operante, en el proceso de encadenamiento cada una de las respuestas intermedias que componen la cadena se mantiene porque actúa como *estímulo discriminativo* (E^D) del siguiente eslabón al que preceden. Un E^D no solo señala el reforzamiento, sino que se transforma también en reforzamiento. Aunque la secuencia parezca que se mantiene por un reforzador único que se da al final de la cadena de respuestas, se supone que las conductas intermedias adquieren valor de reforzamiento condicionado. Tanto las propiedades de estímulo discriminativo de las respuestas que preceden al reforzamiento, como las propiedades reforzantes que adquieren, son las que explicarían cómo se mantienen las cadenas de respuestas. En la figura 2 se representa el valor de estímulo discriminativo de cada uno de los eslabones de la cadena si se llevara un procedimiento de encadenamiento hacia atrás.

Figura 2. Cadena de estímulos discriminativos y reforzadores



El desarrollo de cadenas de conductas debe llevarse a cabo siguiendo las siguientes pautas: 1) Identificar los componentes de la cadena dividiéndolas en unidades simples que puedan aprenderse sin mucha dificultad, 2) Cada componente o conducta de la cadena ha de enseñarse desde el principio en la secuencia final correcta para que cada eslabón sirva de estímulo discriminativo para el paso siguiente. 3) Asegurarse de que en cada ensayo se entrenan todos los componentes que se han entrenado hasta el momento. 4) Utilizar el refuerzo para incrementar la ejecución correcta de cada paso y disminuirla de forma gradual a medida que se va adquiriendo más habilidad a medida que se va avanzando en el aprendizaje.

Diferencias entre moldeamiento y encadenamiento

Tanto el encadenamiento como el moldeamiento son apropiados para desarrollar nuevas conductas. No obstante, en consonancia con lo anteriormente señalado, es posible encontrar algunas diferencias entre ellos. En el moldeamiento, el objetivo es desarrollar una determinada conducta o actividad final, con independencia de cómo se llegue a ella y, por consiguiente, las conductas de aproximación reforzadas en el camino hacia la meta no tienen por qué estar pre-definidas ni especificadas. En el encadena-

miento, sin embargo, cada una de las conductas que forman parte de la cadena están bien definidas y explicitadas desde el principio hasta el final, porque la secuencia en su totalidad es la conducta meta final que se desea instaurar. El moldeamiento se lleva a cabo en cualquier ambiente o situación que permita poner en marcha diferentes conductas que sirvan de aproximación a la conducta final; el encadenamiento, sin embargo, puede requerir un ambiente más estructurado dependiendo del tipo de conducta o actividad que se desee desarrollar (e.g. centro educativo, campo de golf, etc.). En el moldeamiento, el reforzamiento de las aproximaciones sucesivas siempre se realiza en dirección a la conducta meta, en el encadenamiento se puede llevar el entrenamiento partiendo de las primeras secuencias hasta llegar a la conducta final, o por el contrario comenzar por la conducta final y llegar hasta la conducta inicial. En el moldeamiento se trabaja constantemente con el reforzamiento y la extinción de las conductas de aproximación. En el encadenamiento se utiliza menos la extinción y más instrucciones e instigadores. Igualmente podemos destacar como diferencia importante que en el entrenamiento en encadenamiento se puede incluir como parte del mismo el moldeamiento. El aprendizaje de conductas que forman parte de una secuencia de conductas, se puede adquirir mediante moldeamiento, mientras que el enlace de todas las conductas que forma la secuencia se realizaría por encadenamiento.

En la tabla 2 se recogen algunas de las diferencias señaladas por Martin y Pear (1999) entre estos dos procedimientos.

Tabla 2. Principales diferencias entre moldeamiento y encadenamiento

	MOLDEAMIENTO	ENCADENAMIENTO
Conducta final	Nueva conducta en alguna dimensión física (duración, frecuencia, intensidad, etc.) Las conductas intermedias que permitieron la conducta final no son consideradas	Una nueva secuencia de respuesta, con un estímulo claro que señala el final de cada respuesta y el comienzo de la siguiente La conducta final consiste en todos los pasos del encadenamiento, ya que es una cadena compuesta por varios eslabones necesarios
Procedimientos generales de entrenamiento	No se requiere de un ambiente estructurado para emitir una gama de comportamientos Se lleva a cabo hacia adelante desde el punto de vista del orden natural de la conducta	El enlace de la cadena de conductas suele requerir un ambiente estructurado o semiestructurado Se puede llevar a cabo hacia adelante o hacia atrás
Otras consideraciones de procedimiento	Puede implicar algunos instigadores verbales y/o físicos en pasos sucesivos, pero son mínimos Implica la aplicación sucesiva del reforzamiento y la extinción	Con frecuencia, se utilizan instigadores verbales y físicos, guía física, atenuación y, quizá moldeamiento a través de pasos sucesivos. Normalmente implica menos ensayos de extinción que el moldeamiento.

Adaptado de G. Martin y J. Pear (1999): Modificación de conducta. Prentice Hall (pág.153)

4.3. Instigación/atenuación

La instigación como guía se utiliza para enseñar conductas que sólo mediante las aproximaciones sucesivas o el encadenamiento resulta difícil adquirir.

Desarrollar una conducta se facilita mediante el empleo de señales, instrucciones, gestos, direcciones, ejemplos y modelos para iniciar la respuesta. Los instigadores ayudan a iniciar una respuesta y a que se lleve a cabo. Los instigadores sirven como estímulos antecedentes (e.g. instrucciones y gestos) que ayudan a generar la respuesta.

La instigación de la conducta puede utilizarse, por ejemplo para solicitar que se lleve a cabo (e.g. a un niño pequeño que tome la cuchara porque va a comer), dar instrucciones verbalmente para que realice la conducta y cómo hacerlo (e.g. cómo coger la cuchara), guiar físicamente la conducta (e.g. sostener el brazo al niño para ayudarlo a llevarse la cuchara en la boca), o hacer que observe a otra persona (modelo) como hacerlo. Los inductores suelen utilizarse cuando se lleva a cabo el proceso de moldeamiento, pero sobre todo en el proceso de aprendizaje por encadenamiento.

Al procedimiento sistemático de introducción de ayudas o instigadores para aprender una conducta y su retirada gradual una vez consolidada se conoce como técnica de **desvanecimiento o atenuación**.

Los instigadores además de facilitar y servir de guía para iniciar o llevar a cabo una acción, pueden ser también un procedimiento de intervención en sí mismo. Por ejemplo, las órdenes, instrucciones y reglas sociales o éticas que guían determinadas conductas son en sí mismas intervenciones que tienen un efecto directo.

5. Técnicas operantes para la reducción o eliminación de conductas

Existen tres procedimientos básicos para eliminar conductas: El reforzamiento diferencial de otras conductas, la extinción y el castigo.

5.1. Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO)

Un procedimiento habitual para eliminar conductas o reducirlas es evitar su reforzamiento y a cambio reforzar conductas alternativas. Hay varios tipos de reforzamiento diferencial de otras conductas: reforzamiento diferencial de conductas incompatibles, reforzamiento diferencial de conductas alternativas y reforzamiento de conductas funcionalmente equivalentes.

- **Reforzamiento Diferencial de conductas Incompatibles. (RDI).** Consiste en reforzar una conducta que es incompatible con la conducta a eliminar. Al incrementar la frecuencia de emisión de la conducta incompatible, se reduce la de la conducta problema. Por ejemplo, si un niño se está mordiendo las uñas y se le refuerza cada vez que inicia la conducta de dibujar o cualquier actividad que implique utilizar las dos manos, se estaría utilizando este tipo de reforzamiento diferencial.
- **Reforzamiento Diferencial de conductas Alternativas (RDA).** Cuando no es posible encontrar respuestas incompatibles con la conducta problema, se puede llevar a cabo reforzamiento diferencial de conductas alternativas. En primer lugar sería conveniente elegir aquellas conductas que, si bien no son incompatibles, son conductas que podríamos decir que compiten con la conducta problema. Por ejemplo, jugar al balón, o leer, son conductas que no son incompatibles con ver la TV, pero pueden competir con ella.
- **Reforzamiento Diferencial de conductas funcionalmente equivalentes.** Hace referencia al reforzamiento de conductas alternativas a la conducta problema que permiten alcanzar las mismas metas pero de forma más adecuada o adaptativa, Con ello se reduciría la frecuencia de la emisión de la conducta indeseable. Por ejemplo, un niño puede tener hambre y querer comer, pero lo pide chillando o lloriqueando. En este caso, se reforzaría cualquier conducta que implicara expresar su deseo de comer de forma adecuada. Este tipo de reforzamiento requiere la evaluación sistemática de las consecuencias de la conducta problema para seleccionar conductas alternativas a reforzar que lleven al individuo a conseguir la misma meta (e.g. comer).
- **Reforzamiento Diferencial de tasas bajas de respuesta.** Cuando la frecuencia de la conducta inadecuada es muy alta o cuando hay pocas conductas alternativas en el repertorio habitual del individuo, el reforzamiento diferencial de conductas alternativas puede no ser muy efectivo. En estos casos, *el reforzamiento diferencial de tasas bajas de respuestas* es un procedimiento eficaz de reducción de conductas. Por ejemplo, en la emisión constante de conductas verbales malsonantes, puede ser más efectivo aplicar reforzadores cuando se reduce la frecuencia de emisión, que esperar a que se den en las mismas situaciones respuestas verbales más apropiadas. Sería igualmente oportuno utilizar el reforzamiento de tasas bajas de respuesta con niños hiperactivos que están constantemente levantándose de la mesa. Una reducción estipulada en el número de veces que se levanten de la mesa sería reforzada; a medida que se consigue la reducción de la tasa

establecida, se distanciando cada vez más el reforzador hasta llevar a reforzar únicamente no levantarse ninguna vez de la mesa.

Ventajas y desventajas del Reforzamiento Diferencial de Otras conductas (RDO)

Podría destacarse como una ventaja importante del uso del RDO para la reducción de conductas problema la facilidad de su implementación y el éxito demostrado para el tratamiento de numerosos problemas (Cooper, Heron y Heward, 2007; Poling y Ryan, 1992; Wallace y Najdowski, 2009). Entre sus desventajas se encuentra la lentitud en la reducción de la conducta problema. Esta mayor lentitud según Wallace y Najdowski (2009) puede deberse a tres factores: 1) dificultad en ocasiones de encontrar conductas meta alternativas adecuadas, 2) incrementar la emisión de conductas alternativas puede reducir sólo parcialmente la conducta a eliminar, 3) el refuerzo diferencial habitualmente reduce gradualmente la conducta a eliminar. La lentitud en la reducción de la conducta problema se convierte en un problema importante en las conductas autolesivas o agresivas con otros. En estos casos, el RDO no sería la técnica de elección.

5.2. Extinción

Los principios de aprendizaje, como hemos ido señalando repetidamente, parten del supuesto de que las conductas se mantienen por sus consecuencias, por tanto, si una conducta deja de tener consecuencias, dejará de realizarse.

La extinción consiste en dejar de reforzar una conducta previamente reforzada. Los procedimientos de extinción se suelen llevar a cabo con conductas que se mantienen por reforzamiento positivo, aunque también se utiliza para la reducción de conductas mantenidas por reforzamiento negativo.

Para que funcione la extinción es necesario que estén claramente identificados los reforzadores que mantienen la conducta para que dejen de suministrarse. En muchos casos, no resulta fácil identificar los reforzadores, entre otras razones, porque pueden provenir de diferentes fuentes. Por ejemplo, en el caso de niños o adolescentes, el reforzador que está manteniendo la conducta que se desea extinguir puede provenir de los padres o educadores, pero también de otras personas significativas como compañeros o amigos. El padre puede estar reforzando la conducta de decir tacos de un adolescente al regañarle continuamente, pero puede ocurrir que aunque deje de hacerlo, prosiga porque está siendo mantenida por el reforzador que supone las sonrisas de admiración que provoca en los hermanos o amigos. Cuando la fuente de reforzamiento es múltiple, el proceso de extinción de la conducta pro-

blema puede resultar difícil, porque para que la extinción fuera eficaz sería necesario que todas las personas que están reforzando la conducta dejaran de hacerlo.

Existen distintas variables que influyen en la eficacia del proceso de extinción. Una de ellas es el *programa de reforzamiento* que está manteniendo la conducta problema. Cuando el programa de reforzamiento es continuo, el proceso de extinción se suele llevar a cabo con mayor rapidez que cuando el programa de reforzamiento es intermitente. Del mismo modo, cuanto mayor es el intervalo de tiempo en el que se suministra el refuerzo intermitente, mayor será también la resistencia de la conducta reforzada a la extinción. Otra de las variables que tienen una clara influencia en el éxito de la extinción es la *cantidad de reforzador que se suministra y durante cuanto tiempo*. Cuanto mayor sea la cantidad de reforzador y el tiempo durante el cual se ha suministrado, mayor será la resistencia a la extinción.

Kazdin (1994) resalta algunas de las características más importantes del proceso de extinción:

- *El proceso de extinción es gradual* en cuanto a su efecto en la reducción de la conducta. No sería por tanto la técnica más efectiva para eliminar conductas agresivas o lesivas para uno mismo o los otros.
- *Estallido de la extinción*. Cuando se comienza un programa de extinción, la ausencia del reforzamiento de una conducta suele conducir a un incremento significativo de su intensidad o frecuencia. Un ejemplo por todos conocido es la rabieta o gritos de los niños en algunas ocasiones cuando quieren que les den o que les compren algo. Cuando esto ocurre la madre, para que el niño no grite y llore, le compra o da lo que desea. Cuando se comienza el programa de extinción a la conducta de gritos y rabietas como forma de conseguir lo que se desea, se suelen incrementar estas conductas hasta límites a veces difíciles de tolerar (e.g. gritar en la escalera molestando a los vecinos, tirarse al suelo en la calle gritando aún más). En estos casos, si no se aguanta el tiempo suficiente hasta que la conducta vaya decreciendo y, en cambio, se presta atención para que termine la conducta de gritos y llanto, la extinción no sólo no se producirá, sino que la conducta se verá nuevamente reforzada.
- *Recuperación espontánea*. Una característica frecuente del proceso de extinción es que después de haberse reducido una conducta por falta de reforzamiento, puede aparecer nuevamente o incrementarse. No obstante, si se mantiene la ausencia de reforzamiento, la conducta volverá a decrecer.

La eficacia de la extinción, como ya se ha señalado, se incrementa cuando se combina con reforzamiento positivo con la conducta incompatible o con conductas alternativas más adecuadas. Algunas de las razones por las que se considera más eficaz el uso conjunto de la extinción con el reforzamiento positivo son:

- La identificación estricta de los reforzadores que mantienen la conducta a extinguir puede llevarse a cabo de forma menos estricta ya que el incremento de la conducta alternativa por efecto de reforzamiento facilita la emisión de la conducta problema.
- Los efectos negativos que pueden acompañar a la extinción tienen menor probabilidad de ocurrencia si la conducta alternativa reforzada reemplaza o sustituye a la conducta problema en extinción.
- La extinción reduce la emisión de la conducta problema, pero no permite reemplazarla puesto que no interviene en la instauración o incremento de conductas alternativas. Extinguir la conducta de queja como forma de relacionarse no implica que la persona utilice otras conductas más adecuadas para hacerlo.

La extinción no sólo es útil para eliminar conductas desadaptativas mantenidas mediante reforzamiento positivo, también puede ayudar a eliminar las mantenidas por reforzamiento negativo. En este caso, las conductas a eliminar o reducir suelen ser conductas que permiten escapar o evitar situaciones aversivas. Por ejemplo, ponerse a llorar para no ir al colegio es una conducta inadecuada que puede estar manteniéndose por reforzamiento negativo si al emitirla logra dejar de ir al colegio, escapando con ello de una situación que le resulta aversiva o desagradable. En este caso, la extinción a la conducta de llanto, haciendo que no sirva para evitar ir al colegio permitirá extinguir la conducta de escape ante esta situación aversiva. En el caso de los trastornos de ansiedad, la exposición a la situación temida, por ejemplo subir a un avión sin permitir reforzar la respuesta de escape, (e.g. bajarse del avión porque le produce ansiedad) implica llevar a cabo un procedimiento de extinción del reforzamiento negativo que mantiene la conducta de temor.

5.3. Castigo

Como ya se ha señalado, el castigo, desde el punto de vista del condicionamiento operante, hace referencia a la reducción de la frecuencia futura de una conducta cuando tras su emisión se presenta un estímulo aversivo o se retira un estímulo positivo de manera contingente a la conducta.

La mera introducción de un estímulo aversivo o la simple retirada del estímulo positivo no se considera castigo a no ser que lleve aparejado la reducción efectiva de la conducta. Definir lo que se considera castigo en lugar de simple penalización es, al igual que ocurría con el premio y el reforzamiento, una cuestión empírica. Es castigo sólo si se reduce la frecuencia de la conducta.

El castigo, a pesar de la prevención que suscita, está presente habitualmente en la vida cotidiana. De hecho, en la regulación de normativas sociales y jurídicas

suelen especificarse las sanciones que acompañarán a su incumplimiento (e.g. multa por exceder la velocidad establecida, cárcel por robar o matar, suspenso por no alcanzar resultados académicos, no ver la TV por no recoger el cuarto, etc.).

5.3.1. Castigo Positivo

Se entiende por castigo positivo la reducción de la frecuencia futura de una conducta cuando tras su emisión *se presenta* un estímulo aversivo. Se puede hablar de dos tipos de estímulos negativos: primarios o incondicionados y secundarios o condicionados.

- Los *estímulos aversivos primarios* o incondicionados son aquellos cuyo carácter aversivo suele ser universal, como el dolor físico, los ruidos fuertes, suministrar productos naturales o químicos que provocan reacciones físicas desagradables, etc.
- Los *estímulos aversivos secundarios* o condicionados son los estímulos que han adquirido tal carácter por la asociación con otros estímulos aversivos. Los gestos y las descalificaciones e insultos verbales, llevar a cabo acciones que provocan vergüenza o malestar, son algunos ejemplos de estímulos aversivos secundarios o condicionados.

La consideración de un estímulo como aversivo y el grado de malestar que puede provocar, fundamentalmente en el caso de los estímulos condicionados, depende en gran medida de cada individuo. Igualmente, aunque un estímulo pueda ser considerado aversivo, su capacidad para actuar como castigo dependerá de la situación en la que se aplique, quién sea el agente que lo suministra y si la conducta que se pretende reducir al introducir el estímulo aversivo está siendo mantenida por un reforzamiento positivo más potente. Por ejemplo, los cachetes o la agresión física no tienen el mismo efecto en todos los niños, ni resultan igual de aversivos. En muchos casos, depende de quién sea quien lo dispensa (e.g. padre, profesor, etc.), en presencia de quién (e.g. amigos, hermanos, nadie), por qué conducta (e.g. poco o muy valoradas o importantes) y qué pierde por la reducción de la conducta castigada (e.g. prestigio ante los amigos, etc.). Es por ello por lo que el efecto en la reducción de la conducta es más importante que el grado de aversión que pueda atribuirse.

5.3.2. Castigo Negativo

Existen dos tipos fundamentales de castigo basado en la retirada de estímulos positivos: *Tiempo-fuera de reforzamiento* y *Coste de Respuestas*.

Tiempo fuera de reforzamiento positivo

Consiste en negar el acceso temporal a los reforzadores inmediatamente después de que se realice la conducta inadecuada que se desea reducir o eliminar. El hecho de que lo que realmente se retire sea el acceso a los reforzadores, hace que algunos autores consideren que la técnica en realidad debería llamarse *tiempo-fuera de reforzadores generalizados* en lugar de tiempo-fuera de reforzamiento positivo.

El *tiempo fuera de reforzamiento positivo* se utiliza fundamentalmente con niños. Mandar a niños pequeños al “*rincón de pensar*”, o a niños algo más mayores a su cuarto sin que tengan acceso a ninguna actividad reforzante (e.g. jugar, ver la TV o hablar) son ejemplos clásicos de tiempo-fuera de reforzamiento positivo.

Spiegler y Guevremont (2010) señalan que para que el tiempo-fuera de reforzamiento positivo sea realmente efectivo es conveniente que se cumplan las siguientes condiciones:

- La persona ha de ser consciente de las razones por las que se está aplicando este tipo de castigo y conozca su duración.
- La duración del *tiempo-fuera* ha de ser breve. En general se considera que 5 minutos o menos sería suficiente en niños pequeños. Barkley (1987) recomienda que en niños mayores de 5 años, una regla podría ser incrementar 1 minuto por año.
- No debe estar presente ni introducirse ningún reforzador durante el tiempo-fuera de reforzamiento positivo.
- No debe terminar hasta que se haya cumplido el tiempo establecido.
- Sólo debe terminar cuando el niño se está comportando adecuadamente, esto es, no deberá estar realizando conductas negativas o inapropiadas (e.g. gritar) dado que si se terminara mientras las está realizando, quedarían reforzadas negativamente.
- El tiempo-fuera no debe servir para ayudar al niño a escapar de una situación que le resulte desagradable o incómoda, en cuyo caso se estaría convirtiendo en un procedimiento de reforzamiento negativo (incrementaría la conducta inadecuada) en lugar de castigo (reducir la conducta inadecuada).

Uno de los inconvenientes del tiempo fuera de reforzamiento es que alejar a la persona del medio o contexto en el que se ha llevado a cabo la conducta problema, para negar el acceso a los reforzadores, impidiendo con ello el refuerzo positivo de otras conductas que supondrían una alternativa de acción más adecuada o adaptativa.

Coste de respuesta

El *coste de respuesta* se refiere a la pérdida de un reforzador positivo del que dispone el individuo.

La retirada de puntos o del carnet de conducir por cometer una infracción de tráfico es un ejemplo de coste de respuesta como procedimiento de castigo. Uno de los aspectos que hace más efectivo el coste de respuesta es la entrega de reforzadores positivos si se incrementa la conducta adecuada. En el ejemplo anterior, cuando por volver a respetar las normas de tráfico, se recuperan los puntos perdidos e incluso se incrementan por su cumplimiento, se está tratando de incrementar la eficacia del coste de respuesta como procedimiento para reducir las conductas de infracción.

5.3.3. Factores que influyen en la efectividad del castigo

La efectividad del castigo ha sido demostrada por numerosos estudios, tanto básicos como aplicados, llevados a cabo desde los años 60 (Azrin y Holz, 1966; Lerman y Vorndran, 2002). Autores como Hagopian, Fisher, Sullivan, Acquisto y LeBlanc (1998) o Wacker, Steege, Northup, Sasso, Berg, Reimers, et al. (1990) aportan evidencia empírica de que el castigo, cuando se combina con procedimientos de reforzamiento y de extinción, tiene efectos inmediatos sobre la conducta que se desea eliminar y sustancialmente superiores a los efectos producidos por el uso exclusivo de programas de reforzamiento. Existen muy pocos estudios que hayan encontrado efectos negativos significativos por la aplicación de procedimientos de castigo (Lerman y Iwata, 1996). Una de las razones puede deberse a que la mayoría de los estudios realizados han utilizado una combinación de castigo y refuerzo y se han llevado a cabo muy pocos estudios utilizando castigo corporal.

A pesar de la efectividad del castigo y la falta de estudios que demuestren sus efectos negativos, la mayoría de los autores están de acuerdo en utilizar procedimientos de castigo, fundamentalmente castigo positivo, sólo cuando otros procedimientos de reforzamiento positivo fallan en alcanzar las conductas objetivo. Wacker, Harding, Berg, Cooper-Brown y Barretto (2009) señalan que el uso del castigo sería un tratamiento de elección en aquellos casos en los que, o bien no se identifican adecuadamente los reforzadores que mantienen una conducta, o bien no se pueden controlar suficientemente como para llegar a fomentar las conductas alternativas. Esto es especialmente importante en el caso de lo que se desee eliminar sean conductas agresivas hacia sí mismo o hacia los otros. Igualmente, los procedimientos de castigo son especialmente efectivos cuando la selección del tipo de castigo se realiza en función de la conducta problema y se combina con el refuerzo constante de las conductas alternativas.

Dadas las prevenciones que suscita la aplicación del castigo para reducir conductas, se suelen resaltar varios aspectos que han de servir de guía para la aplicación de los distintos tipos de castigo. Spiegler y Guevremont (2010) resaltan los cinco siguientes:

1. *El castigo, sea positivo o negativo, debería ocurrir inmediatamente después de la ocurrencia de la conducta inadecuada.* Cuanto menos tiempo pasa en la aplicación del castigo, mayor suele ser su efectividad.
2. *El castigo debería ser administrado cada vez que ocurre la conducta inadecuada.* En general, el castigo intermitente es mucho menos efectivo que el castigo continuo.
3. *La persona a la que se le aplica debe ser consciente de la contingencia* entre la conducta inadecuada y el castigo que se otorgará.
4. *El reforzamiento no debe administrarse muy a continuación del castigo* porque puede contrarrestar su efecto y además reforzar la conducta castigada (e.g. consolar a un niño que está llorando porque acaba de ser reprendido por realizar una conducta inadecuada).
5. *El castigo ha de ir precedido por un aviso de advertencia* para que se produzca una asociación entre la conducta a eliminar y el castigo. A veces la simple advertencia sirve para reducir la emisión de la conducta problema.

La mayoría de los estudios sobre los factores que influyen en la efectividad del castigo se han llevado a cabo en el laboratorio y fundamentalmente con castigo positivo. No obstante, se considera que los resultados de estos estudios pueden ser de alguna manera extrapolables a la aplicación clínica tanto del castigo positivo como del negativo. Algunos de los factores que contribuyen a su eficacia y que ya se han comentado anteriormente son:

- *Demora del castigo.* En general, los estudios de efectividad indican que aumenta cuando se aplica de forma más inmediata y contingente a la conducta que se desea modificar (Miltenberger, 2001). Cuanto más se aleje la aplicación del castigo de la emisión de la conducta inadecuada, menor será su efectividad.
- *Programa de aplicación.* El castigo es más efectivo cuando se utiliza de forma continua, cada vez que se lleva a cabo la conducta problema, que cuando se aplica intermitentemente. Cuando el castigo se aplica a una conducta de alta frecuencia (e.g. levantarse continuamente en clase, decir tacos sin parar, etc.) o que es compleja en cuanto que está formada por una serie de cadenas de respuestas (e.g. pegar, gritar y tirarse al suelo cuando no se obtiene lo que se desea, etc.), puede ser conveniente utilizar un programa de castigo intermitente. En estos casos, a mayor proporción de respuestas castigadas, mayor es su reducción.

- *Regulación temporal del castigo en la secuencia de respuesta.* Cuando se desea reducir una conducta que podría considerarse el último eslabón de una cadena de conductas necesarias para llevarla a cabo, la reducción de la conducta final será más eficaz si se comienzan a castigar los primeros eslabones de la cadena que conduce a su realización. Por ejemplo, en la conducta de llegar tarde al colegio por la mañana pueden estar implicadas conductas tales como levantarse tarde, entretenerse en el aseo, desayunar despacio y en el último minuto, etc. En estos casos, la reducción de la conducta de llegar tarde será más eficaz si se comienza castigando las conductas negativas previas, a ser posible, comenzando con las primeras de la cadena. Una de las razones fundamentales es porque en la medida en que se reducen las conductas que llevan a la conducta final, menor es la probabilidad de que la conducta final sea reforzada positivamente (e.g. no entrar a clase de ciencias).
- *Fuente de reforzamiento.* El efecto del castigo puede verse contrarrestado por el potencial reforzamiento que pueda estar recibiendo la conducta que se desea eliminar. Por ello, es fundamental conocer las posibles fuentes de reforzamiento que están manteniendo esa conducta. Es frecuente en el ámbito escolar que el profesorado imponga un castigo por la realización de una conducta inadecuada y la conducta se mantenga porque los compañeros la refuerzan con signos de aprobación (e.g. risas o admiración), o que en el ámbito familiar, la conducta de llegar tarde a casa sea penalizada por los padres y sin embargo se mantenga porque la fuente del refuerzo sean los amigos, que se burlan si el niño se va antes que ellos a casa (refuerzo negativo), o permanezca más tiempo con ellos (refuerzo positivo) a pesar de las consecuencias posteriores negativas.
- *Variaciones del castigo.* Varias investigaciones han aportado evidencia de que variar el tipo de castigo utilizado favorece la reducción de la conducta a eliminar o reducir. Por ejemplo, la utilización sistemática de la técnica de tiempo-fuera cada vez que un niño realiza una conducta inadecuada puede llevar a que este procedimiento pierda su capacidad para reducir la conducta. Incluso el castigo físico sistemáticamente utilizado puede seguir siendo aversivo, pero dejar de tener efecto en la reducción de la conducta a castigar. Variar el tipo de castigo intercambiando distintas modalidades (tiempo-fuera, reprimenda, coste de respuesta), facilita que se mantenga su función: reducir la conducta inadecuada. Las variaciones en el tipo de castigo a utilizar es eficaz tanto para la reducción de una conducta determinada (e.g. gritar) como para la reducción de diversas conductas (e.g. gritar, decir tacos, no estudiar, no recoger la mesa, etc.).
- *Reforzamiento de respuestas alternativas.* La mayoría de las aplicaciones del castigo en Terapia de Conducta van acompañadas del reforzamiento positivo de conductas alternativas adecuadas porque los estudios de resultado indi-

can que aumenta su efectividad. Hay tres razones fundamentales que justifican esta combinación: 1) la utilización conjunta incrementa los efectos del castigo, 2) ayuda a desplazar y a reducir la frecuencia de aparición de las conductas que se desea eliminar, 3) ayuda a reducir o a eliminar los efectos colaterales que a veces se producen tras la aplicación del castigo.

5.3.4. Efectos colaterales del castigo

A pesar de la efectividad demostrada por el castigo y los limitados estudios que indican efectos negativos de su uso, no se suele utilizar de forma exclusiva, además de por razones éticas, porque aún reduciendo la conducta puede producir efectos colaterales. Incluso en algunos casos pueden producir problemas y conductas más perjudiciales que la propia conducta que se pretende modificar. Algunos de los efectos negativos señalados por Kazdin (1994) son:

- *Reacciones emocionales adversas.* (e.g. llanto, rabia, miedo, etc.) cuyos efectos pueden dificultar el aprendizaje o la realización de conductas alternativas más adecuadas a la conducta problema (e.g. el enfado de un niño al apagarle el ordenador como castigo por no estar estudiando puede llevar a que la conducta alternativa adecuada –ponerse a estudiar– no se produzca; regañar a un niño pequeño por tirar la comida, puede tener como consecuencia que se ponga a llorar y deje de comer, etc.). Las reacciones emocionales negativas pueden también convertir en estímulo aversivo a la persona que ha impuesto el castigo (e.g. padre) y como consecuencia alejarse afectivamente de él, dejando así de ser un estímulo positivo. Igualmente, pueden promover un incremento general de reacciones emocionales perturbadoras incluso aunque no se esté suministrando ningún castigo.
- *Evitación y escape.* Las reacciones negativas ante el castigo también pueden llevar a realizar conductas de escape de la situación en la que se ha producido (e.g. irse de casa, escaparse de la escuela) y de evitación de la persona o personas que lo han administrado.
- *Agresión.* El castigo también puede llevar al individuo que lo recibe a reaccionar con agresividad contra la persona que lo está utilizando. La agresión suele darse en mayor medida como defensa ante el castigo físico o ante la agresión verbal.
- *Castigo modelado.* Un efecto de los más importantes que puede tener la utilización del castigo, es que el individuo que lo recibe *aprenda*, por experiencia directa de sus efectos y por modelado, a utilizarlo como procedimiento eficaz para modificar conductas. Es éste un efecto especialmente importante cuando se aplica el castigo físico. Si un niño aprende que su padre le pega como resultado de una acción que le resulta inapropiada o le disgusta, cuando él se vea en una situación en la que le disguste la conducta de otros puede utilizar el mismo procedimiento.

- *Perpetuación del castigo*. Otro efecto negativo del castigo es que puede convertirse en herramienta habitual de las personas que los dispensan para reducir o modificar conductas inadecuadas o molestas, descuidando el refuerzo de otras conductas, o facilitando el aprendizaje de otras alternativas más adecuadas. El refuerzo negativo que supone para la persona que lo dispensa la eliminación a corto plazo de una conducta o acción que le resulta desagradable o molesta, es otra de las razones que pueden ayudar al mantenimiento de la utilización del castigo como procedimiento habitual para reducir conductas inadecuadas (e.g. pegar un cachete cuando se está gritando. Castigar sin ver la TV por no haber puesto la mesa, etc.).

5.4. Sobrecorrección

Kazdin (1994) señala como procedimiento adicional para reducir conductas la realización de actividades. La realización de tareas que exigen algún tipo de esfuerzo no se consideran técnicas de castigo, puesto que la tarea a realizar puede resultar incómoda o molesta, pero no aversiva, no cumpliendo por tanto ninguna de las dos condiciones del castigo: la introducción de un estímulo aversivo o la pérdida de un reforzador positivo.

La *sobrecorrección* es una penalización por llevar a cabo una conducta o acción inadecuada que tiene dos componentes: 1) restitución y 2) práctica positiva. La *restitución* consiste en corregir los efectos negativos causados por la conducta inadecuada. Por ejemplo, en el caso de la conducta vandálica, pagar los desperfectos ocasionados. La *práctica positiva* implica llevar a cabo repetidamente, incluso de forma exagerada, una conducta adaptativa apropiada. En el caso anterior sería limpiar las calles que han ensuciado y las adyacentes durante varios días. En algunas ocasiones, sólo se utiliza uno de los dos componentes de la sobrecorrección. Por ejemplo, cuando no es posible corregir las consecuencias sociales o ambientales, sólo se utiliza la práctica positiva.

Una característica distintiva de la sobrecorrección con respecto del castigo es que la sobrecorrección cumple una función educativa al incluir como parte de la técnica el entrenamiento en la práctica de conductas alternativas o incompatibles con la conducta inapropiada.

Varios estudios han destacado dos aspectos importantes de la sobrecorrección: En primer lugar, que aunque la sobrecorrección se suele aplicar inmediatamente después de realizar la conducta problema, sigue siendo efectiva si se demora su aplicación (e.g. Azrin y Powers, 1975; Ollendick y Matson, 1978). En segundo lugar, parece que el incremento de la duración de la práctica positiva no va acompañado de una mayor reducción de la conducta desadaptativa (e.g. Cole, Montgomery, Wilson y Millan, 2000).

El rango de aplicación de la sobrecorrección es menor que el de otros procedimientos de reducción de conductas como es el castigo. Es una técnica especialmente apropiada para reducir conductas que tienen efectos adversos que pueden ser corregidos, y ha mostrado ser muy efectiva en numerosos problemas, tal y como recogen diversos estudios (Foxx y Bechtel, 1983), entre los que cabe destacar conductas agresivas, enuresis, conductas poco cívicas o falta de modales.

6. Programas de economía de fichas

La economía de fichas es un programa de contingencias que combina distintos procedimientos de reforzamiento y de castigo. El procedimiento básico consiste en entregar un reforzador generalizado (ficha) tras la emisión de una conducta deseable y/o retirarlo cuando la conducta meta es inadecuada. El valor de la ficha como reforzador generalizado estriba en la posibilidad de canjearlo por numerosos reforzadores previamente seleccionados.

En los programas de economía de fichas se trata de que las conductas deseables reciban siempre una consecuencia positiva sin necesidad de tener que estar continuamente dispensando de forma contingente los distintos reforzadores pactados para cada conducta.

Los componentes concretos del programa de economía de fichas son:

1. Lista de las conductas específicas que se pretenden modificar (e.g. permanecer sentados, mirar hacia delante, prestar atención al profesor, etc.).
2. Indicación explícita del número de fichas que se pueden ganar por cada comportamiento.
3. Reforzadores concretos por los que se pueden intercambiar las fichas o puntos obtenidos (e.g. minutos de recreo extra, cromos, tebeos, etc.), procurando que exista variedad.
4. Indicación clara y detallada de las reglas que regirán el programa, incluyendo la especificación de cuándo se van a entregar las fichas y cuándo se cambiarán por los reforzadores.

En los programas de Economía de Fichas las fichas pueden entregarse cada vez que se realiza la conducta deseada (refuerzo positivo) con el fin de incrementarla, o entregar el total de las fichas al inicio del programa y se van retirando contingentemente a la realización de la conducta problema para reducirla (coste de respuestas).

Se suelen utilizar programas basados en el coste de respuesta cuando el número de conductas perturbadoras y la probabilidad de que se hagan es alto. La entrega ini-

cial de todas las fichas suele suponer un importante reforzador, ya que por una parte supone transmitir a la persona un nivel de confianza inicial en que podrá controlar las conductas perturbadoras y por otra incrementa la motivación de no llevar a cabo la conducta problema para tratar de conservar las fichas de partida. Como se comentó al hablar del coste de respuestas, los puntos dispensados por tráfico, el valor de cada infracción en puntos, son un ejemplo claro de economía de fichas basada en el coste de respuestas.

Recomendaciones para la aplicación correcta de los programas de fichas.

Su éxito depende de los siguientes puntos:

- Que los reforzadores hayan sido bien seleccionados, de modo que si se aplican en una situación de grupo, todos los participantes encuentren reforzante al menos alguno de ellos.
- Que se maneje correctamente la demora del refuerzo. Al principio conviene que se entreguen las fichas muy frecuentemente y que se puedan cambiar rápidamente por reforzadores. A medida que avance el programa, sin embargo, lo que interesa es que se acumulen las fichas para que adquieran más valor simbólico y dependan menos del reforzador tangible.
- El programa debe ir retirándose paulatinamente, de modo que se transfiera el valor reforzante de las fichas a la propia realización de la tarea o conducta (autorrefuerzo) y al refuerzo social.

Si no se tienen en cuenta estas recomendaciones, puede darse el problema que constituye el inconveniente principal de los programas de fichas y es que la conducta sólo se mantenga mientras dure el programa.

Ventajas de los programas de economía de fichas

Estos programas presentan varias ventajas en comparación con la aplicación directa del refuerzo tangible.

- Se puede entregar el reforzador de forma inmediata sin que se necesite interrumpir la actividad que se está llevando a cabo o salir del contexto en el que se está desarrollando la conducta o actividad. En el ambiente escolar, por ejemplo, no se puede dejar que un niño salga al recreo cada vez que realiza la conducta adecuada, ni darle un refuerzo material concreto (por ejemplo un tebeo) que distraiga su atención.
- Permite cuantificar la entrega de los reforzadores de manera que a mejor ejecución o mayor número de conductas correctas realizadas, mayor sea el refuerzo según la propia valoración del individuo.

- Evita que se produzca el fenómeno de la saciación al poder intercambiar la ficha por varios reforzadores. Por ejemplo, si a un niño cada vez que realiza una conducta deseable se le entrega un caramelo o un cromó, llega un momento en que el reforzador pierde su valor. Esto no ocurre en el caso de la ficha, ya que puede ser canjeada por diversos reforzadores.
- Igual que la ficha se asocia a muchas conductas y se puede cambiar por muchos reforzadores, va a quedar asociada a su vez a otros reforzadores secundarios que no necesariamente eran suficientemente reforzantes para esos niños (atención, alabanza y refuerzo simbólico de las personas que forman parte del programa) y que van a seguir presentes cuando el reforzador tangible finalmente se retire. De esta correcta asociación depende, en último término, que se mantengan los logros alcanzados con el programa y no se vuelva a la línea base previa cuando éste se retire.

La economía de fichas se ha utilizado para el tratamiento de diversas conductas problema y con distintas poblaciones (Kazdin, 1977; Milan, 1987). Los estudios controlados publicados indican una mayor utilización de estos programas en grupo o instituciones. Por ejemplo en instituciones de pacientes psiquiátricos crónicos, (Spiegler y Agigian, 1977), en centros de rehabilitación juvenil (e.g. Braukmann y Wolf, 1987), instituciones que trabajan con personas con retraso mental (Baer y Gues, 1971; Peniston, 1975), centros académicos para mejorar o modificar conductas perturbadoras en clase o mejorar el rendimiento académico (e.g. Sullivan y O'Leary, 1990; Kelley, 1990) o en el ambiente familiar, en general con niños pequeños (Gannon, Harmon y Williams, 1997; Heward, Dardig y Rossett, 1979).

7. Contratos de contingencias

Un contrato de contingencias es un acuerdo, por lo general escrito, en el que se especifican las conductas que se desea instaurar o eliminar y las consecuencias que le acompañarán. Una de sus funciones es conseguir la implicación de la persona en el cambio de su conducta. Es, igualmente, un modo de dejar claro que si uno se esfuerza por conseguir unos objetivos, va a obtener determinadas refuerzos. Es decir, se trata de un acuerdo entre dos partes en el que se negocian unos objetivos y se establecen claramente unas consecuencias por su cumplimiento o incumplimiento.

Para fomentar la eficacia los contratos deben cumplir las siguientes normas:

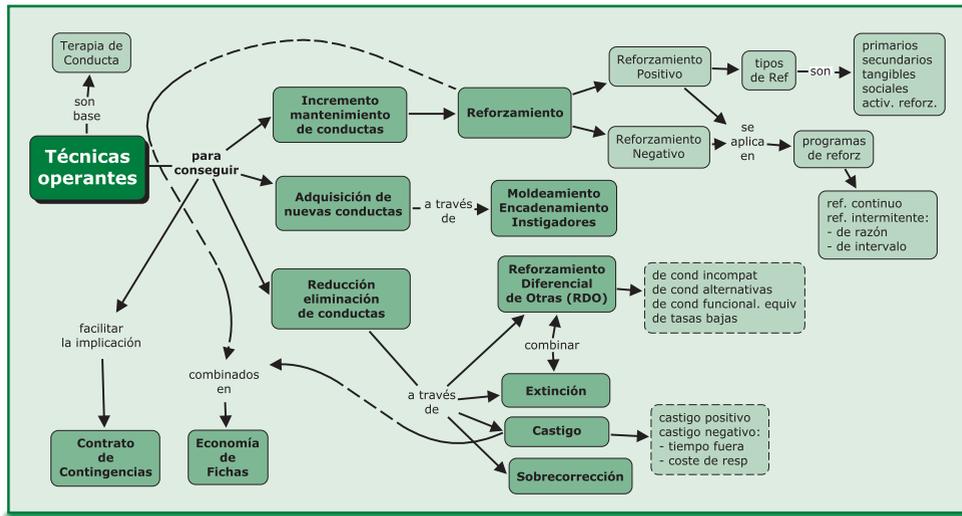
- En el contrato se debe dejar muy claro cuál es el cambio en la conducta concreta que se quiere obtener.

- Se debe especificar el límite de tiempo de duración del contrato. Es un error pedir un cambio de conducta a largo plazo o de duración ilimitada.
- El contrato debe incluir una recompensa o consecuencia positiva por su cumplimiento.
- Debe incluirse también una consecuencia ligeramente aversiva si no se cumple lo pactado.
- Se debe incluir una “bonificación adicional” en el caso de que se supere el criterio pactado, dejando abierta la posibilidad de que esto suceda.
- Nunca debe hacerse un contrato que no pueda ser observado y registrado. Especificar siempre cómo y cuándo se va a medir la conducta objeto de contrato. No sería nunca objeto de contrato, por ejemplo, ser amable con alguien, o pensar más en los deberes. Además de demasiado generales, tal y como se enuncian, son conductas no observables.
- Tan pronto como se verifique su cumplimiento, debe administrarse la recompensa. La demora del refuerzo es, en principio, perjudicial para la adquisición, y, por supuesto, cuando se realiza con niños y adolescentes el adulto debe siempre cumplir su parte en el contrato.

Otras recomendaciones para optimizar el uso del contrato son las siguientes:

- Asegurarse de que la conducta a exigir es fácilmente comprensible y que la persona puede realizarla (entra en su repertorio de conductas).
- El contrato debe ser justo y negociado. Por ejemplo, en el caso de que se firme con un niño, si éste no está de acuerdo con lo que se le pide, boicotará el plan. La obediencia como base del contrato contradice los principios en que éste se apoya.
- Siempre que sea posible, la formulación de la conducta a lograr debe hacerse en términos positivos. Del mismo modo, es preferible pedir una conducta incompatible con la que se desea cambiar, más que centrarse en reducirla (e.g. la formulación: “*cuando estés con tu hermano juega con él en paz*” es más adecuada que si la formulación es: “*cuando estés con tu hermano jugando, deja de pegarle*”).
- Como en todos los casos, debe cuidarse que la recompensa sea en principio pequeña, aunque reforzante y a ser posible de actividad o simbólica, y empezar con reforzadores que motiven, y dejar el reforzador mayor para metas finales que supongan el logro de todas las anteriores.
- En este sentido, el contrato debe ser revisable y utilizarse sistemáticamente, variando el contenido y las condiciones, de acuerdo con el progreso.
- Ayuda y facilita el compromiso la redacción escrita de los términos del contrato, y la firma conjunta entre las personas que lo suscriben (e.g. profesor-alumno, padres-hijo).

8. Mapa conceptual de técnicas operantes



9. Aplicaciones y estudios de resultados

Al comentar las distintas técnicas se han ido presentando algunos de los estudios que presentan evidencia empírica sobre su eficacia. No obstante recogemos a continuación estudios recientes, metodológicamente bien controlados, sobre la efectividad de aplicaciones de los programas de contingencias en los que se combinan varios de los procedimientos señalados de adquisición, incremento, mantenimiento y reducción.

Drossel, Garrison-Diehn y Fisher (2009) presentan una revisión exhaustiva de los estudios realizados en los últimos años resaltando en cada uno de ellos el ámbito de aplicación, el tipo de problemas tratados y las conductas específicas objeto de intervención, el programa de contingencias llevado a cabo y los reforzadores utilizados. Básicamente los estudios controlados en el ámbito de la salud han aplicado procedimientos operantes en problemas relacionados con adhesión a tratamientos médicos (Rosen et al., 2007); seguimiento de pautas y protocolos sobre cuidado dental, alimentación, ejercicio, control de peso, etc. (Andrzewski, Kirby y Iguchi, 2001; Sigmon y Stitzer, 2005). En el ámbito del abuso de sustancias, los programas de contingencias se han llevado a cabo con todas las sustancias tóxicas, fundamentalmente con problemas con el alcohol, nicotina, cocaína, marihuana u opiáceos (Petry, Alessi y Hanson, 2007, Lamb et al. 2007, Silverman et al., 1996). En el ámbito escolar los estudios informan de resultados favorables en el manejo del aula, tanto en participación en clase y en rendimiento académico (Schmidt y Ulrich, 1971; Heering y Wilder, 2006), como en la reducción de conductas perturbadoras individuales (Shapiro, DuPaul y Bradley-Klug, 1998).

10. Resumen

- Las técnicas operantes para incrementar, instaurar y reducir conductas se basan en los principios del condicionamiento operante o instrumental.
- El condicionamiento operante describe la influencia de los diferentes estímulos y acontecimientos ambientales (antecedentes y consecuencias) en la conducta. Los principios básicos que caracterizan las relaciones entre las conductas y los sucesos ambientales son: reforzamiento, castigo, extinción y control de estímulos.
- Cuando el objetivo de un proceso de intervención conductual es incrementar conductas del repertorio de un individuo se utiliza el reforzamiento.
- El reforzamiento hace referencia a la presentación o retirada de un estímulo después de la realización de una conducta, que a consecuencia de ello incrementa su frecuencia o probabilidad. Hablamos de reforzamiento positivo cuando se presenta un estímulo positivo, hablamos de reforzamiento negativo cuando se retira un estímulo negativo.
- Los programas de reforzamiento son las reglas que describen cómo incrementar y mantener una conducta en función de la aplicación de los reforzadores una vez que ha sido emitida. Existen dos tipos de programas de reforzamiento: Reforzamiento continuo y reforzamiento intermitente.
- Cuando el objetivo prioritario no es incrementar conductas ya existentes, sino instaurar nuevas conductas se utilizan tres técnicas específicas: Moldeamiento, Atenuación y Encadenamiento.
- La reducción o eliminación de conductas se puede realizar mediante varios procedimientos: reforzamiento diferencial de otras conductas, extinción, castigo y sobrecorrección.
- La eliminación o reducción de conductas mediante reforzamiento diferencial puede llevarse a cabo reforzando conductas incompatibles, conductas alternativas o conductas funcionalmente equivalentes.
- Cuando se dice que una conducta se ha eliminado o reducido mediante un procedimiento de extinción se está haciendo referencia a la ausencia del reforzamiento de una conducta previamente reforzada.
- Castigo es la presentación de un estímulo negativo o retirada de un estímulo positivo después de haber realizado una conducta que a consecuencia de ello reduce su frecuencia o probabilidad. Cuando la presentación es de un estímulo negativo, hablamos de castigo positivo, cuando la retirada es de un estímulo positivo, hablamos de castigo negativo.

- Existen dos tipos fundamentales de castigo basado en la retirada de estímulos positivos: Tiempo-fuera de reforzamiento y Coste de Respuestas.
- Un procedimiento adicional para reducir conductas es la sobrecorrección. Esta técnica tiene dos componentes: restitución y práctica positiva.
- La economía de fichas es un programa de contingencias que combina distintos procedimientos de reforzamiento y de castigo. El valor de la ficha como reforzador generalizado estriba en la posibilidad de canjearlo por numerosos reforzadores previamente seleccionados.
- Un contrato de contingencias es un acuerdo entre dos partes, por lo general escrito, en el que se especifican las conductas que se desea instaurar o eliminar y las consecuencias que le acompañarán. Una de sus funciones es facilitar la implicación de la persona en el cambio de su conducta.

11. Bibliografía recomendada

Larroy, C. (2007). *Mi hijo no me obedece*. Soluciones realistas para padres desorientados. Madrid. Pirámide.

- Libro claro y muy didáctico sobre cómo manejar conductas operantes en niños. Recoge todas las técnicas de reducción e incrementos de conducta con ejemplos y recomendaciones.

Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. Madrid. Pearson Educación.

- Los autores van presentando las distintas técnicas operantes detalladamente y con numerosos ejemplos que les sirven de punto de partida para explicarlas.

Kazdin, A.E. (1996). *Modificación de Conducta y sus aplicaciones prácticas*. México. Manual Moderno.

- Es uno de los libros de referencia más destacados sobre la aplicación de los principios y técnicas operantes. En este manual se describe detalladamente como se lleva a cabo la evaluación conductual y qué son y cómo se aplican los procedimientos de reforzamiento, castigo y extinción, indicando en cada una de ellas las distintas opciones técnicas y los factores que contribuyen a su efectividad, así como sus problemas y limitaciones. Se presentan a lo largo de todo el libro numerosos ejemplos de modificación de conductas simples y complejas en distintos ámbitos.

12. Referencias bibliográficas

- Andrzejewski, M.E., Kirby, K.C., Morral, A.R. y Iguchi, M.Y. (2001). Technology transfer through performance management. The effects of graphical feedback and positive reinforcement on drug treatment clinicians' behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 179-186.
- Azrin, N.H. y Holz, W.C. (1966). Punishment. En W.K. Honig (Ed.): *Operant behavior: Areas of research and application*. NY: Appleton-Century-Crofts. (380-447).
- Azrin, N.H. y Powers, M.A. (1975). Eliminating classroom disturbances of emotionally disturbed children by positive practice procedures. *Behavior Therapy*, 6, 525-534
- Baer, D.M. y Guess, D. (1971). Receptive training of adjectival inflections in mental retardates. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 4, 129-139.
- Barkley, R.A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. NY: Guilford.
- Braukmann, C.J. y Wolf, M.M. (1987). Behaviorally based group homes for juvenile offenders. En E.K. Morris y C.J. Braukmann (Eds.), *Behavioral approaches to crime and delinquency: A handbook of applications, research, and concepts*. (135-159). N.Y. Plenum
- Craighead, W.D., Kazdin, A.E. y Mahoney, M.J. (1981). *Modificación de Conducta. Principios y Aplicaciones*. Barcelona. Ediciones Omega.
- Cole, G.A., Montgomery, R.W., Wilson, K.M. y Millan, M.A. (2000). Parametric analysis of overcorrection duration effects: Is longer really better than shorter? *Behavior Modification*, 24, 359-377.
- Cooper, J.O., Heron, T.E. y Heward, W.L. (2007). *Applied behavior analysis*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.
- Drossel, C. Garrison-Diehn, C.G. y Fisher, J.E. (2009). Contingency management interventions. En W.T. O'Donohue y J.E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Fox, R.M. y Bechtel, D.R. (1983): Overcorrection: A review and analysis. En S. Axelrod y J. Apsche (Eds.), *The effects of punishment on human behavior*. NY: Academic Press. (133-220).
- Kazdin, A.E. (1994). *Modificación de la Conducta y sus aplicaciones prácticas*. México. Manual Moderno
- Kazdin, A.E. (1977). *The token economy: A review and evaluation*. NY: Plenum
- Kelley, M.L. (1990). *School-home notes: Promoting children's classroom success*. N.Y. Guilford.
- Hagopian, L.P., Fisher, W.W., Sullivan, M.T., Acquistio, J. y LeBlanc, L.A. (1998). Effectiveness of functional communication training with and without extinction and punishment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 211-235.

- Heering, P.W. y Wilder, D.A. (2006). The use of dependent group contingencies to increase on-task behavior in two general education classrooms. *Education and Treatment of Children*, 29, 459-468.
- Heward, W.L., Dardig, J.C. y Rossett, A. (1979). *Working with parents of handicapped children*. Columbus, OH: Merrill.
- Holland, J.G. y Skinner, B.F. (1961). *The Analysis of behavior: A program for self-instruction*. NY. McGraw-Hill.
- Gannon, P., Harmon, M. y Williams, B.F. (1997). An in-home token system for a student with attention, deficit hyperactivity disorder. *Journal of Special Education*, 21, 33-40
- Lamb, R.J., Morral, A.R., Kirby, K.C., Javors, M.A., Galbicka, G., y Iguchi, M. (2007). Contingencies for change in complacent smokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 15, 245-255.
- Lerman, D.C. y Iwata, B.A. (1996). Developing a technology for the use of operant extinction in clinical setting: An examination of basic and applied research. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 345-382.
- Lerman, D.C. y Vorndran, C.M. (2002). On the status of knowledge for using punishment: Implications for treating behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 431-464.
- Martin, G. y Pear, J. (1999). *Modificación de Conducta*. Madrid. Prentice Hall.
- Milan, M.A. (1987). Token economy programs in closed institutions. En E.K. Morris y C.J. Braukmann (Eds.), *Behavioral approaches to crime and delinquency: A handbook of applications, research, and concepts*. N.Y. Plenum. 195-222
- Miltenberger, R.G. (2001). *Behavior Modification: Principles and procedures*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Ollendick, T.H. y Matson, J.L. (1978). Overcorrection: An overview. *Behavior Therapy*, 9, 830-842.
- Peniston, E. (1975). Reducing problem behavior in the severely and profoundly retarded. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 295-299.
- Petry, N.M., Alessi, S.M., y Hanson, T. (2007). Contingency management improves abstinence and quality of life in cocaine abuser. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 307-315.
- Poling, A. y Ryan, C. (1982). Differential-reinforcement-of-other-behavior schudeles. *Behavior Modification*, 6, 3-21
- Premack, D. (1965). Reinforcement theory. En D. Levine (Ed.): *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press. (123-180).
- Rosen, M.J., Dieckhaus, K., McMahon, T.J., Valdes, B, Petry, N.M., Cramer, J. et al. (2007). Improved adherence with contingency management. *AIDS Patient Care and STDs*, 21, 30-40.

- Sigmon, S.C. y Stitzer, M.L. (2005). Use of low-cost incentive interventions to improve counseling attendance among methadone maintained patients, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 253-258.
- Skinner, B.F. (1953): *Science and Human Behavior*. NY. MacMillan (Traducción castellano, 1970. Barcelona. Fontanella).
- Schmidt, G.W. y Ulrich, R.E. (1971). Effects of group contingent events upon classroom noise. En C.E. Pitts (Ed.), *Operant condition in the classroom: Introductory reading in educational psychology*. NY: Thomas Y. Crowell Co.
- Shapiro, E.S., DuPaul, G.J. y Bradley-Klug, K.L. (1998). Self-management as a strategy to improve the classroom behavior of adolescents with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 31, 545-555.
- Simek, T., O'Brien, R. y Figlerski, L. (1994). Contracting and chaining to improve the performance of a college golf team: Improvement and deterioration. *Perceptual and Motor Skill*, 78, 1099-1105.
- Spiegler, M.D. y Agigian, H. (1977). *The Community training Center: An educational-behavioral-social systems model for rehabilitating psychiatric patients*. NY. Brunner/Mazel.
- Spiegler, M.D. y Guevremont, D.C. (2010). *Contemporary behavior therapy*. Wadsworth.
- Spooner, F. (1984). Comparisons of backward chaining and total task presentation in training severely handicapped persons. *Education and training of the Mentally Retarded*, 75-81.
- Sullivan, M.A. y O'Leary, S.G. (1990). Maintenance following reward and cost token programs. *Behavior Therapy*, 21, 139-149
- Vila, J. y Fernández-Castelar, M.C. (2004). *Tratamientos psicológicos. La perspectiva experimental*. Madrid. Pirámide
- Wacker, D.P., Harding, J., Berg, W., Cooper-Brown L.J. y Barretto, A. (2009). Punishment. En W.T. O'Donohue y J.E. Fisher (Eds.), *General Principles and Empirically supported techniques of Cognitive Behavior Therapy*. NJ. Johnson Wiley and Sons, Inc.
- Wacker, D., Steege, M., Northup, J., Sasso, G., Berg, W., Reimers, T. et al. (1990). A component analysis of functional communication training across three topographies of severe behavior problems. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 417-429.
- Wallace, M.D. y Najdowski, A.C. (2009). Differential Reinforcement of other behavior and differential reinforcement of alternative behavior. En W.T. O'Donohue y J.E. Fisher (Eds.), *General Principles and Empirically supported techniques of Cognitive Behavior Therapy*. NJ. Johnson Wiley and Sons, Inc.

Terapias y técnicas de exposición

Marta Isabel Díaz, M^a Ángeles Ruiz, Arabella Villalobos y Marcela Paz González

1. Introducción

2. Fundamentos teóricos

- 2.1. *Primeras teorías conductuales*
- 2.2. *Habitación*
- 2.3. *Extinción*

3. Tipos de exposición

- 3.1. *Exposición en vivo*
- 3.2. *Exposición simbólica*
- 3.3. *Exposición en grupo*

4. Factores moduladores de los resultados de la exposición

5. Procedimiento de aplicación

- 5.1. *Planificación de sesiones de exposición efectivas*
- 5.2. *Minimización de factores que inhiben el éxito del tratamiento de exposición*

6. Ejemplos de aplicación de las técnicas de exposición

- 6.1. *Fobia social*
- 6.2. *Trastorno por angustia y agorafobia*
- 6.3. *Trastorno de estrés postraumático*
- 6.4. *Trastorno obsesivo compulsivo*

7. Mapa conceptual de las técnicas de exposición

8. Conclusiones y consideraciones finales

9. Resumen

10. Bibliografía recomendada

11. Referencias bibliográficas



Edna Foa (1937) es profesora de psicología clínica en el Departamento de Psiquiatría de la *Universidad de Pennsylvania*. Ha dedicado su carrera académica al estudio de la psicopatología y el tratamiento de los trastornos de ansiedad, específicamente el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático y la fobia social. Es una de las expertas mundiales en terapia cognitivo conductual, habiendo sido pionera en el estudio del fracaso en la psicoterapia y el diseño de modelos de cambio terapéutico aplicables a la mayoría de los trastornos.

<http://www.med.upenn.edu/apps/faculty/index.php/g275/p7429>



David Barlow es director emérito del *Center for Anxiety and Related Disorders*. Además de sus contribuciones al estudio de la naturaleza y tratamiento de los trastornos de ansiedad, ha jugado un papel fundamental en demostrar y difundir la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductuales individualmente o como parte de una estrategia combinada en trastornos de ansiedad, especialmente en trastorno de pánico. Ha realizado un gran aporte en el área de la psicopatología, así como al desarrollo e investigación de tratamientos basados en evidencia. Es reconocido como un experto en entrenamiento profesional en Terapia Cognitivo Conductuales.

<http://www.med.upenn.edu/apps/faculty/index.php/g275/p7429>

Palabras clave

- Exposición
- Evitación
- Extinción
- Habitación
- Condicionamiento clásico
- Condicionamiento operante
- Procesamiento emocional

Objetivos

Este capítulo ha sido escrito con el objetivo de que el lector o lectora...

- Conozca las bases teóricas que intentan explicar los efectos de la exposición en los trastornos de ansiedad y pueda justificar cada uno de los modelos explicativos
- Conozca el procedimiento básico de aplicación de las técnicas de exposición
- Conozca los diferentes tipos de exposición
- Conozca las indicaciones terapéuticas de la exposición y los problemas en su diseminación y uso.

1. Introducción

Las intervenciones basadas en la exposición son consideradas un ingrediente esencial de todas las intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos de ansiedad y se encuentran entre los tratamientos cognitivo conductuales mejor estudiados. Realmente pocas técnicas o programas de intervención han mostrado un grado de eficacia o efectividad comparable al mostrado por este tipo de tratamientos, a la par que hayan suscitado un interés semejante al generado en torno a estas intervenciones (Barlow, 2002, Farmer y Chapman, 2008, Richard y Lauterbach, 2007).

El origen de las técnicas de exposición se da en el contexto de la primera generación de la Terapia de Conducta, y tiene que ver, en gran medida, con el desarrollo y aplicación de la técnica de Desensibilización Sistemática (DS) (Wolpe, 1958, 1969) para el tratamiento de la ansiedad y el miedo clínicos. Esta técnica alcanzó gran prominencia durante los años 50 y 60, época de dominio conductual en la psicología norteamericana, y básicamente consistía en confrontar al individuo con el estímulo temido utilizando la imaginación, produciendo a su vez una respuesta de relajación utilizando las técnicas de Jacobson (1938). Ocasionalmente se comenzó a animar a ciertos pacientes a confrontarse con los estímulos temidos en vivo, después de la administración prolongada de la DS (Lazarus, 1963). Este proceder facilitó el camino para que algunos investigadores y clínicos dejaran de lado la DS y comenzasen a centrar su interés en la exposición en vivo (Agras, Leitenberg y Barlow, 1968). Este enfoque mostró que la confrontación directa con el estímulo temido o señales de éste, era tan eficaz como la desensibilización unida a la relajación (Emmelkamp y Wessels, 1975). Hoy en día, años después del trabajo pionero de Wolpe, existe considerable evidencia que permite considerar las intervenciones basadas en la exposición como intervenciones psicológicas eficaces y efectivas y como primera de línea de intervención para los trastornos de ansiedad (Moscovitch, Antony y Swinson, 2009).

2. Fundamentos teóricos

El uso de la exposición no supone más que poner al individuo en contacto con el estímulo temido, con el objetivo de producir la habituación al estímulo, la extinción de la respuesta de miedo y así proveer oportunidades de establecer nuevas asociaciones, es decir, de facilitar un nuevo aprendizaje en relación con el estímulo temido. La evidencia empírica ha mostrado que la exposición sistemática y continuada al estímulo temido, permite la reducción más o menos gradual de la respuesta de miedo o ansiedad, facilitando la disipación de la conducta de evitación o escape que conlleva la aparición de la respuesta de miedo o ansiedad ante la aparición real o simbólica del estímulo temido (o alguna señal de éste).

Debido a que la evitación es el rasgo central de los desórdenes de ansiedad, las técnicas de exposición suelen constituir el elemento terapéutico nuclear de los programas de tratamiento diseñados para este tipo de problemas.

En general, las intervenciones mediante técnicas de exposición van a estar indicadas en dos tipos de casos: 1) En personas que padecen ansiedad, independientemente de que cumplan los criterios diagnósticos para un trastorno de ansiedad, y 2) en personas que mantienen una conducta de evitación o escape (generalmente por miedo a las consecuencias), teniendo esta evitación o escape un impacto negativo en su vida (e.g. una actividad, situación, animal, persona, estado emocional, etc.).

La utilización de técnicas de exposición y el trazado de programas de tratamiento basados en este tipo de técnicas, requiere de una evaluación conductual minuciosa y supone la aplicación de una estructura y metodología concretas al diseño y puesta en marcha de las sesiones de intervención, adaptando sus características a los objetivos concretos del caso (individuo y problema/trastorno) y al momento de la intervención. Aunque es cierto que el entrenamiento en habilidades y la activación conductual que conlleva cualquier tratamiento cognitivo conductual generalmente implica el incremento gradual y natural del contacto con las situaciones difíciles de abordar, estas intervenciones no se considerarían propiamente tratamientos de exposición.

La reducción del miedo o la ansiedad es la clave del éxito de las técnicas de exposición, sin embargo, ¿cómo se produce la reducción del miedo? A pesar de la larga historia de las técnicas de exposición, no existe todavía a día de hoy un único modelo teórico que explique los procesos mediadores del cambio durante la exposición. Los modelos conductuales más clásicos establecen que la exposición lleva a una reducción de la ansiedad a largo plazo promoviendo procesos de extinción y habituación, que conllevan, en general, un aumento del acceso a situaciones potencialmente reforzantes y el descenso de las conductas de evitación. Sin embargo, los mecanismos de eficacia subyacentes en este tipo de técnicas parecen superar los procesos de extinción y habituación, no siendo posible explicar muchos de los resultados obtenidos sin apelar a elementos de carácter cognitivo o emocional, no obstante, aún cuando todos los mecanismos de cambio descritos cuentan con cierta evidencia a su favor (Barlow, 1988), hasta el momento actual ninguno de ellos ha obtenido un apoyo más concluyente que los demás.

2.1. Primeras teorías conductuales

Quizá uno de los intentos más significativos de explicar los mecanismos subyacentes a la reducción del miedo durante la exposición procede la teoría bifactorial de Mowrer (1947, 1960). Esta teoría establece que los miedos son adquiridos por condicionamiento clásico y se mantienen por condicionamiento operante, debido

al efecto reforzante que se produce al reducirse el miedo durante la respuesta de escape o evitación del estímulo temido. De forma simple, el condicionamiento del miedo daría lugar a la respuesta de evitación (o escape) que a su vez se mantendría por el reforzamiento negativo que conlleva. Según esta teoría, la exposición directa reduciría la evitación, que subsecuentemente daría lugar a la extinción del miedo aprendido.

Aunque esta teoría ha sido tremendamente influyente en la comprensión de la relación entre miedo y evitación, y en asignar un papel central al abordaje de las respuestas de evitación y escape en los tratamientos conductuales, también ha contado con críticas importantes. Quizá la más concluyente es la que se refiere a la falta de sincronía entre los tres componentes de la respuesta de miedo (subjetivo, fisiológico y conductual) y que tiende a ser la regla, más que la excepción, es decir, los individuos pueden afrontar situaciones ansiógenas a pesar de la sensación de miedo y la activación fisiológica, a su vez, pueden evitar situaciones a pesar de que el miedo o la ansiedad no sea muy intenso. Esta observación debilita la relación causal propuesta por la teoría entre miedo y evitación (Mocovitch, Antony y Swinson, 2009).

Por otra parte, los primeros terapeutas conductuales (Wolpe, 1958; Lazarus, 1963) propusieron la *inhibición recíproca* como mecanismo responsable del proceso de desensibilización al miedo. El mecanismo de inhibición recíproca supone que la exposición repetida al estímulo evocador de la ansiedad, manteniendo una respuesta incompatible con la respuesta de ansiedad (e.g. relajación), llevaría a la disminución o eliminación del miedo aprendido. No obstante, subsecuentes estudios han mostrado que la desensibilización se produce independientemente de la presencia de la respuesta de relajación durante la exposición, poniendo en entredicho la explicación de la reducción del miedo mediante el mecanismo de *inhibición recíproca*.

2.2. *Habitación*

El proceso de *habitación* es ampliamente citado en la literatura sobre Terapia Cognitivo Conductual como mecanismo de acción de la exposición. Básicamente supone la familiarización con el estímulo fóbico, de tal forma que cada vez se responde menos al estímulo al que se está expuesto. En el contexto de la terapia de exposición aplicada a los trastornos de ansiedad, la *habitación* se concibe en términos psicofisiológicos (disminución de la reactividad autonómica) y también, en algunos casos, en términos subjetivos (disminución de la respuesta subjetiva de ansiedad). Ese proceso podría explicar la respuesta a corto plazo, así como la dismi-

nución de la intensidad de las respuestas psicofisiológicas, otra cosa son sus efectos subjetivos que pueden ser contradictorios.

En cualquier caso, para que el fenómeno de la *habitación* pueda considerarse rigurosamente el mecanismo de eficacia de la exposición hay una serie de características que deben cumplirse en el proceso. Se trata de aspectos que deben ser observados para poder concluir que realmente se está dando la *habitación*, y lo cierto es que el patrón de cambio que se suele identificar no suele cumplir con estos requisitos. Por ejemplo:

- La presencia de *habitación* implicaría que una exposición prolongada llevaría a decrementos en el miedo a lo largo del tiempo, sin embargo, hay sujetos que no experimentan estos descensos a pesar de la exposición prolongada.
- El fenómeno de *habitación* implica que el contacto con el estímulo temido después de un periodo de tiempo libre de él, llevaría a la reinstalación de la respuesta de miedo, conllevando este mecanismo un 100% de recaídas, sin embargo, el porcentaje de recaídas es significativamente menor.
- La *habitación* implica que la *deshabitación* por la reaparición del estímulo temido es transitoria y que la *habitación* se reinstalará rápidamente volviendo a la presentación repetida del estímulo temido. Nuevamente los datos no parecen apoyar concluyentemente este hecho, persistiendo en muchos casos el miedo a pesar de la utilización masiva de sesiones de exposición después de que el miedo hubiese hecho nuevamente su aparición. Adicionalmente, sus efectos subjetivos son contradictorios, existiendo individuos cuya respuesta subjetiva se mantiene o incluso se incrementa con la exposición, sin que la acompañen elevaciones de la respuestas psicofisiológicas (Barlow, 1988).

A pesar del cuestionamiento que la evidencia empírica hace de este mecanismo como responsable de la reducción del miedo y de la eficacia de la exposición, y de que se considera que el papel del aprendizaje sobre el proceso de *habitación* es muy limitado (Mocovitch, Antony y Swinson, 2009), lo cierto es que el término *habitación* goza de una popularidad desmedida (y desde luego no merecida) en la literatura sobre las intervenciones con exposición y los terapeutas que las utilizan. Probablemente el amplio uso que se hace del término se deba a que se está utilizando como sinónimo de reducción del miedo y no tanto haciendo referencia al mecanismo expuesto. No obstante, la precisión terminológica es importante. Hay que subrayar que la *habitación* es un mecanismo de respuesta específico de la conducta humana y animal, que difiere del proceso de reducción del miedo, por tanto, su uso (incluso de forma coloquial) para referirse a la reducción del miedo no sólo es inapropiado, sino que también se torna confuso.

2.3. Extinción

La evidencia procedente de estudios experimentales con animales y humanos sugiere que la reducción del miedo durante la exposición puede ser parsimoniosamente explicada a través del principio de *extinción* del aprendizaje.

Este mecanismo implica el debilitamiento de una respuesta por eliminación de los refuerzos o señales que la mantienen.

Desde la perspectiva de la teoría del aprendizaje, la *extinción pavloviana* ocurre cuando se presenta repetidamente el estímulo condicionado (EC) en ausencia del estímulo incondicionado (EI). Asumir la *extinción pavloviana* como mecanismo de reducción del miedo en los tratamientos de exposición dirigidos a los trastornos de ansiedad, supone asumir también que los miedos patológicos son adquiridos clásicamente, hecho que resulta más que cuestionable. Es cierto que los individuos con trastornos de ansiedad han sido condicionados, pero no necesariamente a través de la experiencia directa de un suceso traumático en su pasado, sino en muchas ocasiones a través de la información recibida y los modelos presentes en su historia, es decir, aprenden vicariamente o través de las instrucciones recibidas que el EC es una señal de ocurrencia de algo malo para el individuo y que las consecuencias de ese suceso son peligrosas.

La evidencia actual procedente de la teoría del aprendizaje (Rescorla, 2001) establece, de forma contraria a lo que se creía, que el proceso de *extinción conductual* no conlleva la reversión del aprendizaje de las asociaciones previamente aprendidas (perro-peligro) sino que promueve un nuevo aprendizaje en el que el individuo atribuye un nuevo significado al EC (perro-seguridad relativa). Este proceso ha sido denominado *aprendizaje de seguridad* (Otto, Smits y Reets, 2005). De esta forma, durante el *aprendizaje de seguridad* el recuerdo del *aprendizaje de peligro* no es eliminado, sino que es separado del nuevo aprendizaje, pasando a competir entre ellos en cuanto a su capacidad para activar una respuesta (miedo) u otra (sensación de seguridad).

Una de las principales implicaciones de este modelo se refiere cómo es percibido un estímulo que antes era temido en una determinada situación. El significado que se le aplique dependerá de cuál sea la interpretación seleccionada, y esta selección dependerá ampliamente del contexto (Bouton, Woods, Moody, Sunsay y García-Gutiérrez, 2006). Parece que una variable crucial en el proceso de selección será el parecido entre el contexto de aparición del estímulo y el contexto de exposición previo. De esta forma, aunque la adquisición del miedo no está afectada por la contextualización, siendo fácil la generalización de este aprendizaje, ocurre a la inversa con la extinción del miedo que es marcadamente dependiente del contexto. Es fácil entender el marcado sentido adaptativo de estas diferencias, y desde el punto de vis-

ta terapéutico la necesidad de abordar específicamente la generalización de los resultados de la exposición, anticipando y previendo la facilidad con la que la respuesta de miedo puede reaparecer al activarse el *aprendizaje de peligro* en cuanto las señales del contexto difieran (aunque sea sutilmente) del contexto de exposición. Para que el *aprendizaje de seguridad* se convierta en un patrón consolidado, estable y predominante, el tratamiento de exposición requerirá de un esfuerzo activo y prolongado, así como de creatividad colaborativa entre paciente y terapeuta para abordar con la exposición las señales de activación del aprendizaje de peligro presentes en los diferentes contextos.

2.3.1. Mecanismos de extinción del aprendizaje

Como se ha señalado en el epígrafe anterior la nueva teoría del aprendizaje apuesta por el proceso de extinción conductual a la hora de explicar la reducción del miedo que se suele producir como resultado de la exposición en individuos afectados de trastornos de ansiedad. No obstante, ¿cuáles son los mecanismos de cambio, psicológicos o biológicos, subyacentes al proceso de extinción? Los datos actuales parecen apuntar a que los mecanismos de cambio inducidos por las técnicas de exposición tienen que ver con la extinción del aprendizaje, tanto a un nivel cognitivo (el objeto temido no se asocia con consecuencias amenazantes), como emocional (el objeto temido ya no es capaz de activar el circuito del miedo en el cerebro) (Hamm, 2009).

En los siguientes epígrafes se expondrán brevemente algunos de los mecanismos más avalados por la evidencia empírica.

Procesamiento emocional

La *teoría del procesamiento emocional* de Foa y Kozak (1986) es probablemente el intento conceptual más relevante y acertado para dar cuenta de los procesos que gobiernan la codificación de la información emocional que se lleva a cabo durante la exposición. Esta teoría está basada en los postulados de Rachman (1980) y en la *teoría bioinformacional* de Lang (1979) en la que el miedo se representa como una estructura de recuerdos en red que contiene información de tres tipos: 1) información sobre el estímulo temido, la situación o el objeto, 2) información sobre las respuestas (verbales, fisiológicas, autonómicas y conductuales) que evoca el miedo, y 3) información específica y esencial sobre el significado del estímulo y las respuestas de miedo que evoca. Foa y Kozak (1986) postularon que la exposición proporciona una información que resulta inconsistente con la almacenada previamente en la memoria emocional. El cambio de la memoria emocional requeriría: a) la activación de la memoria de miedo y b) la codificación de la nueva información en la red

de información del miedo preexistente. Para los autores el mejor indicador de que dicha codificación se está produciendo es la reducción del miedo que se va produciendo con la exposición prolongada; dicha reducción es identificada a través de las disminuciones experimentadas en la activación psicofisiológica y la experiencia subjetiva de miedo.

Durante la exposición los individuos aprenderían dos cosas, por un lado, a corto plazo, dentro de la sesión de exposición el individuo experimenta una reducción de la activación autonómica, que supone la codificación de nueva información interoceptiva incompatible con la anterior. Esta nueva codificación señala la ausencia de *arousal* (activación fisiológica) en presencia del estímulo temido. Por otro lado, a largo plazo, a través de las distintas sesiones, la exposición permite codificar en la red preexistente nueva información sobre el significado del estímulo y las consecuencias esperadas. Mientras que la red de miedo preexistente incluye proposiciones que sobreestiman la ocurrencia de consecuencias peligrosas, la nueva información codificada durante la exposición introduce proposiciones de ausencia de dichas consecuencias en presencia del estímulo temido. Los individuos no sólo aprenden que la probabilidad de ocurrencia de las consecuencias catastróficas es mucho más baja que la original, sino que, además, en caso de ocurrir las consecuencias que éstas no son tan terribles. El cambio en la valencia del estímulo se produce experiencialmente durante la exposición a través del contacto con información incompatible con la incluida en la red de miedo original. La exposición facilitaría así el cambio en las representaciones emocionales centrales que controlan las respuestas conductuales y fisiológicas.

Desde este modelo teórico, la extinción de la respuesta aprendida de miedo durante la exposición va a depender íntegramente de asegurar que el paciente procese la nueva información emocional, incompatible con las representaciones mentales del miedo preexistentes (Foa y Kozak, 1986; Powers, Smits, Leyro y Otto, 2007). No obstante, este nuevo procesamiento podría verse fácilmente afectado o interferido por variables como la distracción, o una activación fisiológica demasiado intensa o demasiado baja. Se requiere, por tanto, el diseño de ejercicios de exposición en los que los pacientes se confronten plenamente con los estímulos temidos y sus antecedentes, en ausencia de evitación y conductas de seguridad. Es un dato claro a día de hoy que la exposición es más eficaz si los pacientes están atentos a la experiencia emocional y fisiológica que produce la situación de exposición, y que este proceso se relaciona con la posibilidad de producir un *reprocesamiento emocional* de las situaciones a las que son expuestos los sujetos (Foa y Kozak, 1986). Sin embargo, es frecuente que los pacientes utilicen diversos tipos de conductas de seguridad, que creen que son necesarias para poder afrontar las situaciones a las que se exponen, teniendo en la mayor parte de los casos un efecto negativo sobre el resultado del tratamiento. La identificación y prevención de dichas conductas de seguridad

durante la exposición es, por tanto, un elemento determinante de la eficacia de la exposición. Sólo en algunos casos, como se expondrá en próximos apartados, puede tener sentido el permitir temporalmente la presencia de ciertas conductas de seguridad para facilitar el progreso de la exposición.

Cambios cognitivos: El papel de las expectativas sobre el proceso de extinción

La intervención de factores cognitivos en el procesamiento de la información amenazante está siendo actualmente unos de los ámbitos de investigación más fructíferos a la hora de explicar las diferencias en cuanto a los resultados de la exposición. Factores como la auto-eficacia, las expectativas de resultados, la predictibilidad de la exposición, el control percibido, etc. se han identificado como variables relevantes del proceso de eficacia, sin que esté claro en qué forma y medida están afectando. En coherencia con las propuestas cognitivas, la nueva teoría del aprendizaje subraya el papel central de la desconfirmación de expectativas en el proceso de extinción del aprendizaje, y es que la presentación del EC suscitara la expectativa de la aparición del EI y sus consecuencias, expectativa que es frustrada en cada ensayo de exposición (Vansteenwegen, Dirikx, Hermans, Vervliet y Eelen, 2006).

Esta explicación entronca con la conocida noción de Barlow (1988) de que el objetivo de la exposición es suministrar al individuo tendencias de acción contrarias a las que facilitan los estados emocionales desregulados, desconfirmando de esta forma la expectativa de peligro sobre el estímulo temido y sus consecuencias. Por ejemplo, cuando un paciente agorafóbico entra solo en un centro comercial lleno de gente sintiendo una ansiedad elevada, se confronta con que su ansiedad no entra en una espiral de aumento descontrolada, sino que ésta se mantiene y disminuye después de cierto tiempo, sin que el ataque de pánico o el desmayo sucedan. Además, no sólo sus expectativas de ocurrencia del ataque de pánico no se confirman, sino que se produce un incremento de la sensación de control sobre la situación, es decir, se produce paralelamente un incremento de la auto-eficacia percibida en cuanto a esa situación.

En definitiva, después de esta revisión sobre los mecanismos de cambio subyacentes a la técnicas de exposición, parece que la evidencia confluye en que un nuevo aprendizaje asociativo mediaría en la relación entre exposición y reducción del miedo, sin que todavía a día de hoy pueda establecerse una relación clara inequívoca entre las tres variables: exposición, nuevo aprendizaje y reducción del miedo. Además, hay que tener en cuenta que la extinción del miedo aprendido durante la exposición es un proceso frágil, afectado por múltiples variables que moderan la codificación, consolidación y recuperación del nuevo aprendizaje (Moscovitch, Antony y Swinson, 2009). El avance en este ámbito que desenmarañe las relaciones

entre las variables señaladas requiere del diseño y puesta en marcha de estudios que demuestren que la exposición precede y causa el nuevo aprendizaje, y que el nuevo aprendizaje precede y causa la reducción del miedo, para ello será necesario abordar y superar limitaciones metodológicas nada baladíes, por ejemplo, el cómo medir el nuevo aprendizaje, diseñar variables de cambio diferentes a la información subjetiva del individuo, identificar el momento óptimo de la medida, etc.

Por otra parte, la investigación venidera también deberá clarificar la viabilidad de nuevas propuestas de cambio, que establecen que la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en general, y por tanto la de exposición en particular, no implican la modificación directa de las representaciones de miedo, sino que es probable que el proceso de cambio terapéutico venga a estimular la *saliencia* o accesibilidad de la información positiva preexistente (y que estaría inhibida antes del tratamiento) frente a las representaciones mentales negativas (Brewin, 2006).

3. Tipos de exposición

Las técnicas de exposición que se utilizan en la Terapia Cognitivo Conductual tienen como elemento común la exposición al estímulo temido, y difieren en cuanto a alguno de estos parámetros: a) forma de presentación del estímulo temido (real o simbólica), b) intensidad de la presentación (Inundación frente a exposición gradual), c) duración de la presentación, d) frecuencia de las presentaciones (masiva frente a espaciada), y e) ayuda o apoyo para la presentación del estímulo temido.

En este apartado se describen algunos de las formas de exposición más utilizadas y los factores moduladores de su eficacia.

3.1. Exposición en vivo

A pesar del éxito inicial de las técnicas de exposición en imaginación, como fue el caso de la Desensibilización Sistemática, actualmente es ampliamente conocido y reconocido que la exposición en vivo produce mejores resultados que la exposición en imaginación o que la DS, siendo además un procedimiento más breve al no necesitar la intervención de una respuesta incompatible con la ansiedad, como el aprendizaje de alguna técnica de relajación, ni el entrenamiento en imaginación (necesario para muchos sujetos), ni la elaboración y seguimiento de una jerarquía de estímulo ansiogénicos que puede resultar demasiado larga.

La exposición en vivo ha mostrado ser hasta el momento actual el procedimiento de intervención más eficaz y efectivo para el abordaje de algunos trastornos de ansiedad, concretamente las fobias específicas (Antony y Barlow, 2004; Wolitzky-

Taylor, Horowitz, Powers, y Telch, 2008). Los datos de la investigación muestran unos resultados robustos a pesar de la variabilidad de la temática de las fobias, las edades de los participantes, la duración del tratamiento, el gradiente de exposición, etc. De hecho, en algunas fobias (animales, sangre, volar, tratamiento dental, etc.) una sola sesión de exposición de alrededor de 2 o 3 horas ha mostrado una mejoría significativa de los pacientes (Zlomke y Davis, 2008; Ollendick, Öst, Reuterskiöld, Costa, Cederlund, Sirbu et al., 2009).

La *exposición en vivo* consiste en tomar contacto directo con la situación o estímulo temido, bien de forma gradual, bien entrando en contacto desde el principio con situaciones productoras de un alto nivel de ansiedad, en este caso la exposición se denomina *inundación*.

La indicación básica en estas sesiones es mantenerse en contacto con el estímulo temido hasta que la ansiedad se reduzca a la mitad, o bien hasta alcanzar un nivel de 2 en una escala subjetiva de ansiedad de 0 a 8 (Bados y García, 2011). La duración de las sesiones suele ser de una hora o más. Esta duración, tal y como se explicará en epígrafes posteriores, tiene más que ver con el hecho de permitir una exposición prolongada, que con dar tiempo a la reducción de la ansiedad, pues la evidencia ha puesto de manifiesto que la necesidad de reducción de la ansiedad intra-sesión es una idea controvertida y no parece ser un elemento esencial, sin embargo, la exposición prolongada dando tiempo al nuevo aprendizaje sí parece ser imprescindible.

El individuo debe mantenerse en contacto con la situación o estímulo ansiógeno aún cuando se produzca una elevación de la ansiedad, incluso en el caso de producirse un ataque de pánico, se tratará de no abandonar la situación de exposición, no obstante, si resultase imposible mantenerse en ella, es posible abandonar temporalmente el contexto de exposición, tratando de permanecer cerca y reanudando la exposición en cuanto sea posible. Si se produce un incremento importante de la ansiedad durante la exposición será útil para el individuo tratar de utilizar alguna estrategia moduladora de la ansiedad, pueden ser estrategias de relajación como la respiración diafragmática, auto-instrucciones, un proceso cognitivo breve de reatribución de sensaciones, o incluso la distracción. La distracción funciona como una retirada temporal de la exposición y no tiene repercusiones negativas sobre sus resultados, siempre y cuando se redirija nuevamente la atención al estímulo temido en el tiempo más breve posible.

Una variante de la *exposición en vivo* es la llamada *exposición simulada*. Este procedimiento utiliza ensayos conductuales, donde participan varias personas, para representar la situación temida que es objetivo de la exposición. La exposición simulada es utilizada sobre todo en problemas de ansiedad social, en donde resulta

aconsejable ensayar en un ambiente controlado las conductas de acercamiento social que deberán ponerse después en marcha en el contexto natural del individuo. Es considerada una forma de exposición en vivo en la medida en que el paciente debe enfrentar una situación social real reproducida *in situ* por los actores participantes que el paciente no conoce, ahora bien, supone un mayor grado de control que una exposición en vivo en contexto natural.

3.2. Exposición simbólica

La *exposición simbólica* hace referencia a la toma de contacto con el estímulo o situación temida no de forma real sino a través de representaciones mentales (imaginación), visuales (dibujos, fotografías, películas), estímulos físicos auditivos (grabaciones de sonidos) o mediante programas informáticos de generación de realidad virtual.

La técnica de exposición en imaginación implica la exposición al estímulo temido a través de la imaginación, es decir, la visualización del estímulo fóbico. El objetivo es conseguir la habituación y eventual extinción de la respuesta fóbica al estímulo. A diferencia de la Desensibilización Sistemática, que se expone en el siguiente capítulo, y que también utiliza la imaginación para el acercamiento al estímulo temido, en la exposición en imaginación no se utiliza un medio de supresión de la respuesta de activación fisiológica (como la relajación) durante la exposición.

A pesar de que la exposición en vivo (en sus diferentes variantes: gradual, inundación, asistida por el terapeuta, etc.) se ha mostrado superior a la exposición en imaginación en el tratamiento de algunos trastornos de ansiedad (Echeburúa y Corral, 1993), lo cierto es que la exposición en imaginación puede resultar de interés y utilidad en aquellos casos donde el acceso y manipulación de la situación o estímulo temido no resulta sencillo (e.g. fobia a volar, fobia a las tormentas, etc.), o simplemente no es posible (e.g. estrés postraumático, fobia a una posible enfermedad, miedo a perder un hijo en un accidente, etc.). Es fácil comprender que la exposición en vivo puede darse en situaciones reales y presentes, pero cuando el miedo se refiere a un hecho pasado o que podría producirse en un futuro, la única opción de exposición es la simbólica, generalmente con imaginación.

Así mismo, la exposición simbólica será la primera opción de intervención en aquellos casos en que el paciente no se atreve a enfrentarse con la situación real y se necesita facilitar el acceso a la exposición en vivo. Hay que tener en cuenta que la efectividad proporcionada por las técnicas de exposición en vivo no es gratuita, es decir, el grado de malestar y activación fisiológica que producen en el sujeto tratado es intenso, y como tal debe ser advertido al paciente, quien deberá decidir en qué

momento se encuentra preparado para iniciar la exposición en vivo. En estos casos suele ser útil comenzar el proceso de reducción del miedo con procedimientos que permitan al paciente ir incrementando su auto-eficacia en relación con el manejo del objeto temido, para pasado un tiempo comenzar con una exposición en vivo más o menos gradual. Para ello, la presentación del estímulo temido en la imaginación o la utilización de material simbólico (dibujos, fotos, películas, etc.) pueden ser de gran utilidad. Este aspecto ha sido poco estudiado en la investigación, probablemente porque la utilización de muestras de análogos clínicos, en vez de muestras clínicas, ha sido frecuente (Sosa y Capafóns, 2008). Sin embargo, es usual en la práctica clínica encontrar resistencia del paciente al enfrentamiento directo con el estímulo fóbico, prefiriendo alternativas más costosas en términos de tiempo, pero que provocan menos malestar.

Los estudios con fobias específicas muestran que las técnicas de exposición en imaginación o simbólica pueden considerarse una fase inicial en el abordaje de estos problemas, facilitando la introducción posterior de técnicas más efectivas. De hecho, los estudios controlados con este tipo de procedimientos indican, que si bien son útiles en la reducción de la respuesta subjetiva de ansiedad, sus efectos sobre la conducta de evitación y escape son menos evidentes, sin que pueda concluirse, con los datos obtenidos hasta el momento actual, que son procedimientos útiles para favorecer la conducta de acercamiento al estímulo temido. En cuanto al mantenimiento de sus efectos a largo plazo, las investigaciones realizadas con DS muestran que los efectos parecen mantenerse a lo largo de periodos que oscilan entre los 6 meses y 3,5 años, según el estudio (Choy, Fyer, y Lipsitz, 2007). Frente a estos datos es posible concluir que se trata de procedimientos que inducen cambios consistentes, no obstante el alcance de esos cambios no es lo suficientemente amplio como para considerarlos esenciales, y mucho menos suficientes, en el tratamiento de las fobias específicas.

Por otro lado, el uso de material visual para el desarrollo de la exposición resulta de gran ayuda y es una alternativa a la imaginación, pues permite prescindir de la capacidad imaginativa del individuo al proporcionarle representaciones visuales muy cercanas a la realidad. Un ejemplo de la utilidad de este tipo de apoyo es el caso de la fobia a la sangre, en cuyo tratamiento la utilización de fotografías o videos que contengan los estímulos temidos, puede permitir una desensibilización parcial inicial que facilite la posterior exposición en vivo.

Por último merece la pena destacar el uso de las técnicas de exposición en imaginación en el tratamiento de un trastorno complejo como el trastorno de estrés postraumático (TEPT). La exposición en imaginación se ha usado frecuentemente en el TEPT cuando la exposición en vivo no ha sido posible (e.g. el retorno al lugar del trauma es difícil). Siendo precisos, realmente la exposición al evento traumático

sólo es posible hacerla en imaginación, pues es imposible reproducir el hecho nuevamente, por tanto, la exposición en vivo será sólo para el afrontamiento de estímulos que hayan quedado condicionados al trauma (e.g. lugares, personas, actividades, etc.). Las pistas y pormenores que se presentan durante la exposición en imaginación pretenden reproducir la escena del trauma con todo el detalle posible, para ello se presentan siguiendo el *modelo bioinformacional* de Lang (1979): a) proposiciones estímulo (e.g. detalles concretos del contexto), b) proposiciones de respuesta (e.g. sensaciones fisiológicas que surgían en ese momento) y c) proposiciones de significado (e.g. valoraciones de la situación), relacionadas todas ellas con el evento traumático. En algunos casos este sistema de presentación de información promueve la evocación de detalles que inicialmente no eran recordados.

Actualmente la *Terapia Prolongada de Exposición* para el TEPT de Foa, Hembree y Rothbaum (2007), que incluye entre sus elementos la Exposición Prolongada en imaginación para los recuerdos traumáticos, además de exposición en vivo y otros elementos terapéuticos, cuenta con los mayores avales empíricos de eficacia y efectividad y está considerada como primera línea de intervención en este trastorno.

3.2.1. Exposición a través de realidad virtual

La terapia de exposición a través de realidad virtual es un tipo de exposición simbólica, pues trabaja con representaciones de la realidad y no con la realidad misma. Un programa de ordenador genera un entorno virtual que simula la situación temida e integra gráficos en tiempo real, imágenes, dispositivos que captan las señales psicofisiológicas del sujeto expuesto, etc. Este tipo de procedimientos tiene ventajas sobre la exposición en vivo en aquellas situaciones que son de difícil acceso o cuando existe rechazo a la exposición en vivo, proporcionando no sólo una fácil accesibilidad sino también un mayor grado de control sobre la exposición, y también sobre la exposición en imaginación, al procurar un entorno de exposición más cercano a la realidad que el que pueda generarse en la imaginación.

En cuanto a las aplicaciones clínicas de la exposición mediante realidad virtual, la investigación ha estado centrada básicamente en los trastornos de ansiedad. Concretamente, en los últimos años este procedimiento de exposición ha ganado atención en el contexto del tratamiento de la fobia a las alturas y a volar, y en estos casos, las revisiones de los estudios controlados realizados indican que puede considerarse un procedimiento tan eficaz como la exposición en vivo en el caso de la fobia a volar y la fobia a las alturas, siendo más eficaz que la DS en estos trastornos. También en el caso de la fobia a volar se ha visto que la exposición a través de realidad virtual utilizada conjuntamente con Terapia Cognitiva potencia los efectos de ésta última (Choy et al., 2007). Ahora bien, aunque los resultados de la aplicación de

esta técnica son muy prometedores se necesitan más estudios controlados y con un mayor número de pacientes para realmente apoyar la eficacia de la realidad virtual en el tratamiento de la fobia a volar y a las alturas. Claramente la exposición mediante realidad virtual puede considerarse una opción en el caso de la fobia a volar, donde la situación de vuelo no es fácil conseguirla, sin embargo, su interés en otro tipo de fobias (a los animales o a las alturas) en términos de coste-efectividad es cuestionable.

En general, y aunque se necesita más evidencia empírica, los datos obtenidos hasta este momento en este ámbito son muy satisfactorios y parecen apoyar que la exposición mediante realidad virtual puede ser tan eficaz como la exposición en vivo en el caso de las conductas de evitación para las que ha sido estudiada (fobia a las arañas, acrofobia, fobia a volar, claustrofobia, etc.). No obstante, los sistemas de realidad virtual disponibles a la actualidad son sistemas muy cerrados y dirigidos a resolver problemas muy concretos y específicos, que difícilmente pueden ser generalizables a otros problemas tal y como están diseñados (Botella, Baños, García-Palacios y Quero, 2008). Por esta razón, en estos momentos se trabaja ya sobre el diseño de programas más flexibles y adaptables a problemas más complejos como el trastorno de estrés postraumático, los trastornos de alimentación o el juego patológico (Botella et al., 2008).

3.3. Exposición en grupo

La exposición en grupo se refiere a la planificación y evaluación de las sesiones de exposición en un contexto grupal, manteniendo la ejecución de la propia exposición de forma individual. Este formato permite optimizar el tiempo de la intervención al poder manejar conjuntamente a aquellos pacientes con problemas similares y que se pueden beneficiar de la experiencia y retroalimentación de otros participantes. A su vez, es importante destacar los efectos motivacionales que en general suelen tener las intervenciones en grupo y que desde luego son también aplicables a este ámbito concreto.

El sistema de exposición en grupo es especialmente útil cuando el paciente carece de apoyo social y/o mantiene relaciones conflictivas con sus allegados, en este caso el efecto motivador del grupo puede ser determinante a la hora de ejecutar las tareas individuales de exposición. En algunos casos, como es el caso de la fobia social, aunque sus ventajas pueden parecer evidentes, es importante tener en cuenta que el propio contexto de grupo puede resultar amenazante para este tipo de pacientes y que será necesario valorar si realmente están preparados para este tipo de intervención, de otra forma, se pueden producir dificultades en el avance individual que a su vez repercutan en el grupo, así como el abandono del tratamiento.

4. Factores moduladores de los resultados de la exposición

Independientemente de la eficacia que muestran los procedimientos de exposición en general, revisaremos algunos factores que pueden afectar a la eficacia o efectividad de este tipo de intervenciones.

Exposición indirecta: utilización del modelado

El modelado de una conducta no temerosa ante el estímulo temido por parte del terapeuta se considera una parte importante de la *exposición guiada* por el terapeuta en fobias específicas (Antony y Swinson, 2000). No obstante, el aprendizaje observacional no parece por sí sólo un elemento suficiente para producir cambios clínicos en la mayor parte de los sujetos (Öst, Ferebee y Furmark, 1997), aunque pueda ser elemento que potencie determinadas formas de exposición en vivo como la *inundación*.

Gradiente de Exposición

Aunque el gradiente de exposición, es decir, el hecho de que la presentación de los estímulos temidos se haga de forma gradual o se comience por la situación más ansiógena (inundación), no parece afectar a la eficacia de la técnica, se aconseja, siempre que sea posible, decantarse por una exposición gradual que conlleve un menor malestar para el paciente. De esta forma, se consigue incrementar la motivación, disminuyendo la probabilidad de abandono de la situación de exposición y de la terapia. Como ya se ha indicado, no hay que olvidar que una situación de exposición a estímulos muy ansiógenos puede provocar unos niveles de ansiedad muy intensos que sean percibidos por el sujeto como inmanejables, pudiendo incluso llegarse al ataque de pánico. En estos casos, además de poco ético, es fácil entender que esa situación resulte contraproducente para los objetivos del tratamiento, pudiendo darse una disminución de la auto-eficacia del paciente, así como una pérdida de la confianza en el terapeuta que probablemente lleven al abandono del tratamiento.

En relación con la posibilidad de que se produzcan ataques de pánico durante la exposición, existe la creencia de que una vez se ha producido un ataque de pánico se produce un periodo refractario que hace improbable que se produzca otro inmediatamente después, sin embargo, los datos acerca de este hecho son controvertidos, existiendo además evidencia en contra (Radomsky, Rachman y Hammond, 2002). De esta forma, si la ansiedad durante la exposición es muy alta, aparece algún ataque de pánico y/o resulta difícil reducir la ansiedad, es aconsejable optar por una situación de exposición más manejable para el individuo.

Espaciamiento entre sesiones y duración

En general parece que las sesiones de exposición largas son más eficaces que las cortas, y que el tiempo entre sesiones no debe ser muy largo. De hecho, la eficacia del tratamiento de exposición en una sola sesión está basada en alargar la sesión el tiempo suficiente como para producir una extinción casi total de la respuesta de ansiedad. En estos casos se procedería de la siguiente forma (Öst, Svensson, Hellsström y Lindwall, 2001; Zlomke y Davis, 2008):

- Informar al paciente del curso probable de su respuesta de ansiedad durante la exposición
- Conseguir el compromiso del paciente de mantenerse en la situación de exposición hasta que la ansiedad desaparezca.
- Aproximarse al estímulo fóbico todo lo posible para acelerar el efecto de la exposición.
- Manipular directamente el estímulo temido.
- En la medida que vaya disminuyendo la ansiedad, animar al paciente a que tenga más aproximación y manipulación del estímulo temido.
- La sesión de exposición acaba cuando la ansiedad haya desaparecido casi por completo o se haya reducido al menos al 50% del valor más elevado que hay indicado el paciente (Sosa y Capafóns, 2008).

La eficacia de este tipo de exposición (masiva y prolongada) muestra mejores resultados si existe un modelado de conducta no temerosa previo por parte del terapeuta.

Además hay que tener en cuenta que la exposición masiva produce mejores resultados que la exposición espaciada, es decir, es mejor diez sesiones de exposición en 10 días seguidos, que 10 sesiones a razón de una por semana (Antony y Barlow, 2004). La pauta puede ser comenzar con una exposición diaria, para cambiar gradualmente a una exposición espaciada. Aunque los resultados inmediatos de la exposición masiva son superiores a la espaciada, algunos datos parecen indicar que la exposición espaciada lleva asociada una probabilidad de recaídas menor (Rowe y Craske, 1998).

Tomando en cuenta estos datos sería recomendable utilizar la exposición masiva y prolongada en las fases iniciales del tratamiento, pues de esta forma se maximiza el proceso de extinción desconfirmando las expectativas de resultados catastróficos, para pasar posteriormente a una exposición espaciada en el tiempo que permitiría la consolidación del aprendizaje adquirido en la fase anterior (Craske y Mystkowski, 2006).

Apoyo durante la Exposición

La participación del terapeuta o de un coterapeuta en las sesiones de exposición es una práctica habitual en aquellos casos dónde pueda ser esencial que el individuo que se va a exponer cuente con un elemento de seguridad que le permita el acercamiento a la situación temida, para después desvanecer poco a poco este apoyo. No obstante aunque esta ayuda parece considerarse un beneficio a corto plazo que supone facilitar el acercamiento a la situación u objeto temido, no existe datos de que a medio y largo plazo la implicación de un coterapeuta en el tratamiento suponga la obtención de mejores resultados terapéuticos, más bien se trata de un elemento facilitador del tratamiento que motiva al paciente y le ayuda a estructurar y llevar a cabo las sesiones de exposición, minimizando así el riesgo de abandono del tratamiento. Por otra parte, también puede ocurrir que la participación de un coterapeuta suponga añadir un grado de seguridad a la situación ansiógena tan alto que ésta deje de producir ansiedad; la identificación de este hecho es esencial, pues en este caso debería prescindirse del apoyo cuanto antes, al ser la presencia del coterapeuta una conducta de seguridad que supone una interferencia o demora en el progreso del tratamiento.

El grado de implicación del terapeuta en el tratamiento de las fobias específicas ha sido poco investigado, aún así, los datos de que disponemos indican que los programas asistidos por terapeuta son significativamente más eficaces que los programas de auto-ayuda. Concretamente una sola sesión de exposición asistida por terapeuta para la fobia a las arañas produjo resultados superiores a los producidos por un manual de auto-ayuda para este tipo de fobias (Öst, Salkovskis, y Hellström, 1991). También en este tipo de fobia, se compararon los efectos de una sesión de exposición en grupo asistida por terapeuta, con el tratamiento a través de una guía de auto-ayuda específica utilizada en el contexto clínico o en casa, poniéndose de manifiesto que la sesión de exposición asistida era significativamente más eficaz que la utilización de la guía, pero que la eficacia del tratamiento de auto-ayuda se incrementaba en el contexto clínico (Hellstrom y Öst, 1995). En el caso de la agorafobia la implicación del terapeuta en las sesiones de exposición puede dar lugar a algún beneficio a corto plazo (básicamente de carácter motivador y facilitador de la ejecución) pero no representa ninguna ventaja adicional a medio y largo y plazo. No obstante, en el caso de la fobia social parecen conseguirse mayores beneficios en la auto-exposición en vivo si previamente se ésta se ha complementado con ensayos conductuales durante las sesiones dirigidos por el terapeuta.

En general, e independientemente de los beneficios que puede suponer en algunos casos el contar con apoyo en la exposición, los procedimientos de auto-exposición son más potentes que los dirigidos por el terapeuta pues permiten un incremento de la auto-eficacia del paciente al atribuir el éxito a su propio esfuerzo. Siendo así, y siempre que sea posible, la auto-exposición será preferible a los procedimientos con apoyo terapéutico.

Conductas de seguridad

Las *conductas de seguridad* son estrategias conductuales o mentales desarrolladas por los pacientes para reducir la ansiedad durante la exposición. Aunque se ha contado con una amplia evidencia acerca de que las conductas de seguridad interferían con el progreso terapéutico durante la aplicación de la exposición, desarrollándose a partir estos datos la idea de que era importante prevenir la conducta de escape durante la exposición, la evidencia actual no apoya un rechazo tan radical de las conductas de seguridad como se ha hecho hasta hace poco. En estos momentos existe evidencia y numerosos datos clínicos que indican que las conductas de seguridad utilizadas por los pacientes para afrontar su fobia (u otros trastornos de ansiedad) pueden facilitar la exposición sobre todo en las primeras fases del tratamiento. De esta forma, se ha visto que la conducta de escape de la situación temida puede facilitar la reducción del miedo y que las conductas de seguridad, como por ejemplo la utilización de protección corporal para las fobias animales, no necesariamente previenen al individuo de incorporar experiencias refutadoras de sus expectativas amenazantes (Rachman, Radomsky y Shafran 2008; Milosevic y Radomsky, 2008).

En cualquier caso, y aunque de forma general es posible afirmar que las conductas de seguridad interfieren con el progreso del tratamiento de exposición, parece claro que no en todos los casos las conductas de seguridad tienen un efecto negativo sobre los resultados de la exposición. Teniendo en cuenta estos datos sería necesario establecer en cada caso concreto la función que están cumpliendo durante la exposición, y comprobar si están teniendo un efecto facilitador o interferente con los objetivos planteados.

Activación del miedo y reducción durante la Exposición

Se ha puntualizado anteriormente al describir la teoría del procesamiento emocional que el éxito del tratamiento con exposición dependerá, por una parte, de la activación de la estructura de miedo mediante un estímulo que encaje con la representación de miedo de la memoria, y por otra, de la atenuación de la activación psicofisiológica mediante la presencia prolongada y repetida del estímulo temido, evitando conductas de escape o evitación.

Desde estos postulados de la teoría del procesamiento emocional, la activación del miedo y su atenuación durante la exposición serían elementos imprescindibles, no obstante, la evidencia muestra que la inducción de un miedo extremo durante un procedimiento de inundación no es un elemento forzoso para conseguir una exposición eficaz, sin embargo, la confrontación prolongada sí es esencial. Los resultados acerca de la necesidad de activación del miedo pueden parecer contra-

dictorios, algunos mostrando que la activación del miedo durante la exposición predice respuestas al tratamiento más favorables en el trastorno de estrés postraumático (Foa, Riggs, Massic y Yarczower, 1995) y el trastorno obsesivo compulsivo (Kozak, Foa y Steketee, 1988), y otros indicando que a mayor activación del miedo, peores resultados postratamiento en pacientes con trastorno de estrés postraumático (Van Minnen y Hageraars, 2002) y con claustrofobia (Kamphuis y Telch, 2000). Lo cierto es que si se tiene en cuenta el nivel de miedo generado en los estudios indicados existe acuerdo en que es crucial la activación de la estructura de miedo durante la exposición para facilitar el nuevo aprendizaje asociado a la desconfirmación de expectativas, y en que niveles muy altos de activación pueden interferir dicho aprendizaje. Es decir, una activación excesiva puede dificultar la codificación de nueva información durante la exposición. Lo que no se ha establecido todavía a día de hoy es la forma de medir y establecer el nivel de activación que resulta óptimo en cada caso, debiendo movernos entre valoraciones tan poco precisas o ambiguas como ansiedad *alta*, *moderada*, *excesiva*, etc.

En cuanto a la reducción de la activación durante la exposición, la evidencia muestra que el éxito de la exposición se asocia a reducciones inter-sesiones pero no intra-sesiones (Van Minnen y Hageraars, 2002). Contrariamente a la creencia generalizada, no hay evidencia de que la reducción de la activación informada por los pacientes durante la sesión de exposición sea necesaria para conseguir resultados exitosos. De hecho, algunos estudios muestran como algunas condiciones de exposición que promueven el mantenimiento de la activación sostenida pueden ser tan efectivas como los procedimientos que promueven la reducción del *arousal* autonómico (Lang y Craske, 2000), siempre y cuando la duración de la exposición sea lo suficientemente prolongada como para permitir que se dé el nuevo aprendizaje (Craske, Kircanski, Zelikowsky, Mystkowski, Chowdhur y Baker, 2008).

En resumen, parece que los elementos esenciales para conseguir el éxito con la exposición son la activación moderada del miedo y la duración de la exposición que debe ser prolongada.

Cualquier factor que interfiera con estos dos elementos es previsible que obstaculice el éxito esperado de la exposición, por ejemplo, la utilización de la distracción durante las sesiones de exposición parece producir una reducción más lenta del miedo entre-sesiones (Telch, Valentiner, Ilai, Young, Powers y Smits, 2004), probablemente debido a que la distracción interfiere con la generación del nuevo aprendizaje y/o su consolidación. No obstante, y tal como se ha indicado anteriormente, en algunos casos la utilización temporal de la distracción ajustada a unos criterios de uso puede no interferir con el éxito de la exposición.

5. Procedimiento de aplicación

A pesar de la gran cantidad de información que existe en relación con las técnicas de exposición, el éxito de estos procedimientos es a veces esquivo y dependiente de numerosas variables interconectadas y factores moderadores. Teniendo en cuenta la información expuesta anteriormente, en este apartado se tratará de ofrecer una serie de indicaciones a modo de guía general de aplicación de las técnicas de exposición que, como todas las guías, deberá ajustarse al caso y problema concreto que se aborde.

Uno de los elementos cruciales para conseguir la eficacia de las intervenciones basadas en la exposición es proveer al individuo de una lógica de tratamiento sólida que le anime a implicarse en una estrategia valiosamente eficaz y efectiva, pero también aversiva en cuanto los efectos inmediatos que produce. El individuo que se implique en un tratamiento de exposición debe tener claro que a corto plazo el incremento de sus respuestas de miedo y ansiedad está casi asegurado, y que sólo tras el mantenimiento del contacto con el estímulo temido durante el tiempo necesario, apreciará una disminución en el malestar experimentado. De esta forma, huelga decir que además de una argumentación lógica del tratamiento sólidamente fundamentada, el terapeuta debe esforzarse por conseguir una relación terapéutica que promueva la confianza del paciente en su terapeuta y el procedimiento terapéutico propuesto por él, pues en muchos casos dicha confianza será el elemento determinante para que el paciente decida poner en marcha este tipo de técnicas.

La alianza terapéutica se va estableciendo durante la primera fase de la terapia a medida que el terapeuta va recabando datos del problema y desarrollando la labor psicoeducacional durante la cual el terapeuta va conceptualizando el problema del paciente, explicando su origen y mantenimiento, apuntando posibles relaciones funcionales, y explicando la lógica del tratamiento. El diseño de un tratamiento de exposición efectivo dependerá de la realización de una evaluación meticulosa del tipo de miedo que presenta el paciente. Específicamente el terapeuta debe identificar: 1) el estímulo temido (¿cuál es el objeto preciso o foco del miedo del paciente?), 2) consecuencias temidas (¿qué teme el paciente que ocurrirá si se confronta con el estímulo temido?), 3) conductas de escape o evitación del estímulo temido, y conductas de seguridad (¿qué hace o trata de hacer el paciente para prevenir la ocurrencia de las consecuencias temidas?), y 4) desencadenantes de la ansiedad (contextos, pistas, situaciones, personas que el paciente asocia con el estímulo temido y que desencadenan la respuesta de ansiedad y las conductas de evitación, escape o seguridad).

No es infrecuente que una buena parte de los fracasos de las intervenciones con exposición se deba a una evaluación inadecuada del problema y al inicio rápido y precipitado del tratamiento. De esta forma, la recogida minuciosa de información

permitirá el diseño de un tratamiento con exposición que permita confrontar el estímulo temido, valorar la inexistencia o baja probabilidad de las consecuencias temidas, y eliminar la evitación y las conductas de seguridad que puedan interferir con la adquisición del nuevo aprendizaje correctivo (Mocovitch, Antony y Swinson, 2009).

En función del problema o trastorno clínico que presente el paciente los objetivos de afrontamiento que se plantean en una terapia de exposición difieren sustancialmente, entre ellos podemos destacar algunos de los más frecuentes:

- El estímulo temido en las fobias específicas.
- Los pensamientos y/o imágenes obsesivas en el trastorno obsesivo compulsivo.
- Las preocupaciones y rumiaciones en el trastorno de ansiedad generalizada.
- Los errores sociales y las miradas de los demás en la fobia social.
- Ser el centro de atención en una fobia a hablar en público
- La imperfección en uno mismo o en otros en el caso de personas muy perfeccionistas.
- La ambigüedad y la incertidumbre en personas con una gran necesidad de control.
- Los síntomas fisiológicos de activación autonómica en el trastorno de angustia.
- La sensación de descontrol y de pérdida de conciencia debida al incremento de la activación en el trastorno de angustia.
- Conducir un coche en el trastorno de angustia con agorafobia.
- La sensación de ahogo en el trastorno de angustia y en la claustrofobia.
- Estar en un transporte público (o en cualquier situación o espacio) de difícil acceso y salida (e.g. el metro) en un trastorno de angustia con agorafobia.
- Los recuerdos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático.
- La visión de la sangre, de una punción o una herida en la fobia a la sangre.

5.1. Planificación de sesiones de exposición efectivas

La exposición es más efectiva cuando se realiza frecuentemente y continúa hasta que la ansiedad se ha reducido. Los periodos largos de exposición suelen ser más efectivos que los cortos, en este sentido la práctica masiva de la exposición se ha recomendado en general. Se consideran sesiones de exposición masiva a las sesiones de una duración entre 90 y 120 minutos, que se dan varias veces por semana, en muchos casos todos los días durante los primeros 10 días.

El ritmo de la exposición (gradiente de exposición) dependerá del paciente, la Inundación es más rápida, y la gradual es más lenta, pero el gradiente de exposición

no afecta a la eficacia de la técnica. Algunos terapeutas están más familiarizados con la exposición gradual, por resultarles también más fácilmente manejable, lo cierto es que el procedimiento debe adaptarse al paciente y el terapeuta debe adquirir la experticia suficiente en el manejo de los distintos procedimientos para no hacer invertir al paciente un tiempo innecesario en la terapia debido a un déficit personal. Por otro lado, hay pacientes que sobrestiman su capacidad de afrontamiento de situaciones ansiógenas, produciéndose un incremento de la ansiedad excesivo que propicia una respuesta urgente de escape. Estas conductas indican que la situación excede los recursos del individuo y que debe optarse por afrontar primero una situación de menor capacidad ansiógena. Hay que recordar que para que la exposición sea efectiva la ansiedad debe ser moderadamente intensa pero no extrema o insoportable.

La atención deberá mantenerse sobre el contexto externo, concretamente sobre el estímulo o situación temida, más que en las propias reacciones u otros elementos del contexto, pues de esta forma se puede producir la distracción. No obstante, en algunos casos la atención sobre las sensaciones internas durante la exposición es también fundamental, pues forman parte de los estímulos temidos y la observación de sus cambios es fundamental para desconfirmar las expectativas de peligro. Es el caso del trastorno de angustia donde el temor a las respuestas psicofisiológicas de ansiedad es un elemento fundamental.

Es preferible la exposición en vivo a la exposición en imaginación siempre que sea posible, no obstante, el paciente puede preferir empezar por exposición a estímulos simbólicos (imágenes mentales, fotografías, video, etc.). En algunos casos debido a la facilidad y comodidad para el terapeuta se elige la exposición en imaginación u otro tipo de exposición simbólica, en este caso tienen también cabida los comentarios anteriores acerca de la necesidad de experticia del terapeuta para ofrecer al paciente la mejor opción de tratamiento. En algunos casos, como en la fobia social, los ensayos de exposición en imaginación en la consulta pueden facilitar la exposición en vivo entre sesiones. En este caso, puede darse la indicación de elegir, para la exposición entre sesiones, situaciones ligeramente más fáciles que las abordadas en la consulta

Debe animarse a los pacientes a practicar la exposición en la mayor variedad de situaciones, contextos y frente a la mayor diversidad de estímulos, con el objetivo de conseguir la mayor generalización. Anteriormente se expuso como la adquisición del miedo no está afectada por la contextualización, siendo fácil la generalización de este aprendizaje, pero ocurriendo a la inversa con la extinción del miedo, proceso que es marcadamente dependiente del contexto. Es imprescindible, por tanto, la planificación de la generalización y dedicarle tiempo durante la intervención.

La auto-exposición es más potente que la exposición dirigida por el terapeuta y con coterapeuta. Los pacientes con trastornos de ansiedad suelen ser muy dependientes, de esta forma se trabaja también la independencia y confianza personal, sin embargo, el papel del coterapeuta puede ser imprescindible en casos de estado de ánimo alterado, baja motivación o dificultad para seguir las prescripciones. Las auto-instrucciones de afrontamiento adaptativas pueden ser muy útiles durante la auto-exposición, éstas deberán haberse desarrollado previamente en la consulta con el terapeuta.

En general, las conductas de seguridad como la distracción o cualquier tipo de amuleto disminuyen la eficacia de la exposición, es importante hacer consciente al paciente de la función que puedan estar cumpliendo las conductas de seguridad o cualquier otra estrategia de neutralización de la ansiedad para que la elimine a la mayor brevedad posible.

Por último, señalar que aunque las técnicas de exposición ocupan un lugar preferencial en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, lo cierto es que no suelen ser el único componente del tratamiento, la combinación con técnicas cognitivas como la *reatribución de síntomas* u otros procedimientos de *reestructuración cognitiva*, suele ser la norma. Además, puede ser necesario potenciar la exposición con estrategias de manejo directo de la reactividad psicofisiológica (e.g. *biofeedback*), por ejemplo, cuando ya no hay evitación pero hay todavía una gran activación autonómica. En este sentido, merece la pena destacar que la evidencia muestra que la desatención al componente psicofisiológico puede ser responsable de una parte de los fracasos y recaídas tras el tratamiento con exposición (Wilhem y Roth, 2001).

5.2. Minimización de factores que inhiben el éxito del tratamiento de exposición

Una situación frecuente en la consulta cuando un terapeuta presenta el tratamiento con exposición es que el paciente comente que él ya ha intentado por su cuenta ese afrontamiento y que le ha resultado imposible o ineficaz. Resulta muy útil evaluar cómo los pacientes se han enfrentado a los estímulos temidos para detectar las claves del fracaso e identificar qué tipo de estrategias han restado eficacia a la exposición.

La mayor parte de los pacientes desarrollan numerosas acciones, inacciones, procesos de pensamiento irracional, procesos de reducción de la disonancia cognitiva o estilos atributivos desadaptativos que, sin ellos advertirlo, neutralizan los efectos de la exposición, incorporando además la información de las experiencias de exposición a su sistema de creencias disfuncionales, que queda así reforzado por las contingencias experimentadas.

Las estrategias de neutralización de la ansiedad (y que contribuyen a su mantenimiento), incluso durante la propia exposición, pueden ser diversas e incluyen conductas sutiles de evitación dentro de la situación (e.g. estando en un cafetería mostrarse muy interesado en el móvil para evitar cruzar miradas con otras personas, en un caso de fobia social o quitarse las lentillas para así no percibir nítidamente la altura desde un edificio en una fobia a las alturas), conductas de seguridad (e.g. Llevar la caja de ansiolíticos en el bolso para tener la posibilidad de tomar uno si se nota cualquier síntoma premonitorio), prestar atención permanente a las posibles respuestas de ansiedad para estar preparado para actuar en cualquier momento (e.g. la hipervigilancia de los síntomas somáticos de un paciente que padece ataques de pánico y que le permite detectar cuando abandonar determinadas actividades). Este tipo de estrategias, cuyo funcionamiento es inconsciente y automático, se convierten en factores de mantenimiento o neutralización de la ansiedad, minimizando los efectos de la exposición (Dobson y Dobson, 2009).

Los factores de neutralización de la ansiedad son idiosincrásicos, no obstante algunos son muy frecuentes. Entre ellos cabe destacar:

- El uso de alcohol u otras drogas para reducir la activación autonómica y producir un efecto de desinhibición sobre el comportamiento. Esta estrategia es frecuente en problemas de inhibición social, como la fobia social.
- La distracción. Pensar en otra cosa, dejarse llevar por la ensoñación, escuchar música o leer para evitar confrontarse con el contexto. Esta conducta es frecuente durante la exposición en problemas agorafóbicos.
- Evitar hablar o mirar a los ojos del interlocutor, o vestirse con ropa simple nada llamativa, para evitar llamar la atención. Estas conductas son frecuentes en problemas y trastornos de ansiedad social.
- Situarse cerca de la salida de un local, o buscar todas las salidas y baños de un establecimiento. Estas estrategias son frecuentes durante la exposición en problemas agorafóbicos o de claustrofobia.
- Llevar fármacos continuamente, aunque no se tenga la intención de tomarlos. Esta es una conducta de seguridad frecuente en el trastorno de angustia.
- Pedir a una persona cercana la confirmación de que todo marcha bien. Esta conducta es frecuente en el trastorno obsesivo compulsivo.

Entre los factores de neutralización que han recibido mayor atención se encuentran las llamadas conductas de seguridad, de las que ya se habló en un apartado anterior, y que están dirigidas a reducir la ansiedad ante las situaciones ansiógenas (e.g. llevar gafas de sol para evitar mirar a los ojos o usar mucho maquillaje para evitar que se vea el enrojecimiento del rostro en un caso de fobia social, o llevar

una botella de agua permanentemente para poder beber en cuanto se note sequedad de boca o garganta en un caso de trastorno de angustia). Como en el caso de cualquier otro factor de neutralización, la utilización de las conductas de seguridad normalmente tiene consecuencias negativas y suelen incrementar la atención sobre la ansiedad, dificultar el nuevo aprendizaje, e impedir la implicación total en la práctica de la exposición.

La comprensión del paciente de la función interferente que este tipo de patrones conductuales tiene sobre el resultado de la exposición, y de que probablemente debido a estos factores de neutralización sus intentos de exposición anteriores fueron infructuosos, es fundamental para alcanzar los mejores resultados. De esta forma, debe plantearse la reducción gradual de su uso durante el tratamiento de exposición, tanto entre sesiones como dentro de la sesión. El hecho de plantear una reducción gradual tiene que ver con dos motivos, por una parte, el hecho de que sean inconscientes dificulta su eliminación radical, por otra parte, muchos pacientes se sienten alarmados al saber que tendrán que eliminar estos recursos de seguridad; en este caso, la reducción gradual será siempre mejor recibida e implementada que una opción más drástica.

6. Ejemplos de aplicación de las técnicas de exposición

6.1. Fobia social

Los tratamientos de exposición diseñados para reducir la ansiedad social establecen la confrontación de los pacientes con las situaciones temidas, bien mediante imaginación (estrategia que ha generado poco interés en este ámbito), bien mediante la confrontación con situaciones en vivo.

Los ejercicios de *exposición en vivo* pueden ser realizados en el ámbito controlado de la consulta, mediante exposición simulada, o bien plantearse con situaciones sociales reales que deben afrontarse entre sesiones. La exposición en vivo suele estar precedida de un proceso de jerarquización de las situaciones ansiógenas, para comenzar con aquellas que producen niveles más bajos de malestar. Es aconsejable comenzar, no sólo con las situaciones menos provocadoras de ansiedad, sino también por representarlas en la consulta. Cada situación debe ser expuesta un número suficiente de veces y tener una duración que permita eliminar el malestar que genera.

A pesar de que algunos datos apoyaron su eficacia como tratamiento aislado, en la actualidad es raro que las técnicas de exposición se utilicen como único elemento del tratamiento de la fobia social. En general, las técnicas de exposición suelen asociarse a técnicas de *reestructuración cognitiva*, dada la importancia del núcleo cog-

nitivo de la ansiedad social, y el miedo a la evaluación negativa, y suelen preceder el inicio de la exposición, pues de esta forma, el paciente cuenta con herramientas cognitivas que le permiten enfrentar la situación social a la que se expone de forma más adecuada.

La estructura de una sesión de exposición en vivo en la consulta podría tener el siguiente formato:

1. Revisión de las tareas fuera de sesión, realizadas la semana anterior.
2. Trabajo de exposición:
 - a. Preparación de la exposición:
 - Elegir la situación a exponer y comentar brevemente los detalles de la exposición
 - Suscitar los pensamientos automáticos que origina esa situación
 - Reestructurar con el paciente uno o dos pensamientos automáticos
 - El paciente desarrolla una respuesta racional para esos pensamientos
 - El paciente establece con ayuda del terapeuta metas conductuales no perfeccionistas.
 - b. Completar un *role-playing* de aproximadamente 10 minutos
 - Valorar la ansiedad subjetiva cada cierto tiempo (e.g. cada 2')
 - Monitorizar la consecución de las metas conductuales establecidas
 - c. Revisar los resultados y el proceso de la exposición
 - Revisar si se obtuvieron las metas conductuales
 - Discutir hasta qué punto fue útil la respuesta racional elegida para los pensamientos automáticos
 - Discutir pensamientos automáticos nuevos o no esperados
 - Proporcionar feedback de la ejecución
 - Poner en un gráfico e interpretar los cambios en la ansiedad subjetiva
 - Preguntar al paciente qué ha aprendido de la exposición
3. Asignación de tareas entre sesiones:
 - a. Plantear exposiciones en vivo relacionadas con el *role-playing* realizado con reestructuración cognitiva.
 - b. Ofrecer otras indicaciones o pautar tareas que resulten oportunas.

El objetivo de este tipo de sesiones es coordinar el trabajo de reestructuración cognitiva y la exposición. El terapeuta comienza con preparación a la exposición describiendo brevemente lo que será la situación de exposición. La situación se elegirá teniendo en cuenta que debe suponer un reto para el paciente, pero no hasta el punto de considerar que desborda su habilidad actual para poner en práctica estrategias de afrontamiento cognitivas. El terapeuta debe recoger los pensamientos

automáticos que suscita la situación de exposición, eligiendo uno o dos pensamientos que el paciente debe reestructurar. Aunque el terapeuta puede ayudar en esta fase al paciente, el objetivo es que el paciente lidere este proceso identificando los errores cognitivos y desarrollando una respuesta racional. Posteriormente se establecen los objetivos de la exposición. Los pacientes tienden a establecer metas poco realistas y perfeccionistas (e.g. no me pondré nervioso), algunas veces basadas en las reacciones de los demás (e.g. causaré buena impresión). El terapeuta ayuda al paciente a establecer dos o tres objetivos que sean asequibles en relación con lo que le gustaría alcanzar (e.g. hacer tres preguntas durante la interacción, dar un opinión, hablar sobre dos tópicos diferentes durante la interacción).

Durante la exposición, el terapeuta debe preguntar al paciente por los niveles de ansiedad cada cierto tiempo. Los pacientes suelen habituarse pronto a esta interferencia, sobre todo cuando el terapeuta les ayuda a volverse a situar en la situación con una indicación verbal (e.g. estabas comentando...). La exposición continúa hasta que la ansiedad desciende o hasta que los objetivos han sido alcanzados, en general, unos 10 minutos. El terapeuta apoyará al paciente para que éste supere sus tendencias evitadoras.

La fase de revisión incluye la discusión sobre si los objetivos han sido alcanzados y sobre la utilidad de la respuesta racional y la identificación de pensamientos automáticos nuevos o inesperados. El terapeuta debe incidir en los logros, no permitiendo que el paciente los minimice. Es importante, sobre todo al inicio de las sesiones de exposición, no abrumar al paciente con listados de cosas que no hizo o no logró durante la exposición, pues esto redundaría en su tendencia a prestar atención y magnificar su conducta negativa o deficitaria. En el caso de aquellas personas que son capaces de lograr los objetivos, pero experimentando paralelamente altas dosis de ansiedad, es importante conceptualizar la ansiedad como una respuesta que no impide una ejecución adecuada. Es importante en estos casos explorar detenidamente la presencia de pensamientos automáticos que puedan estar interfiriendo la habituación durante la exposición.

La elección de las situaciones de exposición para la semana es uno de los aspectos más importantes de la sesión, pues el paciente deberá poner en práctica por sí mismo la escena entrenada en la consulta. Las situaciones serán cuidadosamente elegidas, siendo muy similares a las situaciones que se hayan abordado en la sesión.

6.2. Trastorno por angustia y agorafobia

La exposición es siempre un fase crítica en cualquier programa y una vez ha comenzado acapara buena parte de las sesiones terapéuticas y del trabajo entre sesiones, pues es un hecho claro que la exposición limitada en el tiempo no es efec-

tiva y puede ser incluso perjudicial. La exposición está diseñada para conseguir dos objetivos: por una parte desmentir expectativas catastrofistas y cogniciones erróneas, y, por otra, extinguir respuestas emocionales condicionadas a situaciones externas y contextos, como es el caso de la exposición en vivo, y a sensaciones somáticas, en el caso de la exposición interoceptiva.

Exposición en vivo

La *exposición en vivo* se refiere a la confrontación sistemática y repetida de contextos del entorno generadores de ansiedad (puentes, supermercados, transporte público, cines, etc.) y que son evitadas por los afectados por agorafobia. En la mayor parte de las ocasiones, la exposición se realiza de forma graduada. Este tipo de exposición, gradual y demorada en el tiempo, es tan efectiva como una exposición no graduada (comenzando por las situaciones más aversivas) y masiva, es decir a lo largo de varios días consecutivos (p. ej. entre 6 y 10), tanto en el postratamiento, como después de casi un año después de haber finalizado la intervención. Sin embargo, los datos en el seguimiento a largo plazo cambian. En el estudio de Feigenbaum (1988), a los 5 años de la intervención, un mayor porcentaje de los pacientes sometidos a un formato no graduado y masivo estaban libres de síntomas (76%), en comparación con los pacientes sometidos a un procedimiento de exposición gradual (35%). Además, sorprendentemente, los pacientes sometidos a la exposición no graduada manifestaron menos malestar durante el tratamiento que el grupo de exposición gradual.

Para lograr la máxima efectividad de la exposición en vivo es determinante la eliminación de las conductas de seguridad. Entre estas señales de seguridad encontramos la compañía de otras personas, llevar agua, dinero para poder llamar si se necesita ayuda, medicaciones, situarse cerca de salidas de emergencia. Las conductas de seguridad proporcionan una sensación de seguridad e incluyen también la búsqueda de re-aseguración o la búsqueda de vías de escape o salida de determinadas situaciones. Estas pueden tener una forma muy sutil, por tanto, es importante estar alerta a la información del paciente para identificar todos aquellos estímulos y conductas que puedan estar teniendo esta función.

La cantidad de tiempo que se dedica a la exposición en vivo es dependiente del perfil de la agorafobia del paciente. Es obvio que en los casos más severos se necesitará más tiempo e intensidad. La implicación de las personas cercanas en el tratamiento dependerá del modo en cómo la agorafobia esté afectando a las relaciones y roles familiares. Si es difícil que la persona cercana pueda mantener pacientemente una actitud de dirección, apoyo y motivación en la situación de exposición, será mejor prescindir de ella, pues un conflicto interpersonal en ese ámbito puede tener un efecto negativo sobre el tratamiento.

Procedimiento de exposición interoceptiva

Entre los objetivos de la terapia cognitivo-conductual aplicada a los trastornos de angustia se encuentra el desensibilizar al paciente de los síntomas fisiológicos que acompañan los ataques de pánico que caracterizan estos trastornos, y reestructurar las interpretaciones catastrofistas sobre las sensaciones fisiológicas asociadas a las crisis de angustia. Uno de los procedimientos más útiles para estos fines es el procedimiento de *exposición interoceptiva*. Considerada un componente básico de los programas de intervención cognitivo conductuales para el pánico, ha mostrado mayor efectividad que otros procedimientos, tanto de forma aislada, como en combinación con otras técnicas (Craske y Barlow, 2008).

La exposición interoceptiva simula los síntomas de ataque de pánico para que el paciente pueda experimentarlos en un contexto controlado. La inducción controlada y repetida de las sensaciones físicas debilita la respuesta emocional ante ellas (condicionamiento interoceptivo). El propósito es, al igual que en el caso de la exposición a los estímulos fóbicos externos, el romper las asociaciones entre las señales somáticas específicas y las reacciones de pánico, se trata de que el paciente pierda el miedo a dichos síntomas experimentando como se pueden generar de una forma normal y cómo, además, su aparición no implica consecuencias catastróficas.

En general, el procedimiento consiste en generar síntomas durante aproximadamente un minuto, mediante ejercicios que tratan de mimetizar los síntomas más comunes y temidos de las crisis de angustia que padece el paciente. Para ello se utiliza alguna de las siguientes estrategias:

- Hiperventilación intencional: Provoca sensación de aturdimiento, desrealización, visión borrosa y mareo.
- Dar vueltas en una silla giratoria: Provoca mareo y desorientación.
- Respirar a través de una cánula: Provoca disnea y restricción de aire.
- Contener la respiración: Provoca sensación de estar sin aire.
- Correr en el lugar de la exposición: Provoca incremento de la frecuencia cardíaca, de la respiración, sudoración.
- Tensión de zonas musculares: Provoca la sensación de estar tenso e hipervigilante.
- Mover la cabeza de lado a lado: Provoca mareo y tensión en el cuello.

Para el entrenamiento, en primer lugar se introduce el concepto de *condicionamiento interoceptivo*, indicando al paciente que va a realizar una serie de ejercicios que persiguen la inducción de diversas sensaciones somáticas, y que des-

pués él deberá practicar entre las sesiones. La inducción de síntomas se debe realizar entre tres y cinco veces al día hasta que el paciente no sienta apenas ansiedad en relación a dichos síntomas. Con la repetición de estos ensayos el paciente va aprendiendo que estas señales internas no deben ser temidas pues ni señalan, ni están asociadas a ningún tipo de amenaza. De esta forma se va produciendo un proceso de desensibilización que se espera se generalice a todos los síntomas somáticos.

Se comienza practicando varios ejercicios diferentes con el paciente, y se le solicita que después de cada ejercicio evalúe el tipo de sensaciones experimentadas, su intensidad y su similitud con los síntomas que experimenta cuando está ansioso. Para realizar la exposición interoceptiva habrá que seleccionar los ejercicios que han sido evaluados con puntuación mayor que 3, en la escala de 0 a 8, comenzando con el menos ansiógeno. Una vez el paciente empieza a experimentar sensaciones debe levantar el brazo y continuar el ejercicio 30 segundos más (o 10 segundos en el caso del movimiento de cabeza o el de aguantar la respiración) se le recomienda, después, que aplique la técnica de control respiratorio, así como las estrategias cognitivas para manejar su ansiedad. Al final, el paciente, tiene que valorar la intensidad de la sensación, así como la intensidad de la ansiedad en una escala de 0 a 8. Ningún ejercicio debería tardar más de 3 minutos. Si el paciente no reproduce las sensaciones esperadas, se le instruye para que imagine las situaciones externas en las que puede ocurrir.

En una fase más avanzada del tratamiento, después de la exposición interoceptiva, pero siguiendo el mismo principio, se practicarán actividades más naturales para provocar las mismas sensaciones, ejercicio físico, andar deprisa, subir escaleras, entrar en una sauna, etc.

6.3. Trastorno de estrés postraumático

La terapia de exposición en general ha sido designada como primera opción de intervención para el TEPT debido al peso de la evidencia (Rothbaum, Meadows, Resick y Foy, 2000) y también al consenso de expertos en el trastorno (Foa, Davidson y Frances, 1999). La eficacia de estos procedimientos, unidos o no a otras técnicas cognitivas y/o conductuales, se ha demostrado en muy diferentes poblaciones: accidentes de tráfico, víctimas de violación y abuso sexual infantil, tortura, combate, etc. (Cahill, Hembre, y Foa, 2006). Como se ha señalado anteriormente, entre los programas de intervención basados en la exposición que han recibido la mayor evidencia empírica de su eficacia y efectividad destaca la *Terapia Prolongada de Exposición* para el TEPT (Foa et al., 2007).

El tratamiento a través de la *exposición prolongada* (EP) se deriva de la tradición terapéutica de aplicación de la exposición para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, durante la cual los pacientes son confrontados con situaciones ansiógenas, pero seguras, con el objetivo de superar el excesivo miedo y ansiedad. Este tratamiento se basa en la teoría del procesamiento emocional del material traumático (Foa y Kozak, 1986), y enfatiza el papel central que tiene procesar adaptativamente la experiencia traumática para la eliminación o disminución de los síntomas. Se trata de un programa de tratamiento individual estructurado que se lleva a cabo en 10 sesiones, con una frecuencia semanal. Este tratamiento cuenta con un amplio cuerpo de investigación en apoyo a su efectividad, siendo considerado en EEUU un *programa modelo* de diseminación nacional (Foa et al., 2007).

Los elementos de la Terapia Prolongada de Exposición para TEPT son los siguientes:

- *Psicoeducación* sobre respuestas comunes al trauma.
- *Entrenamiento en respiración*, dirigido a conseguir una forma de respirar que induzca calma.
- *Exposición en vivo* repetida a situaciones y objetos que el paciente evita debido a la ansiedad que produce el trauma.
- *Exposición prolongada en imaginación* a los recuerdos traumáticos, reviviendo y revisando el recuerdo de la experiencia traumática en la imaginación.

El componente de *psicoeducación* comienza en la primera sesión con la presentación del esquema general de tratamiento y el modelo que sustenta este programa de intervención. Uno de los primeros elementos que se empieza a trabajar es la idea de que la evitación de las señales que recuerdan el trauma sirve para mantener los síntomas del TEPT y el malestar que ocasiona. Se comienza ya en este momento a plantear que la Exposición Prolongada contrarresta esta evitación y produce mejoría. Se presentan también los elementos nucleares de la intervención con EP: la *exposición en vivo* y la *exposición en imaginación*. La *psicoeducación* continúa durante la segunda sesión con una presentación-discusión de las reacciones normales ante una experiencia traumática.

El *entrenamiento en respiración* comienza en la primera sesión. El objetivo es dotar al paciente de una herramienta útil y sencilla que le permita mitigar la tensión general y la ansiedad que pueda existir en el funcionamiento cotidiano. Algunos pacientes encuentran esta técnica extremadamente útil como estrategia paliativa. En general, se debe indicar a los pacientes que no utilicen los ejercicios de respiración durante las tareas de exposición, porque la idea es que los pacientes experimenten y se confronten con su propia habilidad para abordar el recuerdo del trauma y las

situaciones asociadas sin estrategias de apoyo externas. De esta forma, el entrenamiento en respiración se conceptualiza como un elemento paliativo útil pero no un elemento esencial del tratamiento.

La *exposición en vivo* a situaciones seguras, actividades, lugares u objetos que el paciente evita a causa de la ansiedad y el estrés ocasionado por el trauma se introduce en la segunda sesión. A partir de aquí, en las sesiones sucesivas terapeuta y paciente debe elegir qué ejercicios de exposición deberá afrontar el paciente durante los próximos días, tomando en consideración el nivel de ansiedad y la habilidad para completar las indicaciones de forma exitosa.

La *exposición en imaginación*, reviviendo los recuerdos traumáticos en imaginación se inicia en la tercera sesión. Básicamente se trata de que el paciente visualice y analice en voz alta el hecho traumático. La exposición en imaginación suele durar entre 45 y 60 minutos, seguidos de una discusión sobre el proceso de unos 15-20 minutos de duración. La narración del hecho es grabada, para escuchar esta grabación como tarea entre sesiones.

Ambos tipos de exposición (en vivo y en imaginación) constituyen los elementos terapéuticos esenciales del tratamiento. Tal y como se explica a los pacientes en la fase de psicoeducación sobre el TEPT, la exposición permite optimizar el procesamiento emocional, y así el afrontamiento de los recuerdos y situaciones asociadas al trauma.

Procedimiento de exposición en imaginación

La *exposición en imaginación*, es decir la revisión del hecho traumático mediante la imaginación, es un procedimiento en el que el paciente debe visualizar y conectar emocionalmente con el trauma mientras cuenta esa experiencia en voz alta y en tiempo presente (Foa et al., 2007). El procedimiento pretende:

- Incrementar la habilidad del paciente para acceder a los aspectos más relevantes del recuerdo del trauma: hechos, pensamientos, emociones, experiencias sensoriales.
- Promover la conexión emocional con la memoria del trauma.
- Invitar a la narración (descripción) del recuerdo del trauma con las propias palabras del paciente, con una dirección mínima del terapeuta.

Para facilitar que el paciente se aproxime gradualmente al recuerdo del trauma, la primera vez que el paciente se enfrenta a la revisión de este recuerdo en la imaginación, el terapeuta deberá no ser muy directivo con la descripción que el paciente realice. Como los pacientes pueden ser resistentes a confrontarse con los aspec-

tos emocionales del recuerdo traumático, al principio debería ser el propio paciente quien establezca el nivel de detalle con el que va a revisar el material traumático. En posteriores exposiciones el terapeuta irá alentando al paciente a que se enfrente a un mayor nivel de detalle.

En aquellos pacientes que han estado sometidos a un trauma prolongado (tortura, secuestro, violencia doméstica, etc.) o a traumas múltiples (asaltos o abusos repetidos, incidentes en combate, etc.) se necesita establecer previamente cuál será el foco de la exposición en imaginación. En general, se escogerá aquellos recuerdos que resultan más molestos e intrusivos para el paciente en el momento actual. Se espera que la exposición a los recuerdos más traumáticos tenga un efecto de generalización sobre aquellos menos impactantes. Si el paciente se muestra inseguro acerca de cuál es el peor recuerdo, se le indicará que escoja el recuerdo traumático que considere que puede manejar con mayor facilidad, para después confrontar aquellos más estresantes.

Una forma de explicar al paciente en qué va a consistir el procedimiento puede ser la siguiente:

“Durante los próximos minutos le voy a pedir que imagine, aquí y ahora, los recuerdos que tenga del trauma que ha sufrido en el pasado. Elegirá para comenzar un punto anterior al comienzo del suceso, pues de esta forma es más fácil entrar en la escena y conectarse con ella. Por ejemplo, puede comenzar la historia unos minutos antes de que la situación empeorase, después entrará en la historia del trauma atravesando todo el suceso hasta que el peligro haya pasado. (Atención: es importante acordar, antes de empezar, cuál será el punto de inicio de la narración y el final).

Quizá sea mejor que cierre los ojos mientras imagina la situación, así no se distraerá. Le voy a pedir que recuerde tan vívidamente como le sea posible y que reproduzca en su mente las escenas dolorosas como si las estuviese viendo a través de sus ojos. Debe describir la experiencia en presente, como si estuviese sucediendo ahora. Me gustaría que lo contase en voz alta, qué paso concretamente durante el suceso, con todo el detalle que crea que hoy puede manejar.

Yo estoy aquí para acompañarle, trabajaremos juntos. Si empieza a sentirse muy ansioso con alguna imagen y siente la necesidad de escapar o evitarla, indíqueme lo y le ayudaré a mantenerse allí. De vez en cuando le preguntaré cuanta ansiedad está sintiendo mientras recuerda el trauma. Indíqueme con rapidez, sin reflexionar qué cantidad de ansiedad siente en ese momento, en una escala 0-100, el primer número que le venga a la cabeza, no deje de ver la imagen. Como es importante mantener en imaginación el recuerdo del suceso durante un tiempo prolongado, cuando usted acabe el relato le pediré que vuelva a iniciar la descripción. Le pediré que empiece una y otra vez, sin pausa. Reproduciremos la escena en la sesión de hoy tantas veces podamos, todo dependerá de la velocidad con que pueda revisar la escena. Intente no apartar los recuerdos del trauma. Recuerde que los recuerdos no son peligrosos, incluso cuando nos hacen sentir mal. Yo no diré muchas cosas durante su relato, comentaremos cuando la exposición acabe. ¿Tiene alguna pregunta antes de empezar?”.

A medida que el tratamiento avanza el terapeuta debe ir tratando de aumentar el nivel de detalle de la descripción. Para ello es útil hacer preguntas cada vez más concretas sobre los pensamientos, sensaciones, emociones, y respuestas fisiológicas durante el suceso traumático. Durante el relato del paciente se harán preguntas muy breves dirigidas a promover la confrontación con señales evocadoras de ansiedad durante la exposición en imaginación. Algunas de estas preguntas pueden ser:

- ¿Qué está sintiendo?
- ¿Qué está pensando?
- ¿Qué puede oler?
- ¿Qué puede ver en este momento?
- ¿A quién puede ver en la escena?
- ¿Cuál es la sensación en su cuerpo?

A medida que el tratamiento progresa el terapeuta anotará qué partes de la narración resultan más estresantes. Es importante detectar estos puntos del relato, pues estas porciones de la narración deben ser revisadas de forma repetitiva (entre 6 y 12 veces) en una sola sesión. A medida que avanza el tratamiento el procedimiento de la exposición en imaginación se varía para ir centrando la descripción en las partes del relato cuyo procesamiento resulta más difícil. La valoración de si se está produciendo un adecuado procesamiento se realiza a partir de la información subjetiva del paciente y de las señales externas de malestar (movimiento corporal, expresiones faciales, temblores, llanto, etc.).

6.4. Trastorno obsesivo compulsivo

El tratamiento psicológico del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es uno de los grandes éxitos dentro del ámbito de la salud mental. En los últimos 20 años el panorama del tratamiento del TOC ha cambiado radicalmente gracias al desarrollo de intervenciones cognitivo-conductuales específicas para este problema, que cuentan entre sus elementos terapéuticos con técnicas cognitivas y técnicas de exposición. Entre ellos el procedimiento de *exposición con prevención de respuesta* es actualmente una de las técnicas más útiles para el tratamiento de este problema.

El TOC se caracteriza básicamente por la presencia de pensamientos y/ imágenes de carácter obsesivo que provocan una gran cantidad de ansiedad debido a las consecuencias que el paciente teme que sucedan a causa de su aparición, y que el paciente trata de eliminar mediante la utilización de rituales conductuales y/o cognitivos (compulsiones) que pretenden escapar o evitar el surgimiento de las obsesiones y/o de las consecuencias temidas. Las compulsiones tienen una función ansiolítica temporal que las convierte en el recurso de afrontamiento del contenido obsesivo.

Una persona con un TOC por contaminación que conlleva ideas obsesivas de contaminación y contagio de enfermedades, puede lavarse las manos más de 50 veces al día, siguiendo un ritual determinado en cuanto a tipo de jabón, número de veces que se aplica el jabón, tiempo de aclarado, secado, etc. Este lavado compulsivo reduce la ansiedad sólo unos minutos, incrementándose en poco tiempo, en cuanto el paciente entre en contacto con cualquier objeto o persona que considere contaminado.

En este caso, la exposición con prevención de respuesta consistiría en exponer al paciente a la ansiedad que le produce la idea de contaminación después de haber tocado el pomo del cuarto de baño, impidiendo que se dé una respuesta evitadora de la ansiedad (lavarse las manos).

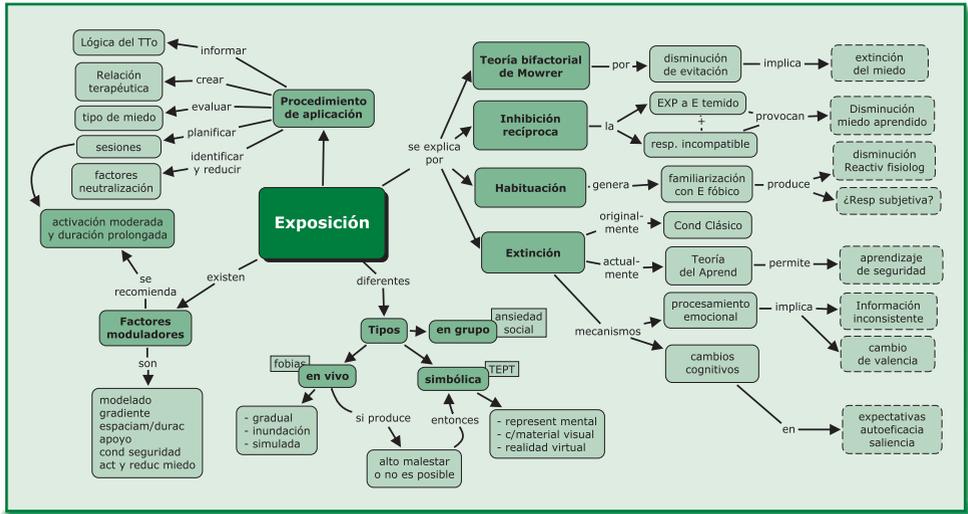
La exposición con prevención de respuesta para el TOC consiste en: 1) la exposición sistemática a las situaciones que provocan el pensamiento obsesivo y a las propias obsesiones, 2) previniendo la ejecución de cualquier respuesta de escape o evitación de la situación o del contenido obsesivo.

La exposición con prevención de respuesta comienza entrenándose en la consulta con el terapeuta, para después asignar tareas concretas de exposición entre sesiones. La prevención de respuesta no implica que el terapeuta sea quién impida la ejecución de la compulsión, sino que debe ser el propio individuo quien, conociendo los mecanismos del trastorno, resista la urgencia de poner en práctica de sus rituales compulsivos.

La exposición con prevención de respuesta puede ser aplicada no sólo en vivo, sino también en imaginación. En algunos casos las compulsiones desarrolladas por el paciente son únicamente cognitivas y el contenido obsesivo no es tan dependiente del contexto externo de tal forma que resulta difícil exponer a las situaciones evocadoras de las obsesiones. Por ejemplo, un paciente que tenga obsesiones con imágenes obscenas que neutralice mediante un ritual de rezos. En este caso el objetivo de la exposición será el mantenimiento de las imágenes temidas en imaginación, previniendo cualquier tipo de ritual cognitivo que disminuya la ansiedad.

Realmente cualquier procedimiento de exposición conlleva la prevención de respuesta, pues se trata de promover el contacto con el estímulo temido previniendo el escape de la situación de exposición. No obstante cuando se hace referencia explícita a la exposición con prevención de respuesta, se está haciendo referencia específica al tipo de exposición que se acaba de describir, generalmente en el ámbito del tratamiento del TOC, pero no exclusivamente. Por ejemplo, la exposición con prevención de respuesta se ha mostrado también muy útil para el abordaje de los episodios de ingesta compulsiva y para el manejo del *craving* en las adicciones a sustancias (Caballero, 2005) y psicológicas (Echeburúa, 1999).

7. Mapa conceptual de las técnicas de exposición



8. Conclusiones y consideraciones finales

Los contenidos expuestos a lo largo del capítulo señalan indiscutiblemente, desde hace ya varias décadas, a las terapias de exposición como algunas de las intervenciones psicológicas más útiles, eficaces y efectivas en el ámbito de la salud mental, especialmente en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Estos datos llevarían a pensar que el uso de estas intervenciones está ampliamente diseminado y consolidado. No obstante, a pesar de la evidencia acerca de la eficacia de la terapia de exposición, que la posiciona como primera línea de intervención en el tratamiento de las fobias específicas, el trastorno obsesivo compulsivo o el trastorno de estrés postraumático, unido a la evidencia existente sobre la eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales en los que la exposición es el principal componente (trastorno de angustia, ansiedad social y ansiedad generalizada) (Richard y Lauterbach, 2007), lo cierto es que sorprendentemente el uso de la exposición en el ámbito general de la psicoterapia (incluida la terapia cognitivo-conductual) es menor que lo que cabría esperar en función de sus credenciales (Hembree y Cahill, 2007).

Examinando los obstáculos que pueda haber para su uso, los estudios en este sentido (Becker, Zayfert y Anderson, 2003; Freihei, Vye, Swan, y Cady, 2004) muestran dos tipos de barreras. En primer lugar, muchos terapeutas simplemente no usan tratamientos basados en la evidencia, en unos casos por desconocimiento, en otros, porque conociendo su existencia se dejan llevar por la comodidad de los procedimientos más familiares o por ideas preconcebidas acerca de las técnicas que no

suelen tener base real. En segundo lugar, la implementación de la terapia de exposición es más fácil hacerla de palabra que de obra. Como se ha señalado en diversos epígrafes del presente capítulo, el éxito de la terapia de exposición se ancla en una sólida fundamentación teórica y empírica que tiene como piedras angulares: el conocimiento del modelo conceptual del tratamiento, el establecimiento de una relación terapéutica sólida y de colaboración, la capacidad de transmisión de una lógica de tratamiento consistente, y la implantación efectiva de las diferentes modalidades de exposición. Es obvio que la formación y experiencia que exige la aplicación exitosa de estas intervenciones no es despreciable.

Reflexionando sobre las barreras identificadas, quizá podría parecer ocioso comentar que el conocimiento y uso apropiado de los tratamientos avalados por la investigación es una cuestión de responsabilidad profesional y de ética, no obstante, a la luz de los resultados expuestos por los estudios referenciados, parece necesario. El psicólogo tiene la obligación de conocer los procedimientos más eficaces para cada problema y debe obtener la formación y experiencia pertinente para su adecuada aplicación. Cualquier consideración en contra simplemente no es admisible cuando hablamos de tener en nuestras manos la salud y bienestar de la población, que acude al profesional de la psicología suponiéndole una adecuada cualificación profesional que le proveerá, o al menos informará, de las mejores opciones de tratamiento.

En ciertos casos el problema no es el déficit de conocimiento o formación. Algunos terapeutas conocedores de los tratamientos de exposición con apoyo empírico, creen, sin embargo, que los resultados de las investigaciones que les sirven de base no pueden generalizarse al ámbito clínico, pues las condiciones de tratamiento no son representativas del contexto natural de la terapia o las muestras están conformadas por pacientes poco complicados, sin comorbilidades. Lo cierto es que la consideración de un tratamiento con apoyo empírico requiere de numerosas investigaciones que utilicen una metodología rigurosa, especificando los criterios de inclusión y exclusión. Desde hace ya algunos años los criterios de exclusión son mínimos, utilizando deliberadamente en muchas ocasiones muestras caracterizadas por la comorbilidad. Por otro lado, la investigación sobre resultados cuida la realización de investigaciones en los contextos naturales de tratamiento, conservando en los diseños la máxima validez ecológica con el objetivo de que los resultados sean generalizables.

Otras ideas preconcebidas sobre las técnicas de exposición tienen que ver con la seguridad de la propia técnica. Existe la creencia acerca de que el tratamiento con exposición pueden exacerbar los síntomas o conllevar una alta probabilidad de abandono de la terapia debido al malestar que genera. Los datos de la investigación en este sentido indican que el riesgo de empeoramiento es mínimo, o prácticamente inexistente (Hembree y Cahill, 2007). Por otra parte, la tasa de abandonos de la tera-

pia de exposición no es mayor que la identificada en otros tratamientos cognitivo conductuales (Hembree, Foa, Dorfan, Street, Kowalski y Tu, 2003).

Por último, se hace necesario comentar otro elemento que también se ha identificado como freno al uso de las intervenciones basadas en la exposición, se trata de la actitud de rechazo de ciertos profesionales hacia los tratamientos psicológicos protocolizados, actitud que suele estar fundamentada en la creencia de que los protocolos deshumanizan la intervención y restringen la creatividad del terapeuta (Hembree y Cahill, 2007). Ahora bien, el uso de guías y protocolos de intervención basados en la exposición no implica su aplicación directa sin modificaciones, ni exime al profesional de realizar una pormenorizada evaluación conductual que desvele las características singulares del caso que se aborda. Muy al contrario, el protocolo de intervención tendrá poca o ninguna utilidad en la reducción de la ansiedad si no es adaptado al caso concreto, y si no existe una sólida relación terapéutica que proporcione al paciente la confianza para embarcarse en el tratamiento.

En definitiva, queda patente la utilidad de los procedimientos basados en la exposición, la seguridad de su utilización, no resultando excusable su desconocimiento y falta de aplicación en los casos en los que se muestran, no sólo como una de las herramientas psicológicas más efectivas de la actualidad, sino como la primera opción de tratamiento psicológico en la mayoría de los trastornos de ansiedad.

9. Resumen

- Los procedimientos de exposición cuentan con una gran tradición en investigación y aplicación clínica para tratar trastornos de ansiedad en cuya base se encuentra el miedo y la evitación a estímulos aversivos.
- Los modelos teóricos más avalados sobre los mecanismos de acción de la exposición explican su capacidad para disminuir y extinguir las respuestas de miedo y evitación, mediante la generación de nuevos aprendizajes y el acceso a un reprocesamiento emocional del miedo
- Las *conductas de seguridad* son estrategias conductuales o mentales desarrolladas por los pacientes para reducir la ansiedad durante la exposición.
- Uno de los elementos cruciales para conseguir la eficacia de las intervenciones basadas en la exposición es proveer al individuo de una lógica de tratamiento sólida que le anime a implicarse.
- En general parece que las sesiones de exposición largas son más eficaces que las cortas, y que el tiempo entre sesiones no debe ser muy largo.

- Los procedimientos de auto-exposición son más potentes que los dirigidos por el terapeuta pues permiten un incremento de la auto-eficacia del paciente al atribuir el éxito a su propio esfuerzo.
- Aunque el gradiente de exposición no parece afectar a la eficacia de la exposición, se aconseja decantarse por una exposición gradual que conlleve un menor malestar para el paciente.
- La exposición en vivo consiste en tomar contacto directo con la situación o estímulo temido y ha mostrado ser hasta el momento actual la opción terapéutica más eficaz y efectiva para el abordaje de las fobias específicas.
- Desde hace ya varias décadas, las terapias de exposición son consideradas como algunas de las intervenciones psicológicas más útiles, eficaces y efectivas en el ámbito de la salud mental.

10. Bibliografía recomendada

Foa, E.B., y Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

- Artículo original donde los autores describen de forma detallada su modelo de procesamiento emocional del miedo, analizan además la evidencia que lo avala. Es un escrito imprescindible para entender en profundidad los mecanismos de actuación de las terapias de exposición que se proponen en la actualidad.

Richard, D.C.S. y Lauterbach D. (2007). *Handbook of the Exposure Therapies*. Burlington, MA: Elsevier/Academic Press.

- Se trata de la obra más completa y actualizada sobre los procedimientos de exposición. De mano de los mejores especialistas en este ámbito se ofrece una revisión exhaustiva de aspectos como los mecanismos de acción de las técnicas, modelos actuales de aprendizaje animal, descripción de los procedimientos, aplicaciones a través de internet, aplicabilidad, así como todos aquellos factores, incluidos los psicosociales, que afectan a la diseminación y aplicación de este tipo de técnicas.

Sosa, C. y Capafóns, J. (2008). *Fobias específicas*. Madrid: Pirámide.

- En este libro el lector puede encontrar una revisión clara y concreta del abordaje cognitivo conductual de las fobias específicas. Los autores exponen los protocolos de actuación donde las técnicas de exposición tienen un papel fundamental. No sólo resulta útil para conocer y entender la forma de poner en marcha un tratamiento de exposición en este tipo de trastornos, sino que la descripción de la intervención se ve apoyada por consideraciones clínicas sobre la forma de actuar ante situaciones frecuentes en la clínica.

11. Referencias bibliográficas

- Agras, W.S., Leitenberg, H. y Barlow, D.H. (1968). Social reinforcement in the modification of agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 19, 423-427.
- Antony, M. y Barlow, D. (2004). Specific phobias. En: D. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press.
- Antony, M. y Swinson, R.P. (2000). *Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bados, A. y García, (2011). *Técnicas de exposición*. Publicación del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. UBA.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders*. NY: Guilford Press.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed)*. Nueva York: Guilford Press.
- Becker, C.B., Zayfert, C. y Anderson, E. (2003). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer (Original de 1973).
- Botella, C., Baños, R., García-Palacios, A. y Quero, S. (2008). Nuevas tecnologías al servicio de la intervención. En F.J. Labrador (Ed.), *Manual de técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Bouton, M.E., Woods, A.M., Moody, E.W., Sunsay, C. y García-Gutiérrez, A. (2006). Counteracting the context dependence of extinction: Relapse and some tests of possible methods of relapse prevention. En M.G. Craske, D. Hermans, y D. Vanssteenwegen (Eds.), *Fear and learning: From basic processes to clinical implications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behavior therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Caballero, L. (2005). *Adicción a la cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Cahill, S.P., Hembre, E.A. y Foa, E.B. (2006). Dissemination of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder: Successes and challenges. En Y. Neria, R. Gross, R. Marshall y E. Susser (Eds.), *Mental Health in the wake of terrorist attacks*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Choy, Y., Fyer, A.J. y Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27, 266-286.
- Craske, M.G. y Barlow, D. (2008). Panic and agoraphobia. En D. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step by Step Treatment Manual*. NY: Guilford Press.

- Craske, M.G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J.L., Chowdhury, N. y Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behavior Research and Therapy*, 46, 5-27.
- Craske, M.G. y Mystkowski, J.L. (2006). Exposure therapy and extinction: Clinical studies. En M.G. Craske, D. Hermans y D. Vansteenwegen (Eds.), *Fear and learning: From basic processes to clinical implications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Dobson, D. y Dobson, K.S. (2009). Behavior change elements in cognitive behavioral therapy. En D. Dobson y K.S. Dobson (Eds.), *Evidence based practice of cognitive behavioral therapy*. NY: Guilford Press.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Echeburúa, E. y Corral. P. (1993). Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Emmelkamp, P.M.G. y Wessels, H. (1975). Flooding in imagination vs. flooding in vivo: A comparison with agoraphobics. *Behavior Research and Therapy*, 13, 7-15.
- Farmer, R.F. y Chapman, A.L. (2008). *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Foa, E.B., Davidson, J.R.T. y Frances, A. (1999). The Expert Consensus Guidelines Series: Treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 4-76.
- Foa, E.B., Hembree, E.A. y Rothbaum, B.O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD. Therapist Guide*. NY: Oxford University Press.
- Foa, E.B., y Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E., Riggs, D.S, Massie, E.D. y Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.
- Freihei, S.R., Vye, C., Swan, R. y Cady, M. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anxiety: Is dissemination working? *The Behavior Therapist*, 27, 25-32.
- Hamm, A.Q. (2009). Specific phobias. *Psychiatric Clinics of North America*. 32, 577-591.
- Hellstrom, K. y Öst, L.G. (1995). One-session therapist directed exposure vs. two forms of manual directed self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 959-965.
- Hembree, E.A. y Cahill, S.P. (2007). Obstacles to successful implementation of exposure therapy. En D.C.S. Richard y D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies*. Burlington, MA: Elsevier/Academic Press.
- Hembree, E.A., Foa, E.B., Dorfán, N.M., Street, G.P., Kowalski, J. y Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, 16, 555-562.

- Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kamphuis, J.H. y Telch, M.J. (2000). Effects of distraction and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure-based treatments for specific fears. *Behavior Research and Therapy*, 38, 1163-1181.
- Kozak, M.J., Foa, E. y Steketee, G. (1988). Process and outcome of exposure treatment with obsessive-compulsives: Psychophysiological indicators of emotional processing. *Behaviour Therapy*, 19, 157-169.
- Lang, A.J. y Craske, M.G. (2000). Manipulation of exposure-based therapy to reduce return of fear: A replication. *Behavior Research and Therapy*, 38, 1-12.
- Lang, P.J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- Lazarus, A. (1963). The results of behavior therapy in 126 cases of severe neurosis. *Behavior Research and Therapy*, 1, 69-79.
- Milosevic, I. y Radomsky, A. (2008). Safety behavior does not necessarily interfere with exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1111-1118.
- Moscovitch, D.A., Antony, M.M. y Swinson, R.P. (2009). Exposure-based treatments for anxiety disorders: Theory and process. En M.M. Antony y M.B. Stein (Eds.), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*. Nueva York: Oxford University Press.
- Mowrer, O.H. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of conditioning and problem solving. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and the symbolic processes*. Nueva York: Wiley.
- Ollendick, T.H., Öst, L.G., Reuterskiöld, L., Costa, N., Cederlund, R., Sirbu, C., Davis, T.E. y Jarrett, M.A. (2009). One-Session Treatment of Specific Phobias in Youth: A Randomized Clinical Trial in the United States and Sweden. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 504-516.
- Öst, L.G., Ferebee, I. y Furmark, T. (1997). One-session group therapy of spider phobia: Direct versus indirect treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 721-732.
- Öst, L.G., Salkovskis, P.M. y Hellström, K. (1991). One-session therapist-directed exposure vs. self-exposure in the treatment for spider phobia. *Behavior Therapy*, 22, 407-422.
- Öst, L. G., Svensson, L., Hellström, K. y Lindwall, R. (2001). One-session treatment of specific phobias in youths: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 814-824.
- Otto, M.W., Smits, J.A.J. y Reese, H.E. (2005). Combined Psychotherapy and pharmacotherapy for mood and anxiety disorders in adults: Review and analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 72-86.
- Powers, M.B., Smits, J., Leyro, T.M. y Otto, M. (2007). Transational research perspectives on maximizing the effectiveness of exposure therapy. En D.C.S. Richard y D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of the Exposure Therapies*. Burlington, MA: Elsevier/Academic Press.

- Radomsky, A.S., Rachman, S. y Hammond, D. (2002). Panic termination and the post-panic period. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 97-111.
- Rachman, S.J. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Rachman, S., Radomsky, A.S. y Shafran, R. (2008). Safety behavior: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 163-173.
- Rescorla, R.A. (2001). Experimental extinction. En R.R. Mowrer y S.B. Klein (Eds.), *Handbook of contemporary learning theories*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Richard, D.C y Lauterbach, D. (2007). *Handbook of Exposure Therapies*. Boston: Elsevier/Academic Press.
- Rothbaum, B.O., Meadows, E.A., Resick, P. y Foy, D. (2000). Cognitive-behavioral therapy. En E.B. Foa, T.M. Keane y M.J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD*. Nueva York: Guilford Press.
- Rowe, M. y Craske, M. (1998). Effects of an expanding-spaced vs. massed exposure schedule on fear reduction and return of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 701-717.
- Sosa, C. y Capafóns, J. (2008). *Fobias específicas*. Madrid: Pirámide.
- Telch, M.J., Valentiner, D.P., Ilai, D., Young, P.R., Powers, M.B. y Smits, J.A. (2004). Fear activation and distraction during the emotional processing of claustrophobic fear. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 229-232.
- Van Minnen, A. y Hagenars, M. (2002). Fear activation and habituation patterns as early process predictors of response to prolonged exposure treatment in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 359-367.
- Vansteenwegen, D., Diriks, T., Hermans, D., Vervlier, B. y Eelen, P. (2006). Renewal and reinstatement of fear: Evidence from human conditioning research. En M.G. Craske, D. Hermans y D. Vansteenwegen (Eds.), *Fear and learning: From basic processes to clinical implications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wilhem, F. y Roth, W. (2001). The somatic symptom paradox in DSM-IV anxiety disorders: Suggestions for clinical focus in psychophysiology. *Biological Psychology*, 57, 105-140.
- Wolitzky-Taylor, K., Horowitz, J.D., Powers, M. y Telch, M.J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1021-1037.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: University Press. (Trad. Desclée De Brouwer, 1975).
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Nueva York: Pergamon Press. (Traducción: La práctica de la terapia de conducta, Trillas, 1977).
- Zlomke, K. y Davis, T.E. (2008). One-Session treatment of specific phobias: A detailed description and review of treatment efficacy. *Behavior Therapy*, 39, 207-223.

La Desensibilización sistemática y técnicas de relajación

Marta Isabel Díaz, Arabella Villalobos y M^a Ángeles Ruiz

- 1. Desensibilización Sistemática: introducción**
- 2. Fundamentos teóricos**
- 3. Condiciones de aplicación de la Desensibilización Sistemática**
- 4. Procedimiento de aplicación**
 - 4.1. Elección de la respuesta incompatible con la ansiedad
 - 4.2. Elaboración de la jerarquía de estímulos
 - 4.3. Entrenamiento en imaginación
 - 4.4. Proceso de la Desensibilización Sistemática
 - 4.5. Variaciones en la aplicación de la Desensibilización Sistemática
- 5. Ámbitos de aplicación y evidencia empírica**
- 6. Mapa conceptual de la Desensibilización Sistemática**
- 7. Técnicas de relajación: introducción**
- 8. Fundamentación teórica**
 - 8.1. Modelos de efectos de la relajación
- 9. Consideraciones generales para aplicar las técnicas de relajación**
- 10. Entrenamiento en relajación progresiva**
 - 10.1. Procedimiento de la relajación progresiva
 - 10.2. Indicaciones generales para la práctica de la relajación progresiva
 - 10.3. Variaciones del procedimiento: la Relajación diferencial y la Relajación pasiva
- 11. Entrenamiento en relajación autógena**
 - 11.1. Procedimiento de la relajación autógena
 - 11.2. Indicaciones generales para la práctica del entrenamiento autógeno

12. Técnicas de respiración

12.1. Mecanismos autorregulatorios de la respiración

12.2. Tipos de respiración

12.3. Procedimiento del entrenamiento en respiración

12.4. Indicaciones generales para la práctica del entrenamiento en respiración

13. Principales aplicaciones y efectividad de las técnicas de relajación y respiración**14. Problemas asociados a la relajación****15. Mapa conceptual de las técnicas de relajación****16. Conclusiones y consideraciones finales****17. Resumen****18. Bibliografía recomendada****19. Referencias bibliográficas**



Joseph Wolpe (1915 – 1997), psiquiatra sudafricano, es famoso por haber diseñado la técnica de Desensibilización Sistemática, y por sus trabajos en el ámbito del entrenamiento asertivo. El uso de su técnica de Desensibilización Sistemática para el tratamiento de las fobias y la ansiedad constituyó una de las bases del nacimiento de la Terapia de Conducta. Desarrolló, además, el sistema de valoración cuantitativo del nivel subjetivo de malestar utilizado en la Desensibilización Sistemática (*Subjective Units of Disturbance Scale* - SUDS) y la valoración de la ansiedad subjetiva durante la utilización de otros procedimientos para el tratamiento de la ansiedad. Entre sus obras más conocidas figuran los clásicos: *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition* y *The Practice of Behavior Therapy*.



Edmund Jacobson (1888-1983), médico internista, psiquiatra y fisiólogo, es el creador del entrenamiento en relajación progresiva y uno de los primeros interesados en la psicofisiología clínica. Atraído por el estudio de los procesos de la mente y el cuerpo, y por la relación funcional entre ambos, Jacobson introdujo la aplicación de los principios psicológicos en la práctica médica y demostró la relación entre la tensión muscular excesiva y diferentes problemas médicos y psíquicos, convirtiéndose así en un precursor de la medicina psicosomática. En 1929, después de 20 años de investigación, publica sus resultados en el libro *Progressive Relaxation*, y posteriormente, en 1934, su obra para el público general *You must relax*.

Palabras clave

- Desensibilización Sistemática
- Inhibición recíproca
- Relajación
- Respuesta incompatible
- Jerarquía de ansiedad
- Relajación Progresiva
- Relajación Autógena
- Respiración

Objetivos

Este capítulo ha sido escrito con el objetivo de que el lector o lectora...

- Conozca y comprenda los fundamentos de la Desensibilización Sistemática
- Conozca el procedimiento básico de la aplicación de la DS y sus variantes principales, así como la aplicabilidad de estas variantes
- Conozca las principales técnicas de relajación utilizadas en el ámbito de la Terapia Cognitivo Conductual
- Maneje los criterios de la aplicación preferencial de los distintos tipos de entrenamiento en relajación.

1. Desensibilización Sistemática: introducción

Las técnicas de exposición utilizadas más recientemente para el abordaje de los trastornos de ansiedad, y que han sido revisadas en el capítulo anterior, proceden en gran medida del procedimiento desarrollado por Joseph Wolpe (1958 y 1969) denominado *Desensibilización Sistemática* (DS), y que constituyó la primera técnica de exposición en Terapia de Conducta. La DS es uno de los desarrollos tecnológicos que se dieron durante el surgimiento de la Terapia de Conducta, es decir, durante la primera generación de la Terapia de Conducta y de los que cuentan con mayor tradición en este ámbito, pudiendo considerarse una técnica emblemática en la Terapia Cognitivo Conductual, que sigue teniendo total cabida en el panorama actual.

Los estudios de Wolpe (1958) con neurosis experimentales inducidas en gatos, tomando en consideración los resultados de Watson y Rayner (1920) aplicando los principios del *condicionamiento clásico* a la eliminación de fobias, llevaron a Wolpe a diseñar un procedimiento de tratamiento de las fobias adaptado a los seres humanos: la Desensibilización Sistemática. La técnica estaba dirigida a reducir la ansiedad y las conductas de evitación suscitadas ante determinados estímulos, y consistía esencialmente en inducir en el sujeto una respuesta de relajación mientras se le exponía en imaginación a una jerarquía de estímulos que incrementaban gradualmente su intensidad. Al mantener al individuo el estado de relajación se impedía la producción de respuestas de ansiedad.

Este procedimiento se ha mantenido sin variaciones significativas hasta la actualidad, no obstante, la investigación de procesos ha cuestionado alguno de los que eran considerados principios básicos de la eficacia de la DS (e.g. la necesidad de producir un estado de relajación), así como la forma estándar de proceder en la aplicación de la técnica (e.g. el uso de imágenes y la utilización de una secuencia de intensidad ansiógena gradual). Independientemente del mecanismo (o mecanismos) implicado en su eficacia, lo que sí ha puesto de manifiesto de forma convincente la larga historia de investigación en torno a esta técnica es la utilidad del procedimiento aplicado a una gran variedad de contextos, problemas y trastornos de carácter fóbico.

2. Fundamentos teóricos

La DS tal y como fue propuesta y desarrollada por Wolpe está basada en los principios del condicionamiento clásico, de tal forma que la intensidad de una respuesta condicionada (RC) (la ansiedad) podía ser reducida estableciendo una respuesta incompatible con la ansiedad frente al estímulo condicionado (EC) (e.g. una serpiente), es decir, la presentación de un estímulo ansiogénico (EC) cuando no puede producirse la respuesta de ansiedad (RC) facilitaría la ruptura de la asociación estímulo-ansiedad. Esta forma de revertir el *condicionamiento clásico* fue

denominada *contra-condicionamiento por inhibición recíproca*. El concepto de *inhibición recíproca* procedía del concepto fisiológico de Sherrington (1961) que establecía que no pueden darse simultáneamente dos estados fisiológicos incompatibles (e.g. relajación y ansiedad).

La idea básica de la Desensibilización Sistemática es que la respuesta de ansiedad o miedo puede ser reducida o inhibida mediante la generación de una respuesta incompatible con la ansiedad (*inhibición recíproca*) tradicionalmente la respuesta de relajación. La relajación debe mantenerse a medida que se van presentando gradualmente en imaginación estímulos de intensidad ansiógena creciente, y de esta forma se va produciendo el debilitamiento de la conexión entre el estímulo y la respuesta de ansiedad que provoca (*contra-condicionamiento*).

Las asunciones teóricas de Wolpe sobre el papel de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático en la eliminación de la ansiedad han mostrado ser erróneas. Se ha argumentado que la relajación no funciona realmente como un mecanismo inhibitorio, o respuesta incompatible con la ansiedad, sino que simplemente permite que el paciente se mantenga en contacto con el estímulo temido un tiempo lo suficientemente largo como para que tenga lugar la extinción del miedo (McGlynn, 2005). Desde esta perspectiva la Desensibilización Sistemática sería una forma de exposición gradual y prolongada, con prevención de la respuesta de escape. Pero ¿es necesaria la relajación? La evidencia empírica ha mostrado hasta este momento que la relajación no es un elemento esencial para conseguir la reducción del miedo en la Desensibilización Sistemática (Todd y Pietrowski, 2007), sino que sería sólo un elemento que facilita la permanencia del individuo en contacto con el estímulo temido, al reducir el malestar que produce la terapia de exposición. Sin embargo, a pesar de la preocupación entre los clínicos acerca de la posibilidad de abandono del tratamiento debido al malestar (Richard y Gloster, 2007), lo cierto es que no está claro que el índice de abandono en la terapia de exposición sea mayor que en la DS con relajación.

La utilización de otras respuestas incompatibles con la ansiedad como hipnosis han dado excelentes resultados (Bourgeois, 1982) permitiendo acortar sustancialmente el procedimiento y poniendo nuevamente en tela de juicio la necesidad de la respuesta incompatible fisiológicamente. En este caso es probable que el cambio emocional y cognitivo producido por la visualización repetida del estímulo temido y el papel posterior de las sugerencias post-hipnóticas que promueven el mantenimiento de la atención sobre el foco del tratamiento, expliquen mejor el cambio terapéutico en la Desensibilización Sistemática que los procesos de *contra-condicionamiento e inhibición recíproca* propuestos inicialmente.

Aunque la Desensibilización Sistemática difiera procedimentalmente de otras técnicas o tratamientos de exposición, es probable que la eficacia de la Desensibilización Sistemática proceda de los mismos mecanismos que contribuyen a la eficacia en otras

modalidades de exposición, básicamente el proceso de extinción. (McGlynn, 2005; Taylor, 2002). De hecho, modelos explicativos de la eficacia de la Desensibilización Sistemática propuestos con posterioridad al modelo inicial (Davidson y Wilson, 1973; Foa y Kozak, 1986; Van Egeren, 1971) coinciden, aún apelando a distintos mecanismos, en que la exposición repetida al estímulo temido es la variable que permite la extinción del miedo y la generación de un nuevo aprendizaje, bien por reprocesamiento emocional (Foa y Kozak, 1986), por la implicación de distintas variables cognitivas (e.g. cambios de expectativas, cambios en la auto-eficacia, generación de nuevas creencias, etc.) o por la ayuda de elementos operantes (Davidson y Wilson, 1973). La presencia de una respuesta incompatible, el que la presentación de estímulos sea gradual, o que dichos estímulos se presenten en imaginación, parecen elementos de menor relevancia que la permanencia dilatada en contacto con el estímulo temido.

En resumen, a pesar de que originalmente la Desensibilización Sistemática fuese desarrollada y explicada a partir de los principios del *condicionamiento clásico*, lo cierto es que los mecanismos de cambio que implica son bastante más complejos que los iniciales y más cercanos al resto de los tratamientos de exposición que lo que cabía esperar inicialmente.

3. Condiciones de aplicación de la Desensibilización Sistemática

La Desensibilización Sistemática está especialmente dirigida al tratamiento de los miedos fóbicos, en aquellos casos en los que existe un estímulo condicionado de ansiedad, por esta razón se ha mostrado tan eficaz en el abordaje de las fobias específicas y aquellos problemas de ansiedad que se refieren a situaciones muy concretas, por ejemplo, el tratamiento del miedo a procedimientos dolorosos en niños (Ward, Brinkman, Slifer y Paranjape, 2010).

La elección de la Desensibilización Sistemática como técnica de tratamiento deberá tener en cuenta las siguientes consideraciones:

La Desensibilización Sistemática es más eficaz en problemas fóbicos que en problemas de ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia o trastorno obsesivo-compulsivo. En estos casos, la excesiva cantidad de miedos o preocupaciones, la falta de predictibilidad de la situación, la ausencia de recursos o habilidades personales, o la variabilidad del estímulo temido, hacen que este procedimiento no sea una opción adecuada.

Los resultados de la Desensibilización Sistemática serán más exitosos cuando el problema al que se aplique no se deba a un déficit de habilidades que esté siendo la causa del problema de ansiedad. Por ejemplo, no tendría mucho sentido poner en marcha una Desensibilización Sistemática para abordar la ansiedad ante los exámenes en el caso de un alumno que no ha estudiado lo suficiente. De hecho, en este

caso concreto la ansiedad experimentada ante los exámenes tendría un claro sentido adaptativo, pues le indicaría al alumno que las demandas exceden claramente sus recursos, y que debe ponerse a estudiar cuanto antes, pues muy probablemente si tiene los conocimientos consolidados su ansiedad se mitigue considerablemente. De forma inversa, si el alumno conoce bien la materia pero el nivel de ansiedad experimentado es tan intenso que le lleva a una mala ejecución o a la evitación de la situación de examen, sí tendría indicación la puesta en marcha de una Desensibilización Sistemática que desensibilizara al alumno a la situación de evaluación.

Los problemas fóbicos a los que se aplique la Desensibilización Sistemática no deben estar sustentados por las creencias del paciente, es decir, el individuo sabe que su ansiedad es irracional y tiene información ajustada sobre la situación a la que va a exponerse. Por ejemplo, la DS sería adecuada en el caso de una joven con fobia a los perros que sabe que la probabilidad de ser atacada por un perro es muy baja si cumple unas normas de seguridad, y que los perros pequeños es prácticamente imposible que puedan hierla de gravedad. Si esa misma joven creyese que los perros son realmente peligrosos e impredecibles, sería necesario realizar de forma previa a la Desensibilización Sistemática una labor psicoeducacional y de reestructuración cognitiva para eliminar dichas creencias.

4. Procedimiento de aplicación

La aplicación de la Desensibilización Sistemática requiere de unos pasos iniciales preparatorios antes de comenzar con las sesiones de desensibilización propiamente dichas. Estos pasos son:

1. Elección de la respuesta incompatible con la ansiedad y posible entrenamiento.
2. Elaboración de una jerarquía de ansiedad
3. Valoración de la capacidad imaginativa y entrenamiento en imaginación si se requiere.

Estas tres actividades pueden llevarse a cabo en paralelo durante las primeras sesiones en la consulta y deben estar dirigidas por el terapeuta. Es obvio que si el sujeto tiene un buen entrenamiento previo en relajación y su capacidad imaginativa es excelente el trabajo previo a las sesiones de desensibilización será únicamente la elaboración de la jerarquía de ansiedad.

4.1. Elección de la respuesta incompatible con la ansiedad

Aunque tradicionalmente la respuesta incompatible con la ansiedad utilizada en la Desensibilización Sistemática ha sido la relajación, puede utilizarse cualquier

otra respuesta que resulte incompatible con la ansiedad (meditación, hipnosis, estados emocionales positivos, auto-instrucciones asertivas, etc.). La clave es que se trate de una respuesta que pueda ser utilizada de forma rápida y fácil mientras se están presentando los estímulos evocadores de ansiedad.

Dentro las técnicas de relajación, quizá los procedimientos más utilizados en la aplicación de la Desensibilización Sistemática sean los derivados del entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson (1929) (Bernstein y Borkovec, 1983; Labrador, 1998). Este tipo de entrenamiento en relajación presenta la ventaja de tener una estructura muy sistematizada que facilita su entrenamiento y aprendizaje, a la vez que induce con relativa rapidez y facilidad un estado de distensión muscular que suele ser valorado muy positivamente por los pacientes.

A pesar de las ventajas que conlleva un procedimiento como la relajación, no siempre es posible utilizar esta respuesta incompatible. En algunas poblaciones como es el caso de los niños, a quienes les puede resultar difícil mantener la atención, puede ser más apropiado la utilización de *imágenes emotivas* para el afrontamiento de los miedos. Los creadores de esta técnica fueron Lazarus y Abramovitz (1979). Su objetivo principal consiste en suscitar un estado emocional diferente e incompatible con la ansiedad. Las imágenes emotivas son sugeridas por el terapeuta durante la exposición a los estímulos fóbicos y su objetivo es provocar respuestas emocionales incompatibles con la reacción de miedo. En nuestro país Méndez (1986 y 1999) ha desarrollado el programa de *escenificaciones emotivas* a partir de la técnica de Lazarus y Abramovitz. Este programa incluye, entre otros elementos, la exposición gradual en vivo al estímulo temido a través del desarrollo, en forma de juego, de la trama de una historia. El niño está inmerso en ese juego y el terapeuta le va pidiendo que afronte situaciones relacionadas con su miedo.

En otros casos el tipo de problema que se aborda hace aconsejable la utilización de una respuesta incompatible que resulte más ajustada. Por ejemplo, en algunos casos de disfunciones sexuales, como puede ser un problema de miedo a la interacción sexual, la respuesta de excitación sexual es más adecuada que la respuesta de relajación, y más coherente con la situación hacia la que se pretende dirigir el acercamiento del individuo.

4.2. Elaboración de la jerarquía de estímulos

La presentación gradual del estímulo temido requiere la elaboración de una jerarquía de exposición que ordene los pasos que se irán dando en el acercamiento y manejo del estímulo o situación temida. Esta jerarquía contempla desde los pasos más fáciles, a los más difíciles. Para la graduación de la intensidad de los ítems se utiliza una escala de ansiedad subjetiva de 0 a 100. Los ítems de la jerarquía deben ser concretos y cercanos a la realidad del sujeto, por ejemplo, puede no tener senti-

do en una fobia a las serpientes en un adolescente cuyo principal problema es que no puede ver películas en las que salgan estos animales o ir al zoo con sus amigos, el elaborar un ítem que describa a una serpiente anaconda saliendo del río Amazonas y aproximándose al joven, cuando el paciente no ha estado en la selva amazónica, ni en un sitio parecido, y quizá tampoco piensa hacerlo.

La construcción de una jerarquía lleva cierto tiempo y no es frecuente que se complete en una única sesión. Los pacientes pueden encontrar difícil decidir si una situación les genera más o menos ansiedad que otra, y tampoco suelen estar familiarizados con la asignación de puntuaciones a las situaciones provocadoras de ansiedad. Es importante que la distancia entre ítems no sea muy grande, si tenemos en cuenta que una jerarquía de ansiedad suele tener entre 10 y 15 ítems, es aconsejable que no haya más de 10 unidades entre ellos; si hubiese espacios mayores habría que tratar de generar un ítem intermedio. Es útil que la jerarquía comience con un ítem neutro o muy débil, cuyo afrontamiento resulte muy fácil, y que termine con el máximo de 100. Aunque estas pautas suelen ser útiles para la mayor parte de los problemas, algunos casos debido a su complejidad pueden requerir jerarquías más largas.

Es importante tener en cuenta que aunque el terapeuta ayudará al paciente en la elaboración de la jerarquía y en proveer detalles que permitan una imaginación más vívida y real de cada situación, es el propio paciente quien debe establecer el orden y los detalles que resulten relevantes. Por ejemplo, una paciente con fobia a las cucarachas indicaba que si la cucaracha echaba a volar se producía una disminución importante de la ansiedad, detalle que en otros pacientes, o en el propio terapeuta, podría haber producido un incremento de la ansiedad.

A continuación se muestran algunos ejemplos de jerarquías de ansiedad:

MIEDO A LAS ARAÑAS	MIEDO A INTERVENIR EN CLASE
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pensar en una araña. 2. Mirar un dibujo de una araña hecha por un niño. 3. Mirar un dibujo muy detallado de una araña. 4. Mirar una foto de una araña. 5. Mirar una tela de araña vacía. 6. Tocar una tela de araña vacía. 7. Mirar una araña en una caja. 8. Coger una caja con una araña. 9. Mirar una araña real mientras atraviesa la habitación, desde un extremo 10. Mirar una araña real desde el centro de la habitación. 11. Mirar una araña real que se acerca. 12. Dejar que una araña suba por algún objeto que tienes agarrado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. En casa, la noche antes de ir a clase. 2. En el autobús hacia el colegio antes de clase. 3. Caminando hacia tu clase. 4. Entrando en clase y caminando hacia mi pupitre. 5. Mirando a la gente que hay alrededor. 6. Caminando y diciendo hola a alguien en la clase. 7. Te sientas en la primera fila. 8. Miras al profesor a los ojos y sonríes. 9. Asientes ante un comentario que el profesor ha hecho en clase. 10. Haces una pregunta desde la primera fila de la clase. 11. Haces una pregunta desde la última fila de la clase, todos te miran. 12. Contestas una pregunta corta desde la primera fila. 13. Contestas una pregunta corta desde la última fila. 14. Contestando a una pregunta larga 15. Haces un comentario sobre una idea que se ha expuesto en clase

4.3. Entrenamiento en imaginación

Aunque la Desensibilización Sistemática puede desarrollarse en vivo, clásicamente la DS es un procedimiento que implica la exposición del estímulo temido en imaginación. La evaluación de la capacidad imaginativa del paciente es necesaria para poder detectar posibles problemas en la capacidad imaginativa que pudiesen interferir con la aplicación de la técnica. El objetivo es que durante la presentación de los ítems en imaginación, el individuo desarrolle una imagen mental lo más vívida posible, de tal forma, que exista cierta similitud con la realidad, y que esta imagen tenga la capacidad de suscitar ansiedad. Si el paciente carece de esta capacidad y la imaginación de las situaciones ansiógenas no genera ansiedad, deberá realizarse un entrenamiento en imaginación y valorar si la capacidad imaginativa desarrollada por el entrenamiento es adecuada para llevar a cabo la técnica de la Desensibilización Sistemática.

El entrenamiento en imaginación consiste en imaginar escenas concretas, añadiendo todo tipo de detalles. Por ejemplo, se pide al individuo que observe la habitación en la que está y que después trate de reproducirla en su mente. El terapeuta ayudará al paciente en la generación de un mayor número de particularidades, dándole indicaciones concretas de detalles que debe imaginar (e.g. observa el cuadro que hay en la pared a tu derecha, ¿eres capaz de ver sus colores?). Poco a poco se van haciendo cambios en la escena imaginada (e.g. imaginar que está vestido de forma diferente, que el peinado ha cambiado, que ha entrado una persona en la habitación, que la habitación está amueblada de forma diferente, etc.). A medida que el paciente va teniendo mayor habilidad se realizan cambios más complejos hasta lograr crear con la imaginación escenas muy diferentes y realistas. El entrenamiento en imaginación comienza con escenas neutras, que no tienen que ver con el problema de ansiedad, para una vez lograda una capacidad imaginativa adecuada, valorar si los ítems de la jerarquía producen la ansiedad que se les ha asignado durante su elaboración. Si durante la comprobación se observara que el nivel de ansiedad producido no es el asignado previamente (bien por exceso o por defecto) habrá que introducir nuevos ítems, o reasignar el orden, hasta lograr que cada uno de ellos tenga el valor deseado.

4.4. Proceso de la Desensibilización Sistemática

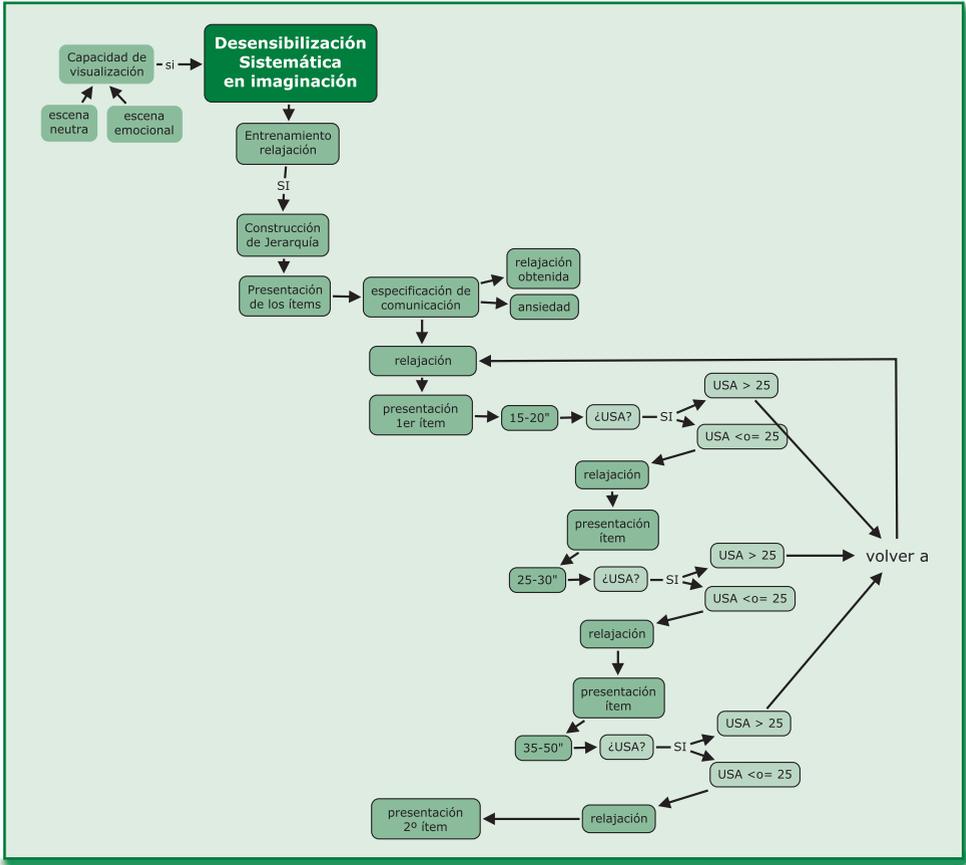
Como ya se ha indicado, una vez se ha producido el entrenamiento en relajación (u otra respuesta), se ha elaborado la jerarquía de ansiedad y se cuenta con una capacidad imaginativa adecuada, se comenzará con las sesiones de desensibilización.

Antes de las sesiones se acordará con el paciente la señal que debe hacer para indicar que está relajado o que siente ansiedad ante la presentación de algún ítem, en general se trata de una señal con alguno de los dedos de la mano.

La sesión de desensibilización comienza con el paciente reclinado en un sillón y desarrollando la respuesta de relajación que ha sido entrenada. Se le indica que realice la señal acordada cuando se encuentre en estado de relajación. En ese momento, estando el paciente relajado, se presenta el primer ítem de la jerarquía y se le pide que lo imagine con la mayor nitidez y autenticidad posible. Si ante la presentación del ítem el paciente indicase la existencia de ansiedad (la ansiedad se evalúa mediante una escala de 0 a 100 “USAs” –la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad– y se considera que un valor mayor que 25 en USAs equivale a ansiedad), se le daría la indicación de dejar de imaginar y volver a centrarse en la relajación. En caso de que no se produzca ansiedad el ítem se mantendrá en la imaginación durante unos 15 o 20 segundos, después de los cuales se le pedirá al individuo que vuelva a centrarse unos segundos en la relajación (40 o 50 segundos son suficientes) y se volverá a presentar el mismo ítem siguiendo las mismas pautas, si nuevamente no se produce ansiedad se realizará una nueva pausa para centrarse nuevamente en la relajación y después volver a presentar el ítem una tercera vez. Si no hay ninguna señal de la presencia de ansiedad durante la exposición, el tiempo de exposición del ítem se va haciendo un poco más largo en cada presentación (1^a: 15-20 s / 2^a: 25-30 s / 3^a: 35-50 s). Si hay problemas de ansiedad el tiempo de presentación no se alargará hasta que la exposición no se haya dado libre de ansiedad. En la Figura 1 puede verse la secuencia del procedimiento de Desensibilización Sistemática.

Es importante mantener siempre un tiempo de atención en la relajación no inferior a 40 segundos entre las exposiciones, pudiendo alargarse si aparecen señales de ansiedad. La presentación consecutiva de un ítem tres veces sin que se produzca ansiedad, o que la que se produzca no supere los 25 USAs es el criterio de desensibilización de él, en este momento es posible ya pasar al siguiente en la jerarquía. En general, en una sesión de desensibilización suele dar tiempo a desensibilizar 3 o 4 ítems. Si durante la exposición de un ítem se producen respuestas de ansiedad persistentes (se ha presentado ya cuatro veces y no hay reducción de la ansiedad), se aconseja retroceder al ítem desensibilizado anterior y terminar la DS para identificar el problema (ansiedad excesiva, dificultad en la imaginación y/o en la relajación, etc.). En algunos casos el terapeuta puede tratar de generar un ítem intermedio, entre el actual que presenta problemas y el desensibilizado inmediatamente antes. Si los problemas de ansiedad persistente se dan de forma frecuente en otros ítems, será necesario revisar la jerarquía elaborada.

Figura 1. Secuencia procedimental de la Desensibilización Sistemática



Como resumen-guía de manejo de la jerarquía de ansiedad durante las sesiones de desensibilización es útil tener en cuenta las siguientes indicaciones:

- El ítem que se esté desensibilizando debe producir sólo respuestas de ansiedad leve y manejable. Si el nivel de ansiedad experimentado es ligeramente inmanejable durante la presentación, deberá retrocederse a un ítem anterior, o generar uno nuevo.
- Seguir con la exposición con niveles de ansiedad por encima de lo recomendado puede empeorar el miedo durante una Desensibilización Sistemática. Hay que recordar que el tratamiento con DS requiere que la ansiedad experimentada durante las presentaciones sea completamente manejable, esta es la forma de proceder de la Desensibilización Sistemática.
- Es importante no progresar en la jerarquía hasta que el ítem que se está exponiendo esté completamente desensibilizado, para ello hay que mantenerse en el ítem hasta que la ansiedad se haya eliminado completamente o sea muy leve.

4.5. Variaciones en la aplicación de la Desensibilización Sistemática

La Desensibilización Sistemática fue desarrollada inicialmente como un procedimiento de exposición en imaginación y de aplicación individual, desarrollos posteriores, algunos del propio Wolpe (e.g. la Desensibilización Sistemática automatizada), han dado lugar a variantes de la técnica que permiten la adaptación a nuevas necesidades y contextos. Algunas de estas variaciones se describen brevemente a continuación:

4.5.1. Desensibilización Sistemática en vivo

La Desensibilización Sistemática en vivo implica la presentación de los ítems de la jerarquía en el contexto real, de esta forma se subsanan las desventajas que la presentación en imaginación pueda suponer y se reduce el tiempo de la intervención al no requerirse la exposición en vivo posterior que se aconseja con el procedimiento clásico. Por lo demás, el procedimiento se ajusta a los pasos que se siguen en la Desensibilización Sistemática con imaginación.

Quizá el problema principal en la Desensibilización Sistemática en vivo, sea la dificultad para conseguir la elaboración de una jerarquía de ansiedad con características similares a la que se realiza para la imaginación. Encontrar las situaciones que permitan una exposición gradual y graduada de la forma adecuada no siempre es fácil, por otra parte, la exposición en vivo conlleva siempre una cierta pérdida de control sobre la situación, que no se produce cuando se trabaja en imaginación.

4.5.2. Desensibilización Sistemática en grupo

La Desensibilización Sistemática en grupo permite una mejor optimización del tiempo de tratamiento, al poder reunir en un grupo a diversas personas (no más de seis) que seguirán conjuntamente el protocolo de intervención. Para ello, los componentes del grupo deberán coincidir en el problema que padecen y la jerarquía que se elabore deberá ser adecuada para todos. En este sentido la elaboración de la jerarquía puede entrañar mayor dificultad pues se necesita tener en cuenta la información de cada uno de los miembros del grupo. El ritmo de la presentación de los ítems se ajustará al miembro del grupo que avance más lentamente.

4.5.3. Desensibilización Sistemática enriquecida

La Desensibilización Sistemática enriquecida incorpora algún tipo de estimulación física que enriquezca la escena ansiógena imaginada, dotándole así de un mayor realismo (ruidos, olores, contacto físico, etc.). Este tipo de variante tiene espe-

cial utilidad cuando la exposición en vivo no es posible (e.g. en una fobia a las tormentas, se puede utilizar el sonido de los truenos), las imágenes no suscitan ansiedad y/o resulta difícil la concentración.

4.5.4. Desensibilización Sistemática automatizada y auto-aplicada

Este procedimiento coincide consiste en la elaboración de una jerarquía adaptada al problema específico del paciente, para después grabar las sesiones de desensibilización, con instrucciones de relajación incluidas, para que éste pueda poner en práctica el tratamiento por su cuenta. Esta opción presenta la ventaja de la auto-aplicación para aquellos pacientes que tienen dificultad en la asistencia de las sesiones, y tiene la desventaja de la falta de flexibilidad de las sesiones grabadas que restan cierta adecuación a la intervención. En general, sus resultados son satisfactorios (Wolpe, 1990).

5. Ámbitos de aplicación y evidencia empírica

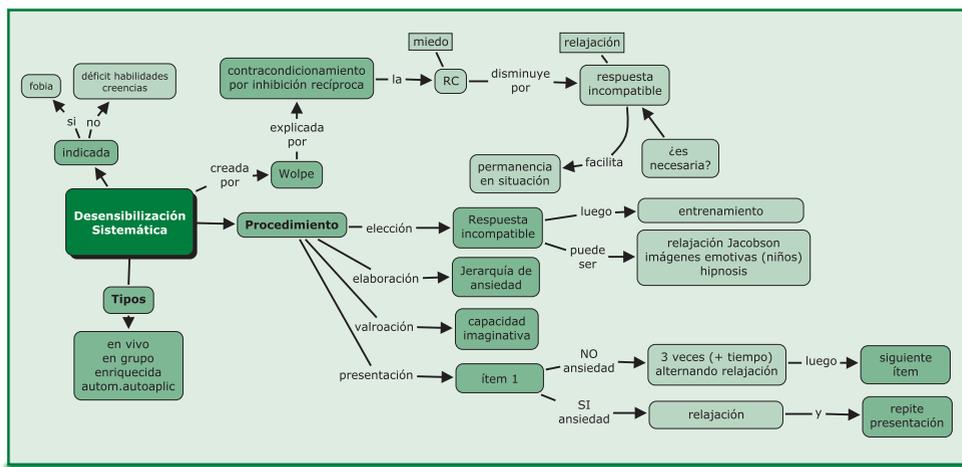
Como se ha venido señalando a lo largo del presente capítulo la Desensibilización Sistemática es un procedimiento que tiene especial utilidad en los problemas fóbicos. Es en este ámbito donde ha presentado los mayores niveles de eficacia (Hirai, Vernon y Cochran, 2007) siendo considerado por la American Psychological Association tratamiento probablemente eficaz para las fobias a los animales.

Sin embargo, los campos de aplicación de la Desensibilización Sistemática dentro del ámbito de la salud mental son mucho más amplios incluyendo problemas como las adicciones (e.g. alcoholismo), las disfunciones sexuales (e.g. parafilias) o los trastornos del comportamiento alimentario, donde puede ser de utilidad en el abordaje del miedo al incremento de peso o a la comida, pero donde todavía los resultados deben tomarse con cautela por tratarse de investigaciones que no cumplen con la rigurosidad metodológica exigida para considerar que la técnica aplicada a estos contextos tiene el suficiente aval experimental y empírico.

Dentro del ámbito de intervención de la medicina conductual merece la pena destacar el uso de la Desensibilización Sistemática en pacientes con cáncer que han desarrollado respuestas condicionadas de vómitos o náuseas a la situación de tratamiento, o su uso en la prevención y tratamiento de la ansiedad ante procedimientos dolorosos en niños (Ward et al., 2010). Así mismo, algunos estudios sobre el tratamiento de la ansiedad al dolor ha mostrado que la Desensibilización Sistemática es un procedimiento que resulta tan eficaz como la reestructuración cognitiva en pacientes con cefaleas migrañosas (Potter, 1999; Bamford, 2001).

Por otro lado, en el tratamiento de algunos problemas del sueño como las pesadillas, este procedimiento ha mostrado prometedores resultados (Lancee, Spoor-maker y Van den Bout, 2010), siendo considerado por el comité de práctica de la *American Academy of Sleep Medicine* tratamiento probablemente eficaz y segunda línea de tratamiento en las pesadillas de origen idiopático (Aurora, Zak, Auerbach, Casey, Chowdhuri, Karipott et al., 2010).

6. Mapa conceptual de la Desensibilización Sistemática



7. Técnicas de relajación: introducción

La relajación es probablemente la técnica más utilizada en las intervenciones psicológicas, siendo un elemento fundamental en algunos procedimientos como el caso de la técnica de Desensibilización Sistemática que se acaba de exponer. Probablemente es también uno de los procedimientos que tiene una aplicabilidad más diversa, siendo muy pocos los problemas y trastornos que no se pueden beneficiar, de una forma u otra, de sus efectos (Sultanoff y Zalaquett, 2000). La relajación tiene como objetivo reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior. Sus efectos, por tanto, no pertenecen sólo a una mera dimensión fisiológica, sino que también afectan a procesos emocionales, cognitivos, y conductuales.

El origen de las técnicas de relajación y respiración se sitúa en la cultura oriental vinculado a prácticas religiosas del hinduismo que pretenden a través de la meditación conseguir la contemplación, la sabiduría, la calma mental y la relajación corporal unidas al control respiratorio. Dentro de la Terapia Cognitivo Conductual cobran una importancia determinante cuando Wolpe encuentra la relajación como

la respuesta idónea para utilizarla como estrategia de *contracondicionamiento* en su técnica de Desensibilización Sistemática (Wolpe, 1958). Dentro del ámbito de la TCC, son dos los procedimientos estructurados que han cobrado mayor relevancia y tienen mayor aplicación: el *Entrenamiento en Relajación Progresiva* (Jacobson, 1939) y el *Entrenamiento en Relajación Autógena* (Schultz, 1931).

8. Fundamentación teórica

El entrenamiento en relajación es un proceso de aprendizaje gradual en reducción de la activación para así afrontar de una manera eficaz diversas situaciones. Esta reducción de la activación generalizada del organismo produce amplios y reconocidos beneficios sobre la salud y el equilibrio mental (Jacobs, 2001), muchos de ellos mediados a través del equilibrio del sistema nervioso autónomo (SNA) y su control sobre los sistemas automáticos y hormonales del cuerpo. Los cambios más significativos están mediados por su influencia en el equilibrio de las dos ramas del sistema nervioso autónomo: la rama Simpática que regula funciones de alerta y defensa como la temperatura del cuerpo, el ritmo cardíaco, el ritmo respiratorio, la circulación de la sangre y la tensión en tejidos musculoesqueléticos, entre muchas otras, y la rama Parasimpática, que regula funciones de ahorro y reposo, disminuyendo el consumo de oxígeno, y reduciendo las funciones fisiológicas de los mismos órganos y sistemas, por ejemplo, el ritmo cardíaco y respiratorio, el consumo de oxígeno, la presión arterial y los niveles de hormonas de estrés como la cortisona. Adicionalmente, el sistema nervioso puede disminuir su actividad general y mostrar un incremento de algunos neurotransmisores, como la serotonina, que modulan la actividad neuronal, induciendo de esta forma sensaciones de tranquilidad y alegría, que asociadas a la disminución del tono muscular (distensión), inducen relajación muscular.

Algunos de los cambios fisiológicos descritos durante los estados de relajación son los siguientes:

- Cambios en el patrón electroencefalográfico, de ritmos *beta* a *alfa*.
- Incremento de la circulación sanguínea cerebral.
- Descenso del consumo metabólico de oxígeno.
- Disminución del metabolismo basal.
- Relajación muscular.
- Vasodilatación arterial periférica.
- Regulación del gasto cardíaco (sangre total circulante por minuto).
- Disminución de la intensidad y frecuencia del latido cardíaco.
- Disminución de la presión arterial.

- Cambios respiratorios: disminución frecuencia, aumento en profundidad, y regulación del ritmo respiratorio.
- Aumento de la amplitud y capacidad inspiratoria.
- Disminución de la presión arterial parcial de O₂ y aumento de la de CO₂.
- Aumento de la serotonina.
- Disminución de la secreción adrenalina y noradrenalina
- Disminución de los índices de colesterol y ácidos grasos en plasma.

De esta forma, una persona en estado de relajación experimenta:

- Respiración tranquila, profunda y rítmica.
- Relajación muscular.
- Sensación de calor interno y cutáneo.
- Latido cardíaco rítmico y suave.
- Reducción del nivel de ansiedad.
- Mejoría de la percepción del esquema corporal.
- Sensación de paz y equilibrio mental.

8.1. Modelos de efectos de la relajación

Las explicaciones acerca de las vías que se ponen en marcha para conseguir los efectos de la relajación son diversos, existiendo propuestas muy específicas frente a otras más integradoras que plantean que cualquier estrategia de relajación produce un cambio psicofisiológico global en el organismo.

8.1.1. El modelo de efectos específicos

Las frecuentes desincronías identificadas entre los distintos sistemas de respuesta (cognitivo, conductual y somático) han llevado a algunos investigadores a desarrollar modelos de efectos específicos (Davidson y Schwartz, 1976) que sugieren que la relajación orientada a una determinada modalidad produce efectos sólo en esa modalidad. Según este modelo, el entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson únicamente produciría beneficios somáticos, útiles en problemas psicofisiológicos cuyo componente principal sea el somático (e.g. cefaleas tensionales).

8.1.2. Modelo de respuesta de relajación única

Según este modelo propuesto por Benson (1975 y 1983), la relajación produciría una respuesta única de desactivación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo que sería responsable de todos los efectos descritos a través de esta técnica.

8.1.3. Modelo integrativo

El modelo integrativo de la respuesta de relajación (Schwartz, Davidson y Coleman, 1978) sugiere que la mayor parte de los procedimientos de relajación tienen efectos muy específicos, así como un efecto general de reducción de la respuesta ante el estrés, es decir, la respuesta psicofisiológica específica producida por cada una de las técnicas, se superpondría a un efecto de relajación más generalizado. Por ejemplo, el entrenamiento autógeno tiene efectos específicos sobre las funciones autonómicas que se incluyen en los ejercicios autógenos (e.g. vasodilatación periférica, distensión muscular, etc.) pero también produce un efecto generalizado de desactivación simpática.

En general, a partir de los datos identificados por los distintos modelos se considera que es útil distinguir los efectos cognitivos, fisiológicos y somáticos derivados de cada procedimiento, y elegir la técnica de relajación en función de que los efectos específicos que se produzcan con ella sean coherentes con la disfunción psicofisiológica que se necesite abordar (e.g. el entrenamiento autógeno sería el procedimiento más indicado en problemas de carácter vascular, como el trastorno de Raynaud o las cefaleas de tipo migrañoso).

9. Consideraciones generales para aplicar las técnicas de relajación

Independientemente del tipo de entrenamiento en relajación que se elija hay una serie de condiciones que son requeridas o aconsejadas para cualquier procedimiento, tales como una ropa y lugar adecuado, instrucciones claras y precisas por parte del terapeuta, un tono de voz suave y tranquilo, garantía de que el paciente no presenta ningún problema importante que desaconseje el entrenamiento, o motivación y comprensión por parte del paciente de la utilidad y adecuación de la técnica a su problema.

Es importante resaltar que la evidencia de su eficacia ha producido dentro de la Terapia de Conducta una tendencia profusa a emplear su aplicación como procedimiento prioritario o como componente de otros programas terapéuticos, ayudando por ejemplo a la exposición de situaciones temidas y a los cambios cognitivos necesarios en determinados trastornos. Sin embargo, es preciso señalar que las condiciones básicas que se requieren para su práctica y lo que implica la propia situación de relajación (ponerse en contacto con las sensaciones corporales, limitando la estimulación externa) pueden constituir un contexto cuyo afrontamiento puede no resultar fácil para algunos pacientes que experimentan dificultad al tener que permanecer quietos, notando más intensamente sus sensaciones corporales, siendo especialmente importante el manejo de estas dificultades por parte del terapeuta. En este

sentido, en algunos trastornos como la hipocondría, la agorafobia, o sensaciones físicas intensas de ansiedad, etc., el entrenamiento en técnicas de relajación supone una exposición a esas sensaciones de malestar que puede producir una reactividad fisiológica aún mayor, acompañada de una necesidad de movimiento por lo que el terapeuta debe de plantear el entrenamiento considerando la nueva situación y estar en condiciones de ajustar su intervención reduciendo los objetivos de la sesión, dando pautas que faciliten la ejecución (e.g. permitir los ojos abiertos al comienzo) y, en resumen, considerando el entrenamiento como un proceso más o menos largo de habituación.

Aunque la idea que transmite la posibilidad de practicar la relajación es la de alcanzar una sensación profunda de bienestar, lo cierto es que durante el entrenamiento en relajación es frecuente que aparezcan respuestas físicas molestas, tales como: calambres musculares, espasmos, sensación de mareo, etc. El terapeuta deberá comentar con el paciente previamente la posibilidad de que aparezcan tales repuestas, tranquilizar al paciente si se dan recordando que son reacciones normales que desaparecerán a medida que continúa el entrenamiento. En las ocasiones en las que aparezcan reacciones emocionales intensas (e.g. llanto, risa, etc.), el terapeuta debe de valorar si es adecuado dejar unos segundos y continuar con el entrenamiento o comentar con el paciente lo que le está ocurriendo.

Por último, hay que tener en cuenta que en personas mayores o con algún deterioro orgánico se debe de valorar el tipo de técnica que se va a aplicar realizando las modificaciones adaptadas para cada caso. Por otro lado, con niños pequeños pueden utilizarse las técnicas de relajación siempre que estos posean una serie de habilidades básicas, tales como poder permanecer sentados en una silla durante un corto periodo de tiempo, mantener contacto ocular, poder imitar conductas y responder a órdenes sencillas.

10. Entrenamiento en relajación progresiva

Su desarrollo se debe a Edmund Jacobson (1939) quien comprobó en su laboratorio de fisiología clínica de Chicago que tensando y distendiendo una serie de músculos y percibiendo las sensaciones corporales que se producían, se eliminaban casi por completo las tensiones y contracciones musculares, induciéndose un estado de relajación profunda. En el procedimiento original de Jacobson se describían más de sesenta ejercicios y varios meses de entrenamiento para lograr un nivel de relajación aceptable, en la actualidad los procedimientos basados en la Relajación Progresiva (RP) son considerablemente más breves en tiempo de entrenamiento y en número de ejercicios implicados.

Una de las adaptaciones del procedimiento original más utilizadas en el ámbito de la Terapia Cognitivo Conductual es la de Bernstein y Borkovec (Bernstein y Borkovec, 1983; Bernstein, Borkovec y Hazlett-Stevens, 2000) que consiste en practicar con 16 grupos musculares, teniendo una duración en torno a 30-40 minutos en las primeras semanas. Posteriormente, conforme se adquiere mayor destreza en la práctica de la técnica, se reduce tanto la duración como el número de ejercicios, pasando a realizar ejercicios con cuatro grupos musculares (brazos, cabeza, tronco y piernas) o en uno sólo que implique a todo el cuerpo. Aunque evidentemente, el procedimiento de Bernstein y Borkovec guarda mucha similitud con el método de Jacobson, también es cierto que existen diferencias importantes que señalar entre los procedimientos modificados y el original (Lehrer, Woolfolk y Goldman, 1986), la Tabla 1 recoge dichas diferencias más significativas.

Tabla 1. Comparación entre el entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson y los procedimientos modificados

MÉTODO DE JACOBSON	PROCEDIMIENTOS MODIFICADOS
Mayor énfasis fisiológico.	Énfasis también cognitivo y conductual.
Centrado en modificar los niveles de tensión en sí mismos, usando ejercicios de tensión y relajación.	Centrado también en la percepción de la tensión emocional y física, y el estado cognitivo que se asocia a la relajación.
Evita la utilización de estrategias de apoyo (e.g. sugerencias hipnóticas) para no generar dependencia de ellas.	Puede utilizar estrategias adicionales para mejorar el cumplimiento y la percepción de la relajación.
Pretende la captación de niveles y focos de tensión muy leves y concretos.	Está más centrado en detectar niveles de tensión y relajación más globales.
Se enfatiza la utilización de las sesiones para el aprendizaje de la técnica, no tanto para la experimentación del estado cognitivo y emocional que supone la relajación.	El objetivo de las sesiones de entrenamiento no sólo es el aprendizaje de la técnica, sino conseguir experimentar las sensaciones asociadas al estado de relajación.
La generalización de las habilidades se produce a través de la práctica diaria, particularmente aplicando la relajación en las situaciones de alto impacto emocional.	La generalización se produce también mediante el condicionamiento de palabras que sirven como estímulos condicionados para reproducir el estado de relajación

Modificado de Lehrer, Woolfolk y Goldman (1986).

10.1. Procedimiento de la relajación progresiva

En general, el objetivo del entrenamiento en Relajación Progresiva es reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular. El procedimiento para conseguirlo consiste en tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación. Durante la fase de tensión, la contracción del músculo debe notarse, facilitando así la percepción de las sensaciones asociadas a la tensión, a su vez la percepción de la tensión lleva a discriminar mejor y la respuesta de relajación subsiguiente, y a abundar en ella. En la fase de distensión no se debe de realizar ningún esfuerzo activo y simplemente consiste en permanecer pasivo experimentando el alargamiento muscular que se produce al soltar rápidamente toda la tensión.

Como se ha indicado, la ejecución consiste en tensar y destensar inicialmente 16 grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación. A continuación se presentan algunas indicaciones acerca de cómo lograr la tensión en cada grupo muscular:

1. Mano y antebrazo dominantes	Apretar el puño dominante
2. Brazo dominante	Apretar el codo contra el brazo del sillón
3. Mano y antebrazo no dominantes	Apretar el puño no dominante
4. Brazo no dominante	Apretar el codo contra el brazo del sillón
5. Frente	Levantar las cejas con los ojos cerrados y arrugar la frente
6. Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz
7. Boca	Apretar las mandíbulas, sacar la barbilla hacia fuera y presionar el paladar con la lengua
8. Cuello y garganta	Empujar la barbilla contra el pecho pero hacer fuerza para que no lo toque
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda	Arquear la espalda como se fueran a unir los omóplatos entre sí
10. Región abdominal o estomacal	Poner el estómago duro y tenso
11. Muslo dominante	Apretar el muslo contra el sillón
12. Pantorrilla dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba
13. Pie dominante	Doblar los dedos hacia adentro sin levantar el pie del suelo
14. Muslo no dominante	Apretar el muslo contra el sillón
15. Pantorrilla no dominante	Doblar los dedos del pie hacia arriba
16. Pie no dominante	Doblar los dedos hacia dentro sin levantar el pie del suelo

El procedimiento con cuatro grupos musculares consiste en el mismo que el anterior, pero tensando secuencialmente (en un solo movimiento) las siguientes zonas musculares:

1. Los brazos y manos dominantes y no dominantes.
2. Tronco.
3. Cara y cuello.
4. Piernas y pies dominantes y no dominantes.

10.2. Indicaciones generales para la práctica de la relajación progresiva

La práctica de la Relajación Progresiva requiere tener en cuenta una serie de indicaciones específicas al realizar el entrenamiento (Chóliz, 1998):

- Se trata de seguir una secuencia ordenada y procurar que sea la misma en todas las ocasiones (comenzando por las manos y acabando por los pies, o viceversa).
- Si se olvida algún músculo por tensar y relajarse, se aconseja continuar con el siguiente. No obstante, para evitar los olvidos lo más adecuado es hacer un repaso mental de los músculos antes de comenzar la relajación.
- El tiempo de duración de la tensión deber ser de unos cuatro segundos aproximadamente, para pasar inmediatamente a relajar el músculo dejándolo suelto, como si se separara de repente de los tendones que lo sujetan. Debe mantenerse el músculo relajado durante unos quince segundos aproximadamente antes de tensar de nuevo.
- Lo que se pretende al tensar un músculo es facilitar la distensión, por lo que no se debe tensar con demasiada fuerza pues se pueden producir contracturas y malestar.
- Al relajar debe soltarse el músculo de repente, no hay que distenderlo lentamente pues ello requiere un control mayor de los músculos antagonistas.
- Es útil imaginar en cada momento los músculos que está tensando y relajando, su forma, especialmente cuando el músculo está relajado, y notar cómo se sigue distendiendo por sí mismo después de soltarlo.
- Es aconsejable concentrarse durante un tiempo en la agradable sensación de relajar cada músculo.
- Una vez que han relajado todos los músculos, es aconsejable hacer un repaso mental de ellos, comenzando del final al principio de la secuencia. Se facilita así la auto-exploración de las partes que no se haya logrado relajar convenientemente, no siendo preciso tensar ningún músculo en esta fase.

10.3. Variaciones del procedimiento: la relajación diferencial y la relajación pasiva

Relajación Diferencial

Desarrollada por Bernstein y Borcovek (1983), pretende que el paciente aprenda a tensar solamente aquellos músculos relacionados con la ejecución de una tarea. Supone un entrenamiento en conciencia corporal muscular para reconocer como a veces se tensan muchos músculos que no están implicados en las acciones que se llevan a cabo con el consiguiente precio de desgaste y cansancio.

En general para su aplicación se requiere que la persona haya sido entrenada en el procedimiento básico con el fin de que pueda identificar la tensión durante las actividades diarias y relajar la musculatura que está tensa de una manera innecesaria.

Esta forma de relajación está especialmente indicada para aquellas personas que tienden a realizar las acciones cotidianas tensando la musculatura que está cercana a los músculos requeridos para cada acción y también para aquellas que han desarrollado patrones tensionales crónicos.

Relajación Pasiva

Esta variante fue desarrollada por Schwartz y Haynes (1974) y en ella no se utilizan los ejercicios para tensar grupos musculares. Para ello la voz del terapeuta dirige la atención del cliente a todos los grupos musculares dando instrucciones de relajación e introduciendo referencias a sensaciones de peso y calor. Está especialmente indicada para aquellas personas de edad avanzada o con problemas físicos que desaconsejan los ejercicios de tensión.

11. Entrenamiento en relajación autógena

El entrenamiento en Relajación Autógena fue desarrollado por el neurólogo berlinés Johannes Heinrich Schultz (1931) y publicado inicialmente en su libro *El Entrenamiento Autógeno*. Este método de relajación se basa en el descubrimiento de que la mayoría de las personas son capaces de alcanzar un estado de relajación profunda a través de representaciones mentales de las sensaciones físicas, especialmente de las sensaciones de peso y calor. Este procedimiento parece actuar a través del sistema nervioso autónomo, restableciendo el equilibrio entre las ramas simpática y parasimpática y tiene mayores efectos que otras técnicas de relajación en los trastornos asociados con la disfunción autónoma como la hipertensión o las migrañas.

El entrenamiento autógeno presenta diferencias en función de las características de cada paciente siendo determinantes a la hora de evaluar su adecuación y utili-

dad: el grado de motivación y la capacidad de autosugestión de cada sujeto, los niveles autonómicos basales y las variables de personalidad.

El procedimiento de aprendizaje que Schultz diseñó se basaba en tres principios básicos:

1. La repetición mental durante breves periodos de tiempo de fórmulas verbales que describiesen las distintas respuestas psicofisiológicas.
2. La concentración pasiva del paciente.
3. La reducción de la estimulación exteroceptiva y propioceptiva.

11.1. Procedimiento de la relajación autógena

La práctica del entrenamiento en relajación autógena consta de varios ejercicios de concentración pasiva en las sensaciones de:

- Peso en brazos y piernas,
- Calor en brazos y piernas,
- Movimiento del corazón,
- La autonomía del proceso respiratorio,
- El calor abdominal interno (plexo solar),
- La diferencia de temperatura entre la frente y el aire circundante.

Los ejercicios consisten en centrar la mente en fórmulas cortas y repetitivas y, al mismo tiempo, intentar imaginar de forma intensa lo que sugieren. Es importante cuidar la forma de acabar los ejercicios. La terminación estándar para regresar al estado habitual se realiza en tres etapas: 1) inspiración profunda, 2) fuerte flexión y 3) estiramiento de brazos y piernas y abrir los ojos.

Se trata de un procedimiento muy estructurado que gira en torno a dos Grados o Ciclos: un Grado Inferior o ejercicios propiamente de relajación y un Grado Superior o ejercicios de imaginación.

Grado Inferior

El Grado Inferior del entrenamiento autógeno sirve sobre todo para la relajación. Por lo general, se compone de siete ejercicios que mediante autosugestión dan lugar a sucesivas sensaciones de reposo, pesadez y calor en brazos y piernas, descenso del ritmo cardiaco y respiratorio, calor en el plexo solar y frescor en la frente. La duración recomendada de estas sesiones es de 3 a 5 minutos, nunca se deberá exceder de ese tiempo ya que podría ser contraproducente.

Las indicaciones para realizar los ejercicios del Ciclo inferior se recogen en el siguiente tabla:

Tabla 2. Ejercicios del ciclo inferior e indicaciones

Ejercicio de reposo	Lleva a un estado de calma al cuerpo y a la mente. Se suelen emplear frases como: <i>“Estoy tranquilo, mi cuerpo y mi mente están tranquilos”</i> .
Ejercicio de peso	Se provoca la sensación de peso en las extremidades, Se suele emplear la frase: <i>“mis brazos y mis piernas están muy pesados.”</i>
Ejercicio de calor	Se provoca un aumento de la temperatura en las extremidades. Un fórmula típica es <i>“mis brazos y piernas están calientes”</i> .
Ejercicio de respiración	Se producen una inspiración y espiración tranquilas. Se emplea la frase: <i>“mi respiración es tranquila y regular”</i>
Ejercicio para el corazón	Se pone la concentración en los latidos del corazón. Se emplean frases como <i>“mi corazón late regularmente”</i> .
Ejercicio abdominal	Se dirige la atención al plexo solar. Se emplea la frase: <i>“mi abdomen es una corriente de calor”</i>
Ejercicio de la cabeza	Se dirige la concentración a la cabeza con frases del tipo <i>“mi mente está clara”</i>

Grado Superior

En el Grado Superior se tratan los problemas mediante la sugestión hasta lograr solucionarlos o, al menos, mitigarlos. Algunos ejercicios que suelen emplearse son los siguientes:

- Experiencia con colores: dirigir la vista al centro de la frente y hacer surgir un color en la imaginación.
- Imaginar objetos concretos: una vela encendida, una rosa, etc.
- Dar forma a valores abstractos: esperanza, amor, coraje, etc.
- Imaginar que se va por el fondo del mar.
- Imaginar que se sube a la cima de una montaña.
- Imaginarse uno mismo con determinados propósitos, por ejemplo: *“Voy a afrontar con éxito esa situación”*.

El requisito para realizar los ejercicios del Grado Superior es dominar los del Grado Inferior. En esta fase es frecuente vivir sueños lúcidos con posteriores recuerdos claros y permanentes. Tras los habituales ejercicios introductorios de reposo, pesadez, calor, respiración, corazón y abdomen, se mantiene la fase de meditación profunda del abdomen y se sigue trabajando con la siguiente fórmula: *“En mi imaginación veo un color”* y a partir de este color se desarrolla una visión.

11.2. Indicaciones generales para la práctica del entrenamiento autógeno

Como en cualquier otro procedimiento de relajación, la práctica correcta de este tipo de entrenamiento requiere seguir una serie de indicaciones generales en la forma de proceder:

- El cliente debe de mantener una imagen representativa de la autosugestión que se está indicando y mantener una actitud de observación pasiva de los cambios.
- Cada uno de los ejercicios es practicado diariamente y no se ha de introducir un nuevo ejercicio hasta que no se domine el anterior.
- Cada vez que se avanza con un nuevo ejercicio se deben repasar y practicar los anteriores.
- Nunca se han de entrenar los ejercicios del Grado Superior hasta que no se hayan dominado los del Grado Inferior.
- Al iniciar el Grado Superior del entrenamiento el cliente debe girar los globos oculares hacia arriba y hacia adentro como si intentase mirar el centro de la frente.
- Durante el desarrollo del programa si se presentan sensaciones físicas como hormigueo, excesiva sensación de calor etc. que resultan molestas, éstas pueden ser debilitadas cambiando las fórmulas utilizadas, por ejemplo, en lugar de *muy caliente* se puede emplear *caliente*.
- Si se presentan pensamientos intrusivos se le indica al paciente que debe de completar el pensamiento y volverse a concentrar en la fórmula.

12. Técnicas de respiración

La respiración es un proceso esencial en la regulación de la actividad metabólica del organismo. Mediante el intercambio de gases durante la respiración se produce tanto el aporte de oxígeno necesario para las funciones celulares, como la expulsión de los que se generan en dicha combustión. Se trata de un proceso que se desarrolla en las siguientes fases: a) *Inspiración*: El aire penetra por las fosas nasales y llega a los pulmones a través de los bronquios hasta llegar a los alveolos donde se difunde al torrente sanguíneo. b) *Pausa inspiratoria*: Tras la inspiración se produce una pequeña pausa durante la cual los pulmones se mantienen en un estado de inflación que facilita el intercambio gaseoso (entra O₂ y sale CO₂). c) *Espiración*: El CO₂ penetra en los alveolos y es expulsado al exterior. d) *Pausa espiratoria*: A la espiración le sigue una pausa durante la cual los pulmones permanecen en reposo.

La frecuencia de los movimientos respiratorios de inspiración y espiración constituye el ritmo respiratorio. El ritmo en la actividad respiratoria y el volumen de la misma dependen de la actividad del organismo y hay numerosos factores que pueden modificarlo pues se trata de un mecanismo auto-regulatorio que, por tanto, varía en función de las necesidades fisiológicas del individuo y del propio estado emocional. Un patrón respiratorio adecuado produce en estado de reposo un aumento del control parasimpático, porque las tasas inspiratorias bajas y la prolongación en periodos de espiración incrementan los niveles de CO₂ en sangre. Por todo ello, el control respiratorio puede contribuir a modular voluntariamente la acción del sistema nervioso autónomo e incrementar el tono vagal reduciendo la sobreactivación simpática que se produce en situaciones de estrés.

Las técnicas de control de la respiración constituyen el procedimiento más antiguo conocido para reducir los niveles de activación. Sus orígenes se sitúan en oriente y en la India donde las prácticas de la meditación incluyen como elemento esencial pautas respiratorias reguladas conocidas como *pranayamas*. En occidente su importancia se reconoce unida a las técnicas de relajación y es a comienzos de los años 70 cuando se diseñan estrategias respiratorias específicas para el control de la activación. Estas técnicas tienen como objetivo enseñar a las personas a mejorar la capacidad funcional de sus pulmones, al tiempo que regulan su ritmo natural respiratorio. Se trata de que la persona aprenda el control voluntario de su respiración, de forma que lo pueda aplicar en las situaciones donde la respiración se encuentra alterada. Al conseguir una respiración diafragmática y un ritmo respiratorio lento se reduce la activación fisiológica y psicológica, suscitándose una sensación generalizada de tranquilidad y bienestar (Speads, 1988).

12.1. Mecanismos auto-regulatorios de la respiración

Como señala Speads (1988) existen una serie de mecanismos auto-regulatorios de la respiración, es decir, *medidas de emergencia* de carácter reflejo que permiten suministrar al organismo el aporte de oxígeno necesario cuando hay un incremento de la demanda, y el patrón respiratorio anterior se hace deficiente para esas necesidades. A partir de estos signos se puede intencionalmente favorecer la recuperación de un patrón adecuado mediante las técnicas concretas diseñadas para este fin. Los mecanismos auto-regulatorios más comunes son los siguientes (Chóliz, 1998; Lodes, 1990):

- *Bostezos*: se producen por una contracción profunda del diafragma que da lugar a un intercambio masivo de aire. Suelen aparecer después de un periodo de respiración superficial o bien en los casos en los que se aporta menos

oxígeno del que se necesita, por ejemplo, cuando se está cansado. Con la inhalación masiva de aire, el bostezo equilibra la eficiencia respiratoria.

- *Elevación involuntaria de hombros y omóplato.* Permite el ensanchamiento de la caja torácica, facilitando cualquier ejercicio de inspiración.
- *Suspiros.* Se trata de una inhalación lenta y silenciosa seguida de una exhalación repentina y ruidosa. También va precedido de un patrón deficiente de respiración.
- *Estiramientos.* Facilitan los movimientos de ensanchamiento necesarios para una profunda ventilación y evitan la disminución del tono muscular que induce una respiración cada vez más superficial.

12.2. Tipos de respiración

Teniendo en cuenta la musculatura implicada y las zonas donde se concentra el aire inspirado se suele distinguir entre tres tipos de respiración: costal, diafragmática y abdominal.

- *Respiración costal.* La respiración costal superior o clavicular es el patrón respiratorio más superficial, si bien es el más frecuente, a la vez que el menos saludable. La mayor parte del aire se concentra en la zona superior de la caja torácica, por lo que no llega a producirse una ventilación completa y gran parte de los músculos de la respiración (especialmente el diafragma) permanecen con baja actividad.
- *Respiración diafragmática.* Se produce gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen. El diafragma participa activamente. Se trata del tipo de respiración fisiológicamente más adecuado.
- *Respiración abdominal.* El tórax permanece inmóvil y es el abdomen el que demuestra una extraordinaria movilidad.

12.3. Procedimiento del entrenamiento en respiración

El objetivo del entrenamiento en respiración es conseguir un patrón respiratorio apropiado fisiológicamente que generalmente será adecuado para reducir las diferentes alteraciones respiratorias. No obstante, el tipo de ejercicios variará en función del objetivo de cada intervención. La inspiración correcta fisiológicamente es vía nasal (calienta y humedece el aire, filtra y elimina impurezas y gérmenes), de manera que es la que debemos utilizar en todos los ejercicios de respiración. La espiración adecuada fisiológicamente y la recomendable, por tanto, en relajación también es la nasal (Chóliz, 1998).

De forma previa al comienzo de los ejercicios es importante evaluar tanto los niveles pulmonares, como el tipo de respiración habitual en diferentes condiciones. Debe determinarse el tipo de respiración habitual en diferentes posiciones (de pie, sentado o tumbado) registrando fundamentalmente los siguientes aspectos: a) duración de la inspiración y espiración, b) inspiración nasal o bucal, c) la capacidad respiratoria general, d) la fluidez de la respiración y e) los problemas respiratorios específicos.

Puesto que la respiración varía en función de las necesidades del organismo no se puede pretender una respiración estándar para todas las situaciones. En general los ejercicios consisten en series de inspiración y espiración con pausas intermedias, incluyendo modificaciones (e.g. espiración nasal o bucal, inspiración y espiración más o menos lenta, regular o intensa, diferentes posiciones del cuerpo, movimiento de brazos u hombros, etc.) (Speads, 1988).

12.3.1. Descripción de algunos ejercicios de respiración

Respiración profunda

Se trata de un ejercicio útil para la reducción del nivel de activación general. Las indicaciones son las siguientes:

- *Sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda.*
- *Imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen, debajo de donde apoyan las manos.*
- *Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando de aire la bolsa y cómo la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante 3-5 segundos.*
- *Mantener la respiración. Repetirse interiormente "mi cuerpo está relajado"*
- *Exhalar el aire despacio, al mismo tiempo que uno mismo se da indicaciones o sugerencias de relajación.*

El entrenamiento mediante este ejercicio consiste, en general, en realizar 4 o 5 ejercicios de respiración seguidos y repetir los ejercicios entre diez y quince veces al día, por la mañana, tarde, noche, y especialmente en situaciones estresantes.

Respiración contada

Consiste en entrenar una respiración diafragmática, dirigiendo el aire a la parte inferior de las costillas y, a medida que se inspira, se da la indicación de pensar en una palabra (e.g. *calma*) y en otra al espirar (e.g. *relax*). Se recomienda hacerlo diez veces seguidas y repetir el ejercicio unas veinte veces.

Respiración abdominal

Se trata de entrenar la respiración moviendo únicamente el abdomen intentando que permanezca inmóvil la musculatura torácica y clavicular.

Respiración intercostal o media

En este caso el objetivo es dirigir el aire hacia la zona media del tórax, hacia los costados, para favorecer la movilidad de la musculatura intercostal y del tórax.

Respiración alternada

La práctica concreta de este ejercicio respiratorio implica:

- Utilizar una posición cómoda y relajada.
- Colocar el dedo pulgar en la ventana nasal derecha y los dedos anular y medio en la izquierda.
- Ocluir la ventana derecha con el pulgar e inspirar con la izquierda lenta y tranquilamente.
- Separar el pulgar y ocluir con los otros dedos la ventana izquierda.
- Espirar por la ventana derecha.
- Mantener el aliento un instante e inspirar por la derecha, manteniendo cerrada la izquierda. Cuando se desee espirar debe hacerse por la izquierda.

Ejercicios cotidianos

Además de los ejercicios anteriores que se practican en las sesiones de entrenamiento, se pueden realizar otros ejercicios respiratorios durante la jornada sin necesidad de incluirlos en sesiones estructuradas (Chóliz, 1998), pues además de producir una respuesta automática auto-regulatoria permiten aumentar la conciencia respiratoria y cambiar pautas perjudiciales

Algunos de los más característicos son los siguientes:

- En posición sentada, dejar que la respiración fluya y notar qué cavidades llena.
- Tirarse de la nariz, abrirse las fosas nasales a la vez que se inspira.
- Oler, inspirar olisqueando.
- Realizar ejercicios para bostezar (e.g. estirarse, abrir la boca, castañetear, mover la mandíbula inferior, etc.).
- Realizar ejercicios para suspirar, como por ejemplo suspirar a la vez que inclinamos el cuerpo hacia adelante soltando el aire.

12.4. Indicaciones generales para la práctica del entrenamiento en respiración

Las sugerencias específicas para la práctica correcta de estos procedimientos de relajación son las siguientes:

- En general se suele establecer un tipo de respiración diafragmática, que llene de aire la parte inferior, media y superior de los pulmones.
- El flujo de aire durante la respiración suele ser el siguiente: durante la inspiración debe llenarse primero la parte inferior (abdominal) y posteriormente la zona costal media y costal superior. La espiración se caracteriza por la expulsión del aire por el mismo orden por el que se ha inspirado.
- La secuencia más característica es la de inspiración-pausa-espiración-pausa.
- Normalmente la respiración debe ser fluida, constante y no forzada.

La práctica de los ejercicios de respiración puede acompañarse de movimientos de brazos (brazos pegados al costado que ascienden hasta ponerse en cruz a la vez que se inspira y bajan hasta los costados mientras se suelta el aire), u hombros (llevarlos hacia delante al inspirar y retroceder al espirar), para favorecer la inhalación y exhalación de volúmenes considerables de aire, al mismo tiempo que ejercitar la musculatura respiratoria implicada.

13. Principales aplicaciones y efectividad de las técnicas de relajación y respiración

Como se indicaba en epígrafes anteriores, se aconseja que la elección de la técnica específica de relajación se haga teniendo en consideración la sintomatología del problema a tratar. Los ejercicios del entrenamiento autógeno implican una mayor respuesta del sistema nervioso autónomo, de tal forma, que este procedimiento se considera especialmente indicado para los problemas que conlleven una desregulación autonómica. El entrenamiento autógeno ayuda a disminuir la frecuencia cardíaca en sujetos con ansiedad y es especialmente útil en el tratamiento de las migrañas (Lehrer, Atthowe y Weber, 1980). Así mismo el entrenamiento en respiración produce también efectos de desactivación autonómica y activación parasimpática relevantes, siendo una excelente opción en el tratamiento de trastornos con un gran componente autonómico, como los cardiovasculares, y sería una opción más específica en el caso de los trastornos de pánico con componente respiratorio (Jacobs, 2001). En algunas formas de ataques de pánico se produce una hiperventilación

debida al aumento de ventilación y la disminución del CO₂ en relación con los niveles de oxígeno circulante. Uno de los procedimientos que se han demostrado eficaces en la reducción de estas crisis de angustia es la retención de respiración, la cual produce una disminución en la ventilación y reducción de la ansiedad (Choliz, 1995). Las técnicas de respiración suelen ser, además, las técnicas de elección en aquellos pacientes para los que las técnicas de relajación muscular tienen dificultades, bien porque no pueden tolerar la situación de entrenamiento o por la lentitud de la misma.

Por su parte la Relajación Progresiva tiene mayor efecto sobre los síntomas somáticos, siendo mejor opción en el caso de las cefaleas tensionales y todos aquellos problemas relacionados con el sistema muscular. En el tratamiento de la ansiedad generalizada se ha mostrado útil combinada con otras técnicas. En las fobias específicas su práctica ayuda al sujeto a exponerse a las situaciones temidas y en la fobia social ha demostrado su utilidad especialmente en pacientes con gran reactividad fisiológica. En trastornos por abuso de sustancias, ha demostrado su eficacia combinada con otras técnicas en personas muy ansiosas y en aquellas que específicamente consumen las sustancias para reducir sus síntomas de ansiedad (Sultanoff y Zalaquett, 2000).

Además el entrenamiento en Relajación Progresiva se ha empleado en el tratamiento de problemas psicofisiológicos tales como insomnio, trastornos relacionados con el sistema cardiovascular, procesos de dolor, enfermedades crónicas como la diabetes, asmáticos con precipitantes emocionales, y manejo de los vómitos anticipatorios condicionados a la quimioterapia. En todos estos trastornos se ha mostrado eficaz para reducir los síntomas y para reducir la potencia de los fármacos (Jacobs, 2001). En el caso de los niños ha demostrado su utilidad sobre todo en el tratamiento de la hiperactividad y en la mejora del aprendizaje y rendimiento académico

14. Problemas asociados a la relajación

Aunque los beneficios de la relajación son muy amplios, la práctica de estos procedimientos puede tener algunos efectos secundarios negativos que es necesario tener en cuenta. Por ejemplo, no es infrecuente que pacientes con diagnóstico de ansiedad generalizada incrementen, en vez de disminuir, su nivel de tensión durante la relajación, encontrando la experiencia imprevista y muy estresante (Borkovec y Grayson, 1980; Ley, 1988).

Anteriormente se han mencionado algunos efectos adversos de la relajación como mareo, sensaciones molestas de excesivo calor, sensación de pérdida de control, pánico etc. (Ley, 1988). A continuación se exponen dos de las consecuencias adversas de la relajación más documentadas.

Descargas autógenas

Las descargas autógenas (Schultz y Luthe, 1969) se consideran experiencias físicas y emocionales que incluyen dolor, ansiedad, palpitaciones, calambres musculares o llorar. Estos episodios pueden no ser contra-terapéuticos pero pueden llevar al individuo a abandonar el entrenamiento e incluso el tratamiento. En algunos casos el entrenamiento autógeno puede inducir incrementos de presión arterial que pueden resultar peligrosos en el caso de pacientes hipertensos (Sultanoff y Zalaquett, 2000). En este caso debe haber una monitorización psicofisiológica del entrenamiento en relajación que nos mantenga informados de los cambios fisiológicos que se estén produciendo.

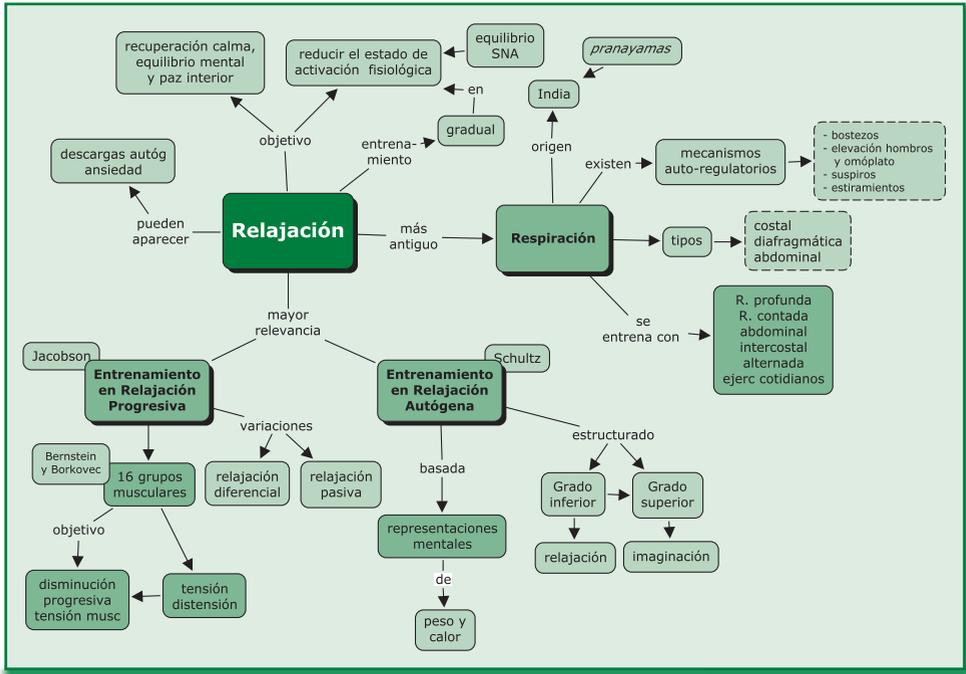
Ansiedad inducida durante la relajación

La posibilidad de que se produzca el incremento de los niveles de ansiedad durante la relajación es un hecho conocido (Heide y Borkovec, 1983 y 1984). Este efecto se ha relacionado más con la práctica de la meditación que con procedimientos como la Relajación Progresiva (Heide y Borkovec, 1983; Norton, Rhodes, Hauch y Kaprowy, 1985).

En general las descargas autógenas y la ansiedad inducida por la relajación son más frecuentes durante el entrenamiento autógeno y la meditación que con la práctica de la Relajación Progresiva. Pocos pacientes manifiestan un aumento del nivel de ansiedad con la práctica de la RP, indicando que esta técnica es más fácilmente tolerable que otros procedimientos.

Aunque algunos autores consideren que los síntomas de ansiedad inducidos por la relajación pueden ser terapéuticos si el paciente aprende a superarlos mediante la técnica (Smith, 1988), hay datos que permiten considerar esta respuestas como un predictor de pobres resultados terapéuticos (Borkovec, Mathews, Chambers, Ebrahimi, Lytle y Nelson, 1987).

15. Mapa conceptual de las técnicas de relajación



16. Conclusiones y consideraciones finales

Pocos ejemplos hay en la Terapia Cognitivo Conductual como el de la Desensibilización Sistemática. La DS es el primer procedimiento terapéutico sistematizado en esta orientación para el tratamiento del miedo, y el primero puesto a prueba experimentalmente con un rigor experimental digno de los criterios actuales (Paul 1966). Esta técnica ha permanecido en uso hasta la actualidad perdurando como una herramienta de gran utilidad y eficacia en muy diversos casos y condiciones. Su permanencia hasta nuestros días habla de la sagacidad de su autor a la hora de apreciar los elementos y mecanismos de acción fundamentales en problemas fóbicos, pero también de la fructífera relación que se estableció en la primera generación de la Terapia de Conducta entre ciencia básica y aplicada. Esta relación permitió generar procedimientos como la DS con un alto grado de depuración, de tal forma, que la técnica se ha mantenido a pesar de las controversias posteriores sobre sus mecanismos de acción, pues independientemente de consideraciones teóricas, su eficacia se ha puesto siempre de manifiesto.

Por su parte las técnicas de relajación tienen una historia bien diferente en la Terapia Cognitivo Conductual, procedentes de tradiciones que nada tienen que ver

con el carácter científico-experimental de la Terapia Cognitivo Conductual, han encontrado en este ámbito la forma de abundar en su sistematización y de acreditarse científicamente, habiendo trascendido connotaciones exotéricas, para transformarse en estrategias de acción reconocidas y avaladas por la investigación más rigurosa en el ámbito de la salud (Jacobs, 2001).

17. Resumen

- La DS tal y como fue formulada en sus inicios está basada en los principios del condicionamiento clásico,
- El concepto de *inhibición recíproca* establece que la respuesta de ansiedad o miedo puede ser reducida o inhibida mediante la generación de una respuesta incompatible con la ansiedad.
- El concepto de *contracondicionamiento* se refiere al debilitamiento de la conexión entre el estímulo y la respuesta de ansiedad que provoca, mediante el mantenimiento de la relajación a medida que se van presentando gradualmente en imaginación estímulos de intensidad ansiógena creciente.
- Los mecanismos de cambio que implica la DS son bastante más complejos que los que se propusieron en sus orígenes y más cercanos al resto de los tratamientos de exposición que lo que cabía esperar inicialmente.
- La DS es más eficaz en problemas fóbicos que en problemas de ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia o trastorno obsesivo-compulsivo.
- Los pasos a seguir en la aplicación de un DS son: a) elección de la respuesta incompatible con la ansiedad y posible entrenamiento. b) elaboración de una jerarquía de ansiedad. c) valoración de la capacidad imaginativa y entrenamiento en imaginación si se requiere.
- La relajación es probablemente la técnica más utilizada en las intervenciones psicológicas.
- El origen de las técnicas de relajación y respiración se sitúa en la cultura oriental vinculado a prácticas religiosas del hinduismo.
- Una persona en estado de relajación experimenta una respuesta de desactivación autónoma generalizada que implica, entre otras funciones, respiración tranquila, profunda y rítmica, aflojamiento muscular, sensación de calor interno y cutáneo y latido cardíaco rítmico y suave.
- El modelo integrativo de la respuesta de relajación parece ser el más avalado empíricamente, indicando que la mayor parte de los procedimientos de rela-

jación tienen efectos muy específicos, así como un efecto general de reducción de la respuesta ante el estrés.

- Los ejercicios del entrenamiento autógeno y los de respiración implican una mayor respuesta del sistema nervioso autónomo, sin embargo, la relajación progresiva tiene un mayor efecto muscular.

18. Bibliografía recomendada

Bernstein, D.A., Borkovec, T.D. y Hazlett-Stevens, H. (2000). *New directions in progressive relaxation training: a guidebook for helping professionals*. EU: Praeger Publishing.

- Se trata de la actualización del clásico libro de Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1983): *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: DDB. Los autores exponen de forma sistemática y pormenorizada a lo largo de la obra los fundamentos de esta técnica y el procedimiento de aplicación. Es una guía imprescindible para todos aquellos profesionales que quieran conocer en profundidad el entrenamiento en Relajación Progresiva.

Speads, C.H. (1988). *ABC de la respiración*. Madrid: EDAF.

- Se trata de uno de los trabajos más completos sobre las técnicas de respiración. El autor expone de forma detallada los mecanismos funcionales y disfuncionales de la respiración y la forma de llevar a cabo numerosos ejercicios respiratorios, ofreciendo a su vez la fundamentación de este tipo de prácticas.

Vázquez, M.I. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. Madrid: Síntesis.

- Se trata de un libro orientado a la práctica que describe detalladamente los pasos a dar en la aplicación de las técnicas más relevantes de relajación y control respiratorio.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: University Press. (Trad. Desclée De Brouwer, 1975).

- Una obra clásica en Terapia de Conducta. De lectura obligatoria para quien desee conocer de la mano de su creador los fundamentos de esta técnica y cómo comenzó su aplicación en la clínica.

19. Referencias bibliográficas

- Aurora, R.N., Zak, R.S., Auerbach, S.H., Casey, K.R., Chowdhuri, S., Karippot, A., Maganti, R.K., Ramar, K., Kristo, D.A., Bista, S.R., Lamm, C.I. y Morgenthaler, T.I. (2010). Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 6, 389-401.
- Bamford, A. (2001). *Comparative utility of systematic desensitization and decatastrophizing for pain anxiety related to migraine*. Tesis de máster no publicada de la Eastern Michigan University, Ypsilanti, Michigan.
- Benson, H. (1975). *The relaxation response* (1st ed.). NY: Morrow.
- Benson, H. (1983). The relaxation response and norepinephrine: A new study illuminates mechanisms. *Integrative Psychiatry*, 1, 15-18.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1983): *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: DDB.
- Bernstein, D.A., Borkovec, T.D. y Hazlett-Stevens, H. (2000). *New directions in progressive relaxation training: a guidebook for helping professionals*. EU: Praeger Publishing.
- Borkovec, T.D. y Grayson, J. B. (1980). Consequences of increasing the functional impact of internal emotional stimuli. En K. Blankstein, P. Pliner y J. Polivy (Eds.), *Assessment and modification of emotional behavior*. NY: Plenum Press.
- Borkovec, T.D., Mathews, A.M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R. y Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 883-888.
- Burgeois, P. (1982). From systematic desensitization to cognitive changes under hypnosis. *Annales Médico Psychologiques*, 140, 509-517.
- Chóliz, M. (1998). Técnicas para el control de la activación. Relajación y Respiración. *Facultad de Psicología Universidad de Valencia* ([www.uv.es/= choliz](http://www.uv.es/~cholz)).
- Chóliz, M. (1995): A breathing-retraining procedure in the treatment of sleep-onset insomnia: theoretical basis and experimental findings. *Perceptual and Motor Skills*, 80, 507-513.
- Davidson, G.C. y Wilson, G.T. (1973). Process of fear reduction in systematic desensitization: cognitive and social reinforcement factors in humans. *Behavior Therapy*, 4, 1-21.
- Davidson, R. J. y Schwartz, G. E. (1976). Psychobiology of relaxation and related states. En D. Mostofsky (Ed.), *Behavior modification and control of physiological activity*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Foa, E.B., y Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Heide, F.J. y Borkovec, T.D. (1983). Relaxation-induced anxiety: Paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 171-182.

- Heide, F.J. y Borkovec, T.D. (1984). Relaxation-induced anxiety: Mechanisms and theoretical implications. *Behavior, Research and Therapy*, 22, 1-12.
- Hirai, M., Vernon, L.L. y Cochran, H. (2007). Exposure therapy for phobias. En D.C.S. Richard y D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of the Exposure Therapies*. Burlington, MA: Elsevier/Academic Press.
- Jacobs, G.D. (2001). Clinical Applications of the Relaxation Response and Mind-Body Interventions. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7, S-93-S-101.
- Jacobson, E. (1939). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Labrador, F.J. (1998). Técnicas de control de la activación y desensibilización sistemática. En M.A. Vallejo (Ed.), *Avances en modificación de conducta*. Madrid: FUE.
- Lancee, J., Spoomaker, V.I. y Van den Bout, J. (2010). Cognitive-behavioral self-help treatment for nightmares: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 371-377.
- Lazarus, A. y Abramovitz, A. (1979). The use of "emotive imagery" in the treatment of children's phobias. En H.J. Eysenck (Ed.), *Experimentos en terapia de conducta: experimentación con niños* (vol. 3). Madrid: Fundamentos.
- Lehrer, P.M., Atthowe, J.M. y Weber, E.S.P. (1980). Effects of progressive relaxation and autogenic training on anxiety and physiological measures, with some data on hypnotizability. En F. J. McGuigan, W. Sime y J. M. Wallace (Eds.), *Stress and tension control*. NY: Plenum Press.
- Lehrer, P.M., Woolfolk, R.L. y Goldman, N. (1986). Progressive relaxation then and now: Does change always mean progress? En R. Davidson, G.E. Schwartz y D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation* (Vol. 4). NY: Plenum Press.
- Ley, R. (1988). Panic attacks during relaxation and relaxation-induced anxiety: A hyperventilation interpretation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 253-259.
- Lodes, H. (1990): *Aprende a respirar*. Barcelona: Integral.
- McGlynn, F.D. (2005). Systematic desensitization. En M. Hersen y J. Rosqvist (Eds.), *Encyclopedia of behavior modification and cognitive behavior therapy*. Volume 1: *Adult clinical applications*. Thousand Oaks, CA; Sage.
- Méndez, F.X. (1999). *Miedos y temores en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X. (1986). Escenificaciones emotivas: Un tratamiento para las fobias en niños de corta edad. Trabajo presentado en II Simposio de Terapia Comportamental: Fobias. Coimbra.
- Norton, G.R., Rhodes, L., Hauch, J. y Kaprowy, E.A. (1985). Characteristics of subjects experiencing relaxation and relaxation-induced anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 211-216.
- Paul, G.L. (1966). *Insight vs. desensitization in psychotherapy: An experiment in anxiety reduction*. Stanford, CA: Stanford University Press.

- Potter, R. (1999). *Effects of Behavioral Treatment for Migraine and Systematic Desensitization for Pain Anxiety in Migraineurs referred by a University Health Center*. Tesis de máster no publicada de la Eastern Michigan University, Ypsilanti, Michigan.
- Richard, D.C.S. y Gloster, A.T. (2007). Law, ethics, and professional issues in exposure therapy. En D.C.S. Richard y D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of Exposure Therapies*: Burlington, MA: Elsevier/Academic Press.
- Schwartz, G.E., Davidson, R.J. y Goleman, D. T. (1978). Patterning of cognitive and somatic processes in the self-regulation of anxiety: Effects of meditation versus exercise. *Psychosomatic Medicine*, 40, 321-328.
- Schwartz, M.S. y Haynes, S. N. (1974). *Passive Muscle Relaxation*. NY: Guilford Press.
- Schultz, J.H. (1931). *Das autogene Training (Konzentrierte Selbstenspannung)*. Stuttgart: Verlag.
- Schultz, J.H. y Luthe, W. (1969). *Autogenic therapy: Vol. 1. Autogenic methods*. NY: Grune & Stratton.
- Sherrington, C.S. (1961). *Integrative action of the nervous system*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Speads, C.H. (1988): *ABC de la respiración*. Madrid: EDAF.
- Sultanoff, B. y Zalaquett, C. (2000). Relaxation Therapies. En D. Novey (Ed.), *Clinician's Complete Reference to Complementary & Alternative Medicine*. NY: Mosby.
- Taylor, S. (2002). Systematic desensitization. En M. Hersen y W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of Psychotherapy*, Vol. 2. Nueva York: Elsevier.
- Tood, J.T. y Pietrowski, J.L (2007). Animal models of exposure therapy. En D.C.S. Richard y D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies*. Burlington, MA: Elsevier/Academic Press.
- Van Egeren, L.F. (1971). Psychophysiological aspects of systematic desensitization. Some outstanding issues. *Behavior Research and Therapy*, 9, 65-77.
- Ward, C.M., Brinkman, T., Slifer, K.J. y Paranjape, S.M. (2010). Using behavioral interventions to assist with routine procedures in children with cystic fibrosis. *Journal of Cystic Fibrosis*, 9, 150-153.
- Watson, J.B. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Standford: University Press. (Trad. Desclée De Brouwer, 1975).
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Nueva York: Pergamon Press. (Traducción: La práctica de la terapia de conducta, Trillas, 1977).
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Nueva York: Pergamon Press. (4^a Edición).

Técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales

M^a Ángeles Ruiz, Arabella Villalobos y Marta Isabel Díaz

1. Introducción

2. Técnicas de Modelado

- 2.1. *Fundamentos teóricos*
 - 2.1.1. *Marco conceptual*
 - 2.1.2. *Procesos implicados en el aprendizaje observacional*
- 2.2. *Funciones del modelado*
- 2.3. *Factores que influyen en el modelado*
- 2.4. *Fases del modelado*
- 2.5. *Tipos de modelado*
- 2.6. *Ámbitos de aplicación y estudios de resultados*
- 2.7. *Mapa conceptual de las técnicas de modelado*

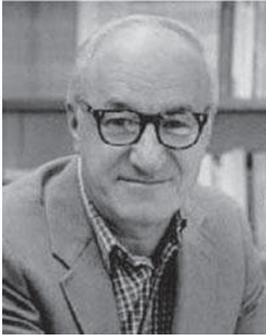
3. Entrenamiento en Habilidades Sociales

- 3.1. *Fundamentos teóricos*
 - 3.1.1. *Modelos de adquisición de las habilidades sociales*
 - 3.1.2. *Modelos explicativos del comportamiento incompetente*
- 3.2. *Tipos de habilidades sociales*
- 3.3. *Proceso de entrenamiento en Habilidades Sociales*
 - 3.3.1. *Evaluación y selección de las habilidades sociales*
 - 3.3.2. *Procedimiento de intervención en el Entrenamiento en Habilidades Sociales*
- 3.4. *Modalidades de aplicación*
- 3.5. *Ámbito de aplicación y estudios de resultados*
- 3.6. *Mapa conceptual del Entrenamiento en Habilidades Sociales*

4. Resumen

5. Bibliografía recomendada

6. Referencias bibliográficas



Albert Bandura (1925). Psicólogo canadiense, a lo largo de su extensa carrera ha realizado relevantes contribuciones al ámbito de la psicología cognitiva-social y la psicología de la personalidad. Se le conoce esencialmente por haber formulado la *teoría del aprendizaje social* y la *teoría de la auto-eficacia*, cuya influencia en la transición de la Terapia de Conducta hacia posiciones más cognitivas ha sido determinante. Se encuentra entre los psicólogos más citados de toda la historia de la psicología, sólo precedido de figuras como Skinner, Freud o Piaget. Un estudio de la *American Psychological Association* en 2002 situó a Bandura como el psicólogo vivo más influyente, y uno de los más influyentes de todos los tiempos. Actualmente es profesor emérito de la *Stanford University*.

<http://psychology.stanford.edu/abandura>

Palabras clave

- Modelado
- Aprendizaje vicario u observacional
- Modelo
- Observador
- Imitación
- Habilidades sociales
- Competencias sociales
- Comportamiento incompetente

Objetivos

Este capítulo ha sido escrito con el objetivo de que el lector o lectora...

- Comprenda las bases teóricas del modelado
- Conozca e identifique los procesos, funciones, fases de procedimiento y tipos de modelado así como los ámbitos de aplicación
- Conozca los modelos de adquisición y explicativos de las habilidades sociales
- Identifique los tipos de habilidades sociales
- Conozca los procedimientos del entrenamiento, así como las modalidades y ámbitos de aplicación.

1. Introducción

El constructo de *competencia social* ha tenido una influencia e impacto inigualable en el contexto del ajuste psicológico y la salud mental. De hecho el interés sobre este constructo y las habilidades con las que se relaciona se encuentra en la base de los desarrollos teóricos de finales de la década de los 60 y durante los 70, que dieron lugar a los cambios conceptuales que sirvieron de asiento para el surgimiento de la segunda generación de la Terapia de Conducta. Las primeras definiciones de *competencia social* lo situaban como una competencia general que abarcaba toda la capacidad de del individuo para adaptarse a su entorno, siendo el concepto base de la Terapia de Solución de Problemas Sociales que desarrollaron Goldfried y D'Zurilla (1969). Además, paralelamente, en esta época se estaba produciendo el surgimiento del *modelo de aprendizaje social* mediante *condicionamiento vicario* (Bandura, 1969; Bandura y Walters, 1963) que retó los modelos de psicopatología de la época (elemento común a la Terapia de Solución de Problemas Sociales) e influyeron en los desarrollos terapéuticos de la segunda generación, estableciendo las bases para la fundación de los modernos entrenamientos en habilidades sociales. El *modelo de aprendizaje social* no sólo sentó las bases conceptuales para el desarrollo de las intervenciones dirigidas al entrenamiento en habilidades sociales y la promoción de la competencia social, sino que de él se derivaron técnicas esenciales dentro de estos programas de entrenamiento, es el caso de las técnicas de modelado.

2. Técnicas de Modelado

2.1. Fundamentos teóricos

2.1.1. Marco conceptual

Las técnicas de modelado parten de los principios teóricos del aprendizaje observacional o vicario desarrollados por Bandura. La relevancia de la imitación en los procesos de aprendizaje ya había sido destacada por Miller y Dollard (1941). Estos autores consideraban la imitación como un caso especial de condicionamiento instrumental. Asumen que el modelo actuaría como un estímulo discriminativo cuya conducta produce un indicio al que el observador responde imitando; si esta respuesta se recompensa, incrementa su frecuencia y puede generalizarse a otros modelos y conductas. En este sentido, como señalan Bandura y Walters (1963), la imitación es para Miller y Dollard una experiencia de aprendizaje directo que requiere tanto la reproducción de la respuesta del modelo como el reforzamiento de esa respuesta.

Como se vio en el Capítulo 3, el aprendizaje operante asume que la adquisición de nuevas conductas se lleva a cabo mediante un proceso de moldeamiento y/encadenamiento de conductas que están en el repertorio del individuo y que, de alguna manera, se asemejan o son un componente de la conducta meta. Bandura y Walters (1963) señalan que estas teorías no dan cuenta suficientemente de la adquisición del comportamiento ya que:

- No explica la aparición de conductas totalmente nuevas.
- Encuentran dificultades para explicar la adquisición de segmentos largos y complejos de conducta sin apelar a procesos lentos y graduales de condicionamiento que de ser el único procedimiento de aprendizaje, limitaría enormemente el número de conductas aprendidas.
- No explican cómo un número muy elevado de conductas ocurren y se adquieren sin ser directamente reforzadas.
- A veces, la aparición de estas nuevas conductas se produce días o meses después del proceso de condicionamiento.

Bandura (1969) formula el aprendizaje observacional o vicario cuyo supuesto fundamental es que una gran cantidad de conductas se aprenden, mantienen y extinguen mediante la observación, aunque el observador no haya dado respuesta imitativa alguna en el momento, y por tanto, no sea reforzado por ello. El aprendizaje vicario sostiene que el observador puede aprender tanto conductas operantes como respondientes. Cuando un observador aprende la conducta de un modelo, aprende también sus consecuencias. Bandura define el refuerzo vicario como un cambio en la conducta de los observadores que está en función de la observación de las consecuencias que acompañan la ejecución ajena. Carrasco y Avia (1988), señalan algunos de los efectos más relevantes del reforzamiento, extinción y castigo vicario, tres de los más importantes son:

1. Función discriminativa o informativa de los estímulos presentados al modelo, que ofrecen información a los observadores de las contingencias de refuerzo probables asociadas con conductas similares en situaciones parecidas.
2. Efectos de incremento de estímulo (la función de dirigir la atención del refuerzo vicario permite a los observadores identificar más fácilmente las situaciones en las que la conducta modelada se considera apropiada y “reforzable”). Confirma, en definitiva, la función informativa del refuerzo, pero

insistiendo aquí no en las respuestas reforzadoras, sino en las situaciones ambientales en las que es apropiado realizar una conducta.

3. Efectos incentivo-motivacionales: la anticipación del refuerzo tiene una misión motivacional con efectos de incremento o reducción de la conducta según la forma de los resultados anticipados.

Bandura señala, igualmente, que la conducta no sólo está controlada por las consecuencias ambientales directas o vicarias, sino también y más importante, por representaciones simbólicas de los sucesos externos. El aprendizaje vicario no requiere necesariamente de la exposición directa a un modelo, también puede ocurrir a través de la comunicación por medios simbólicos como la imaginación o la transmisión oral o escrita.

Bandura (1977) fue ampliando su modelo explicativo hacia posiciones más cognitivas haciendo especial hincapié en el papel modulador de los procesos cognitivos intermedios entre las variables externas antecedentes o consecuentes y la conducta emitida o aprendida. Estos procesos cognitivos son los que en última instancia determinarán cómo los estímulos externos se atenderán, cómo se percibirán y cómo serán codificados, organizados, procesados y recuperados a la hora de realizar una conducta.

2.1.2. Procesos implicados en el aprendizaje observacional

Según Bandura (1988) en el aprendizaje observacional están implicados cuatro procesos básicos: a) atención, b) retención, c) reproducción y d) motivación. Cuando no se produce la imitación del observador de la conducta del modelo puede deberse a un fallo en la observación de las actividades relevantes, una codificación inadecuada de las conductas modeladas para su representación en la memoria, problemas de retención, deficiencias motoras o un reforzamiento inadecuado.

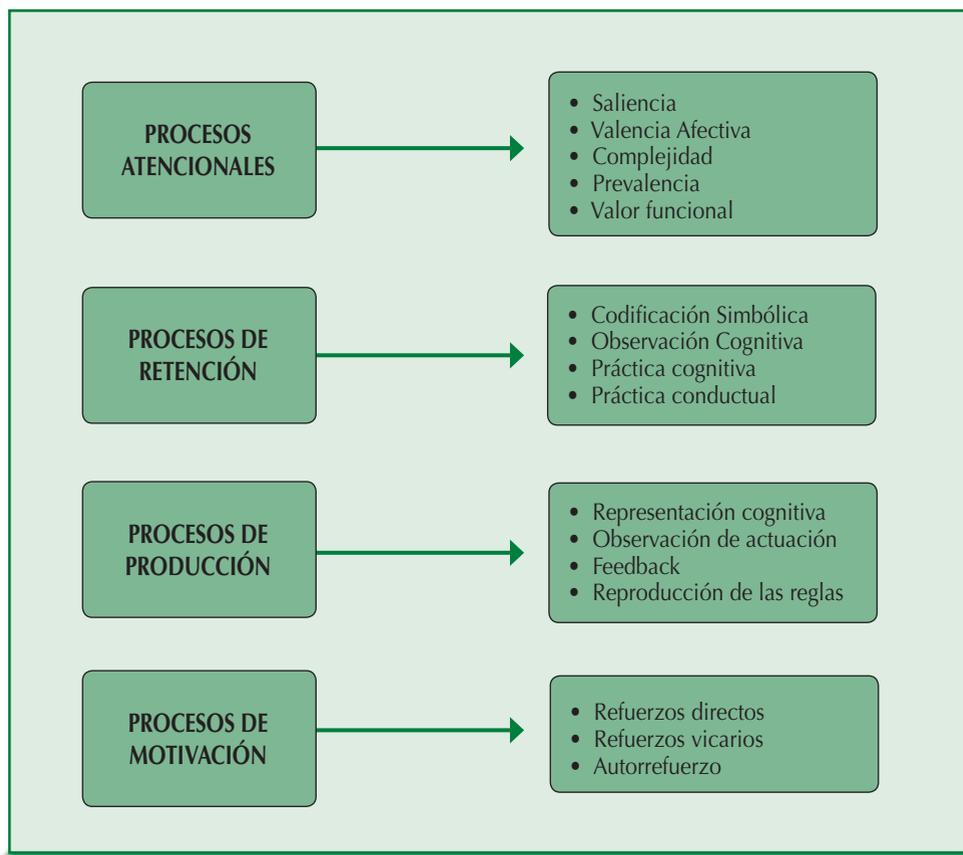
- a. **Atención:** Para que se pueda llevar a cabo el aprendizaje vicario es necesario que el observador atienda los aspectos relevantes de la conducta del modelo. En este proceso atencional influyen varios factores. Uno de ellos es la relevancia para el observador de la conducta que se desea modelar. Si la conducta no es de interés o no es lo suficientemente importante para el observador, no prestará la atención necesaria que requiere el proceso de aprendizaje. La valencia afectiva es otro de los factores que influyen en el

proceso atencional. Aquellas conductas que despiertan emociones positivas o negativas se atienden mejor que las conductas que no despiertan ninguna emoción particular. Otra influencia destacable en el proceso atencional es la complejidad de la conducta a la que ha de atender el observador. Puesto que a mayor complejidad, mayor dificultad, para mantener la atención sobre la conducta a observar es necesario que su nivel de complejidad esté adecuado a la competencia, conocimientos y capacidades del observador. Por último la prevalencia, así como el valor funcional de la conducta que realiza el modelo incidirán notablemente en la atención que se preste a cómo la está llevando a cabo.

- b. **Retención:** Para que se produzca el aprendizaje vicario de la conducta del modelo es necesario que el observador tenga capacidad de codificar simbólicamente –representar verbalmente y mediante imágenes– la información relevante para la adquisición y posterior ejecución. La representación verbal y en la imaginación se ha de complementar con la práctica cognitiva y motora de la conducta del modelo para que el proceso de retención se lleve a cabo correctamente. Por ejemplo, aprender a manejar un ordenador, además de prestar atención a cómo lo hace el modelo, requiere retener y recordar en la imaginación los pasos más relevantes que va realizando, así como las instrucciones que va verbalizando. Esta representación mental y recordatorio verbal no es suficiente para retener la información si no se practican en la imaginación y conductualmente.
- c. **Reproducción:** Al igual que en el proceso de retención, para que se lleve a cabo la reproducción de la conducta a modelar, es necesario que el observador tenga la capacidad de atender, retener, almacenar, recuperar, y fundamentalmente reproducir la información relevante de la conducta a realizar. Es importante igualmente obtener feedback externo de cómo va realizando la conducta modelada.
- d. **Motivación:** Para que el aprendizaje se lleve a cabo y se reproduzcan y mantengan las conductas observadas, es necesario que a la conducta del modelo le sigan unas consecuencias, bien reforzamiento directo o vicario o auto-refuerzo o extinción.

En la Figura 1 se resumen los cuatro procesos señalados y los factores que influyen en cada uno de ellos.

Figura 1. Procesos implicados en el aprendizaje observacional y factores que influyen en cada uno



2.2. Funciones del modelado

El modelado cumple distintas funciones en la implantación y desarrollo del comportamiento. Las cinco más importantes son las siguientes:

1. *Aprender nuevas conductas.* La observación de un modelo permite aprender repertorios de conductas, habilidades sociales, cognitivas y motoras, estrategias de afrontamiento de situaciones difíciles o conflictivas, creencias, opiniones, etc. Algunos ejemplos claros que todos conocemos serían la adquisición del lenguaje en los niños al oír hablar a los adultos, aprender a bailar, tocar un instrumento, etc.
2. *Promover e inhibir la realización de conductas en función de las consecuencias para el modelo.* Por ejemplo, se puede promover acercarse a tocar un

animal al que se está evitando al ver que lo toca otra persona y no ocurre ninguna consecuencia negativa. Igualmente, se puede inhibir la conducta de pegar a otros niños cuando se observa a uno que cuando pega a otro es reprendido por ello.

3. *Incitar conductas*. Servir de detonante para iniciar o llevar a cabo una conducta o acción. Por ejemplo, aplaudir en un teatro cuando comienzan a hacerlo otras personas, ver a una persona ponerse el abrigo y tomarlo como indicio de que también tiene que marcharse...
4. *Motivar*. Observando la realización de una conducta por parte de un modelo así como sus consecuencias puede favorecer el interés del observador por llevar a cabo la misma conducta. Por ejemplo: apuntarse a un gimnasio al ver a un amigo adelgazar por hacer ejercicio o ver el éxito de los deportistas y querer aprender a jugar al fútbol.
5. *Modificar la valencia emocional*. Por ejemplo, estar triste y reírse al ver hacerlo a los actores de una película o reducir el miedo cuando se ve a otra persona que no lo tiene cuando lleva a cabo una tarea.

2.3. Factores que influyen en el modelado

Características del modelo

Existen numerosos factores relacionados que las características del modelo que pueden influir en el aprendizaje observacional. Algunos de ellos son los siguientes:

- *Similaridad* con el observador, dependiendo de la conducta o acciones a modelar, en aspectos tales como el sexo, la edad, competencia del modelo, etc.
- *Valor afectivo* para el observador. Cuanto mayor sea el valor afectivo del modelo, mayor es la influencia de la conducta a modelar en el observador.
- *Prestigio*. En el caso de aprendizaje de conductas que requieren competencias específicas relacionadas, por ejemplo, con niveles de habilidad en un deporte, conocimientos en materias de estudio, etc. suele ser más efectivo que el modelo genere en el observador cierto grado de admiración o lo valore como mayor estatus aunque no tan alejado de él que le resulte difícil identificarse por considerar que su comportamiento es inalcanzable.
- *Eficacia* al realizar la conducta pero no tan excesiva que al observador le resulte difícil alcanzar su nivel de competencia o habilidad.

Características del observador:

Igualmente, entre las numerosas características del observador que pueden influir en el modelado cabe resaltar como más relevantes:

- *Capacidades cognitivas y atencionales no deterioradas*
- *Nivel de ansiedad* que no interfiera la capacidad atencional y de retención de lo que está observando en el modelo.
- *Nivel de competencia y habilidades* que permitan iniciar o incrementar la conducta que se desea aprender o imitar. (e.g. no se puede imitar y realizar la conducta de un triple salto mortal de un acróbata si excede con mucho las capacidades y entrenamiento previo del observador).

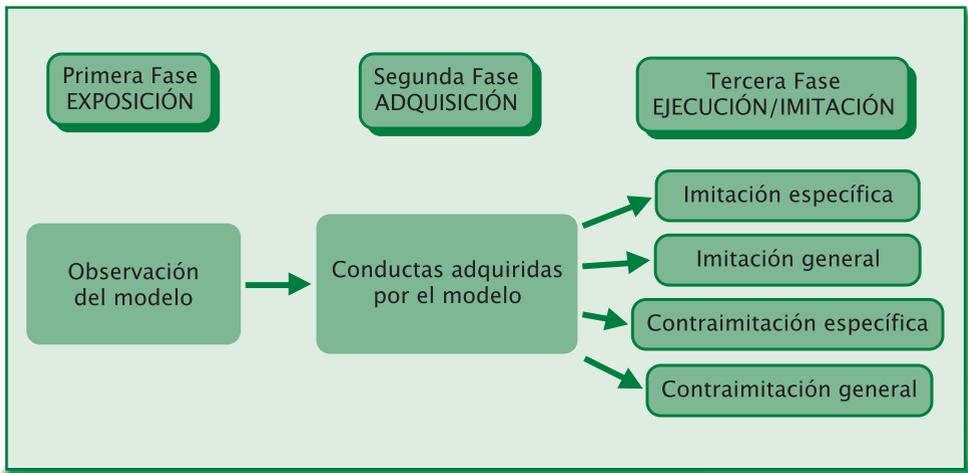
2.4. Fases del modelado

El proceso de modelado implica tres fases secuenciales: 1) exposición y observación, 2) adquisición, 3) aceptación/ejecución/imitación (Figura 2).

1. *Exposición.* El primer paso de cualquier entrenamiento en modelado es necesariamente, la observación de la conducta, acciones u opiniones del modelo real o simbólico.
2. *Adquisición:* El segundo paso es asegurar que el observador adquiere la conducta del modelo. Para ello es necesario asegurarse de que el observador presta atención al modelo, retiene la conducta o secuencia de conductas que el modelo está llevando a cabo y será capaz de reproducirla posteriormente.
3. *Aceptación/ejecución.* El tercer paso es la ejecución de las conductas observadas y adquiridas. Es importante señalar que la exposición al modelo y la adquisición de las conductas por parte del observador no garantiza que las ejecute posteriormente, o si las realiza, sean similares a las esperables. Como se verá más adelante, puede haber distintos factores que contribuyan a que el observador no se vea influido por la conducta del modelo, y, por consiguiente, no lleve a cabo las conductas o acciones esperadas. Spiegler y Guevrement (2010) señalan cuatro tipos diferentes de ejecución de conductas del observador después de haber sido expuesto al modelo:
 - *Imitación específica* en la que el observador lleva a cabo la misma conducta del modelo, (e.g. coger un paraguas antes de salir a la calle cuando va a llover cuando ves que el modelo lo ha hecho),
 - *Imitación general* en la que el observador se comporta de forma similar al modelo pero no idénticamente (e.g. coger una capucha antes de salir a la calle pero no un paraguas como hace el modelo)..

- *Contra-imitación específica* en la que el observador realiza justo la conducta contraria a la observada en el modelo (e.g. si un modelo quita a un niño su juguete y le empuja, el observador puede prestarle al niño el suyo y abrazarle).
- *Contra-imitación general* en la que el observador se comporta diferente al modelo aunque no necesariamente en la dirección opuesta (e.g. en el ejemplo anterior, el observador simplemente sonrío al niño).

Figura 2. Las tres fases del aprendizaje observacional



Adaptado de Spiegler y Gueuman (2010): Contemporary Behaviour Therapy (pág. 265).

En general, la adquisición de las conductas de imitación específicas suelen producirse en mayor medida cuando se da **reforzamiento vicario**, mientras que el **castigo vicario** tiende a promover las conductas de contra-imitación. En el caso de los problemas de ansiedad, el miedo suele mantenerse fundamentalmente por la anticipación de las consecuencias negativas (e.g. acercarse a un perro y que te muerda) y/o por déficits de habilidades o competencias específicas (e.g. no estar seguro de saber hablar en público adecuadamente). El modelado puede tratar ambas condiciones de mantenimiento simultáneamente cuando un modelo demuestra que las conductas evocadoras de ansiedad no conllevan consecuencias negativas, proceso que se conoce como **extinción vicaria**.

Cuando el objetivo del modelado es reducir el déficit de habilidades o enseñar nuevas, se pueden utilizar dos tipos de modelo: **Modelo mastery** o modelo competente y **modelo coping** o modelo de afrontamiento que inicialmente muestra dificultades pero las supera. En el caso de los problemas de ansiedad suele estar más indi-

cado utilizar un modelo *copying* que inicialmente se comporte ante la situación fóbica o amenazante de manera similar al observador, es decir, inhábil, temeroso o poco competente, y gradualmente va mostrando menos temor y mayor habilidad y destreza. En contraste, el modelo *mastery* es un experto que no muestra miedo y es competente en todo momento. Los modelos *mastery* son más pertinentes cuando el objetivo del modelado es incrementar el repertorio de habilidades o destrezas precisas (e.g. habilidades del tipo aprender a conducir, hábitos de estudio, normas de comportamiento social, etc.) sin que necesariamente estén asociadas a emociones negativas o de temor.

2.5. Tipos de modelado

Existen diferentes tipos de modelado y formas de llevarlo a cabo.

Modelado in vivo

La exposición al objeto temido, actividad o conducta a aprender la lleva a cabo el modelo o modelos en presencia del observador.

Modelado simbólico

El modelo o modelos se presenta en soporte audiovisual, escrito, en imaginación o mediante transmisión oral. Las películas de personajes favoritos, comportamientos de personas presentados en los medios de comunicación (e.g., ídolos musicales o deportivos, publicidad), personajes de libros y cuentos, los mitos y descripción de comportamiento y de sus consecuencias, son procedimientos de modelado simbólico presentes a diario en nuestra sociedad para promover o generar patrones de conductas. Es uno de los procedimientos más utilizados en el ámbito clínico, tanto en las sesiones de consulta como en las actividades programadas entre sesiones. Una forma específica y relevante entre las modalidades de modelado simbólico es el **modelado encubierto**. En esta técnica se presentan los componentes de la conducta a modelar pidiendo al observador que imagine las escenas que el terapeuta le va presentando. Se pide al sujeto que imagine a otra persona, héroe o animación que está llevando a cabo la conducta que se desea instaurar. Cuando la imagen se tiene vívidamente se solicita que vaya realizándola tal y como la llevó a cabo o la realizó el modelo. Por ejemplo, en el caso de los niños se les puede pedir que imaginen cómo su héroe preferido (e.g. Superman, Spiderman) o alguno de los personajes de sus dibujos animados favoritos realizan la conducta a modelar (e.g. son valientes y se enfrentan a atravesar solos un pasillo a oscuras) siguiendo los pasos que va dictando el terapeuta o la persona que está llevando a cabo el modelado.

Modelado pasivo

El observador se expone al modelo y observa y aprende su conducta o pautas de acción (mediante modelado simbólico o in vivo). Posteriormente se procede a la fase de ejecución en la que el observador, sin ayuda del terapeuta o modelo, lleva a cabo la conducta o acciones observadas.

Modelado participante

En el modelado participante el observador atiende la conducta del modelo y cuando éste la ejecuta, él la ejecuta a su vez con la ayuda verbal y física si es necesario, de aquél. El modelado participante combina modelado, facilitadores o instigadores verbal y físicos, ensayo de conducta y desensibilización in vivo. El modelado participante también es conocido como una *desensibilización por contacto* (Ritter, 1968, 1969) o *participación guiada* (Bandura, 1976).

El modelado participante se utiliza con frecuencia para el afrontamiento de situaciones que provocan ansiedad y que son evitadas por miedo o por falta de habilidad. La técnica se utiliza tanto de forma individual como en grupo.

Los tres pasos del modelado participante son:

1. *Exposición* y actuación del modelo ante una situación o estímulo aversivo. Por ejemplo, acercarse y tocar a un animal al que teme el observador.
2. *Instigación, ensayo de conducta, moldeado y desensibilización in vivo*. En el caso de afrontamiento a situaciones temidas o aversivas, el terapeuta que está actuando de modelo anima verbalmente al cliente a imitar la conducta que está modelando. El terapeuta, si es necesario, ayuda físicamente al cliente a llevar a cabo la conducta, por ejemplo, si el terapeuta ha acariciado a un perro que el observador teme, le anima a tocarlo, acercándole la mano y acariciándole con él y le refuerza si lo hace. Además de guiar la conducta, el contacto físico entre terapeuta y cliente ayuda a producir una respuesta de tranquilidad que compite con la de ansiedad que produce el acercamiento al objeto o situación temida (Desensibilización).
3. *Retirada progresiva de los instigadores*: El modelo retira gradualmente el apoyo físico y verbal a medida que el observador o el cliente va llevando a cabo la conducta.
4. *Practicar la conducta* en otros contextos y con otros modelos para fomentar la generalización.

Un ejemplo de modelado participante no clínico pero muy habitual es el de enseñar a montar en bicicleta a un niño. En primer lugar, suele montar el modelo indicando al niño que observe cómo lo hace. Posteriormente, le invita a subir en la bicicleta y le va dando las indicaciones de hacia dónde mirar, cómo manejar el manillar o cómo pedalear mientras le va sujetando la bicicleta o agarrándole del brazo o la espalda para ayudarlo. Cuando el niño se va sosteniendo, el modelo va soltándole físicamente y poco a poco dando menos indicaciones sobre cómo hacerlo, pero sí manteniendo el refuerzo verbal sobre lo bien que lo está haciendo.

Como señala Cruzado (2001) son varios los factores que influyen en la eficacia del modelado participante. La *extinción vicaria* es uno de ellos al comprobar el observador que las consecuencias negativas esperadas no se producen ante la exposición repetida del modelo. Igualmente la *adquisición de los conocimientos y habilidades y destrezas* necesarias para afrontar con éxito la situación incrementa la percepción de autoeficacia y la correcta ejecución. Por último, otro factor relevante es la *reducción o habituación de los niveles de ansiedad* al enfrentarse personalmente a la situación.

En general, cuando se lleva a cabo un entrenamiento en modelado se suele realizar una jerarquía de situaciones que se presentan de menor a mayor dificultad, complejidad o temor.

Auto-modelado

Mediante este procedimiento, la persona, a través de la observación mediante videos grabados sobre su nivel de ejecución, va modificando o practicando patrones de conducta que requiere la situación. Esta técnica se emplea habitualmente en el Entrenamiento en Habilidades Sociales, rendimiento deportivo, etc. Por ejemplo grabar una sesión de entrenamiento en la que la persona ha llevado a cabo correctamente determinados ejercicios de relajación para que los vea en casa y pueda repetirlos y practicarlos.

Modelado de autoinstrucciones

El modelado de autoinstrucciones implica exponer a un modelo que, mientras está realizando o va a comenzar a realizar una conducta, se va diciendo en voz alta todos los pasos o instrucciones de ayuda que le permitan llevar a cabo la tarea. El observador puede aprenderse las o generar algunas similares y practicarlas al realizar la conducta pertinente. Por ejemplo las autoinstrucciones que se da un modelo para afrontar la realización de un examen podrían ser: *voy a comenzar a realizar el examen, siéntate tranquilo, respira, tengo que ir despacio y leer bien las preguntas. Ten-*

go que ir de una en una, si alguna no me sé, he de pasar a la siguiente, lo estoy haciendo bien. El observador puede repetirlas todas, algunas, o añadir otras con las que se identifique mejor, (e.g. *qué bien me está saliendo, soy un crack*). Como se verá más adelante, el entrenamiento autoinstruccional desarrollado por Meichenbaum y colaboradores (e.g. Meichenbaum y Goodman, 1971) se lleva a cabo mediante modelado autoinstruccional.

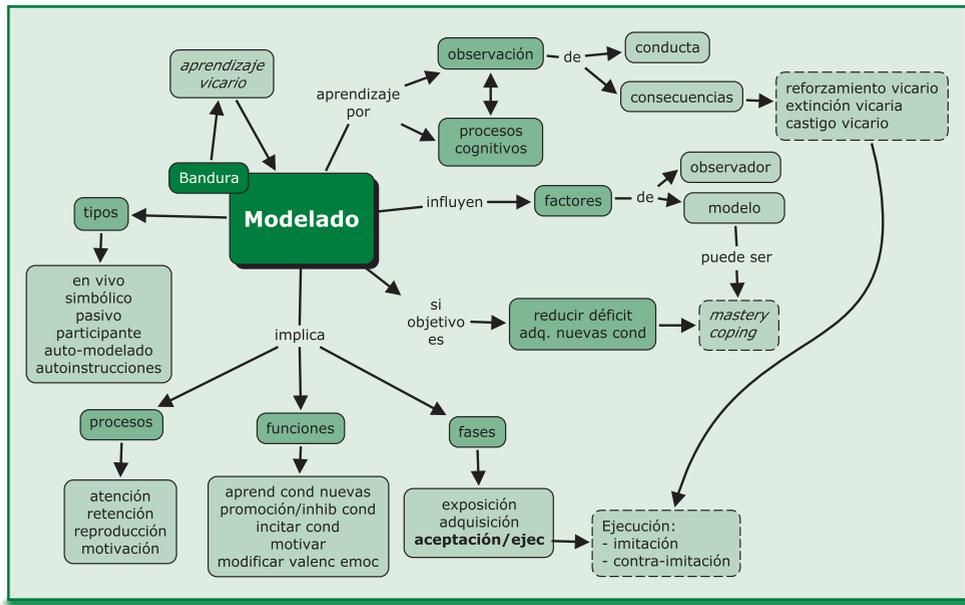
2.6. Ámbitos de aplicación y estudios de resultados

Generalmente los procedimientos de modelado se combinan con otros procedimientos de intervención, como técnicas de exposición, ensayo de conducta, técnicas de relajación, solución de problemas, habilidades de afrontamiento, reforzamiento o reestructuración cognitiva. No obstante, a pesar de utilizarse habitualmente en psicología clínica como una técnica dentro de un paquete de tratamiento, el modelado es en sí mismo muy efectivo.

Son muchos los estudios de casos y estudios controlados de comparación de tratamientos que se han publicado sobre la eficacia del modelado para distintos trastornos. A título de ejemplo se resaltan algunos de los recogidos por Cruzado (2001), Olivares y Méndez (1999) y Spiegler y Guevremont (2010). Los distintos tipos de modelado se han utilizado para tratar diferentes trastornos de ansiedad, incluyendo fobia a los animales (Öst, 2001), miedo al tratamiento dental (Klingman, Melamed, Cuthbert y Hermeicz, 1984; Fernández y Secades, 1993), médicos e intervenciones quirúrgicas (Bragado, 1992; Ortigosa y Méndez, 1995; Ortigosa, Méndez y Quiles, 1996), ansiedad a hablar en público (Altmaier, Leary, Halpern y Sellers, 1985), miedo al agua y a las alturas (Davis, Kurtz, Gardner y Carman, 2007) y agorafobia (Williams y Zane, 1989).

Además de los estudios que han demostrado la eficacia del modelado en general en los distintos trastornos anteriormente mencionados, se han llevado a cabo algunos estudios comparativos para evaluar la eficacia comparativa de los distintos tipos de modelado. En algunos estudios, el modelado participante se ha mostrado superior al modelado in vivo pero sin ayuda (Menzies y Clarke, 1993; Öst, Ferebee y Furmark, 1997), al modelado filmado (Dows, Rosenthal y Lichstein, 1988; Öst, Ferebee y Furmark, 1997) y a la desensibilización in vivo (Williams y Zane, 1989). Según algunos autores, la mayor eficacia del modelado participante puede deberse a que, en realidad, es un paquete de tratamiento con distintos componentes como son exposición al modelo (modelado), instigación, ensayo de conducta y desensibilización in vivo, puesto que, como dice Bandura (1986b) el miedo del observador se reduce tanto por lo que ve (observa) como por lo que hace (ensayo de conducta, desensibilización, etc.).

2.7. Mapa conceptual de las técnicas de modelado



3. Entrenamiento en habilidades sociales

3.1. Fundamentos teóricos

El Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) es un tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales (Segrin, 2009).

El déficit en habilidades sociales está asociado a numerosos problemas emocionales y de desadaptación. Hay numerosos estudios que demuestran la asociación entre déficit de habilidades sociales y problemas de aislamiento social, fracaso escolar y delincuencia en la infancia y adolescencia. Del mismo modo, en adultos, también está asociado a problemas de aislamiento, depresión, ansiedad social o problemas de pareja o de dificultad de establecer relaciones íntimas. Actualmente se ha convertido en un procedimiento de intervención ampliamente utilizado puesto que, por un lado, incide directamente en todos los ámbitos en los que se desarrolla la vida de las personas (laboral, educativo, sanitario, familiar, social etc.) y, por otro, la falta de competencia social puede ser un déficit central o estar a la base de muchos trastornos psicológicos.

Sus orígenes están vinculados a los trabajos de varios autores de los años 30 (e.g. Jack, 1934; Murphy, Murphy y Newcomb, 193; Page, 1936; Williams (1937) que señalan la influencia que tienen en la conducta social de los niños aspectos tales

como la búsqueda de aprobación, ser responsable, simpático o comportarse socialmente adecuada o inadecuadamente. No obstante, es a partir de los años 50 cuando surge el Entrenamiento en Habilidades Sociales como un procedimiento de intervención ligado a la Terapia de Conducta. Salter (1949), influido por la concepción pavloviana de excitación-inhibición cortical, publica la *“Terapia de reflejos condicionados”* donde hace referencia a la personalidad excitatoria y las ventajas de la conducta expresiva. Sugiere que las personas con problemas de relaciones sociales pueden tener un predominio de procesos inhibitorios, lo que explicaría el déficit de expresión emocional que presentan. Para contrarrestarlos, propone llevar a cabo un tratamiento psicológico mediante técnicas de role-playing que potencie los efectos excitatorios promoviendo la expresión emocional, la expresión facial, hablar de uno mismo, defender opiniones, incluso contrarias a las de los demás, etc. Wolpe, recogiendo las ideas de Salter en 1958, publica *“Psicoterapia por inhibición recíproca”* utilizando por primera vez el término “asertividad” y la inhibición de la ansiedad en las relaciones interpersonales asertivas. (Wolpe y Lazarus, 1966).

Durante dos décadas, la asertividad se consideró sinónimo de habilidad social y aparecen numerosos estudios, textos y libros de divulgación, al tiempo que se construyen varios instrumentos de medida para evaluarla. No obstante, muchos autores propusieron utilizar el término habilidades sociales por considerar que abarca otros aspectos además de la asertividad.

3.1.1. Modelos de adquisición de las habilidades sociales

Kelly (1988) señala cómo desde la perspectiva desde la teoría del aprendizaje social, las habilidades sociales son conductas aprendidas y hay distintos mecanismos que podrán explicar su adquisición y mantenimiento. Destaca los siguientes: Reforzamiento directo de las habilidades, experiencias de aprendizaje vicario u observacional, retroalimentación interpersonal recibida y desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales.

Reforzamiento positivo: A lo largo del desarrollo del individuo las conductas sociales se ejecutan y mantienen por sus consecuencias reforzantes. Ya en la primera infancia se aprenden rápidamente las conductas que generan consecuencias positivas en el ambiente y conductas tales como sonreír, balbucear e ir adquiriendo habilidades motoras generan respuestas físicas y atencionales de los mayores. Posteriormente, el repertorio de conductas interpersonales del niño va siendo mucho más elaborado, variado y verbal. En el propio desarrollo, a medida que distintos tipos de situaciones sociales inducen consecuencias positivas tanto para el niño como posteriormente para el adulto resultarán reforzadas e incluidas en el repertorio interpersonal.

Experiencias de aprendizaje vicario u observacional: Como ya se indicó en la primera parte de este capítulo, una de las principales aportaciones del aprendizaje observacional formulado por Bandura, fue señalar que la adquisición de habilidades no requiere la realización directa de la conducta. La observación de un modelo que exhibe una determinada conducta y la posterior ejecución de esa conducta por parte del observador, (que realiza procesos de atención, retención, reproducción motora y reforzamiento) es uno de los mecanismos explicativos fundamentales de la adquisición de las habilidades sociales.

Según Kelly (1987), la exposición a un modelo suele conllevar alguno de estos efectos:

1. El observador adquiere una nueva conducta que no emitía anteriormente
2. La exposición al modelo hace que el observador emita con más frecuencia una conducta que ya existía (Efecto desinhibitorio).
3. El observador reduce la frecuencia de emisión de una conducta que era frecuente antes de la observación del modelo (efecto inhibitorio).

Se puede afirmar que en el Entrenamiento en Habilidades Sociales una técnica esencial es modelado que junto con el ensayo de conducta conforma una parte esencial del procedimiento de intervención.

Retroalimentación interpersonal: En los contextos sociales, la retroalimentación es la información por medio de la cual otra persona nos comunica su reacción ante nuestra conducta. Cuando esta retroalimentación es positiva, fortalece ciertos aspectos de la conducta social tanto conductuales como cognitivos mientras que si es negativa debilita aspectos particulares de la conducta. Así, por ejemplo, cuando a una persona su interlocutor le dice *“me gusta mucho que me escuches”*, o *“lo que dices me estimula”*, esa conducta será fortalecida por la reacción producida en la otra persona. Por el contrario, si ante una determinada conducta, por ejemplo, una verbalización que es percibida como agresiva, el interlocutor dice *“a mi no me vuelvas a hablar así”* esa conducta con gran probabilidad se debilitará. Varios autores consideran la retroalimentación interpersonal como un reforzamiento social (o su ausencia) administrado contingentemente por otra persona durante la interacción (Madsen, Becker y Thomas, 1968). Esta retroalimentación ayuda a mantener y moldear la conducta social y constituye otra de las técnicas importantes del Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Desarrollo de las expectativas cognitivas con respecto a las situaciones interpersonales: Las expectativas cognitivas son creencias o predicciones sobre la probabili-

dad percibida de afrontar con éxito una determinada situación. Rotter (1954) formula que un predictor de la conducta social es la expectativa cognitiva que el sujeto tenga de desenvolverse con éxito dentro de una situación dada. De esta formulación se desprende que una persona será capaz de mostrar las habilidades necesarias para afrontar una situación de forma efectiva si ha desarrollado por experiencia la expectativa cognitiva de que será capaz de lograrlo. Rotter también resalta la noción del valor subjetivo de un reforzador de forma que en función de ese valor la persona emitirá o no la conducta que conduzca a él. Por ejemplo, si una persona sabe que en una fiesta puede hablar con desconocidos sin ningún problema, y eso le gratifica porque conoce a gente interesante, lo más probable es que cuando vuelva a acudir a una fiesta siga manteniendo esa conducta. En esta misma línea, Bandura (1987) formula las *expectativas de autoeficacia* señalando que determinan si la persona se va a exponer o no a determinadas situaciones sociales en función de cómo piensa que las podrá afrontar.

3.1.2. Modelos explicativos del comportamiento incompetente

Con respecto a por qué los individuos no muestran conductas socialmente adecuadas y eficaces se han propuesto una serie de modelos que pretenden explicar las causas del fracaso en la conducta social. Los principales modelos resumidos por Bellak y Morrison (1982) son los siguientes:

Modelo de déficit de conductas. Este modelo sostiene que la incompetencia social se explica por la carencia de conductas adecuadas en el repertorio del comportamiento del sujeto, debido a una socialización deficiente o a la falta de experiencias sociales adecuadas de forma que no ha tenido la oportunidad de aprender las habilidades necesarias. Un ejemplo que puede ilustrar este modelo se encuentra en personas que provienen de familias desestructuradas y con falta de recursos económicos en los que las pautas de interacción son deficitarias con respecto a un medio social un poco más amplio que el familiar. Por ejemplo, una persona que no puede acceder a un trabajo de cara al público debido a que no sabe cual sería la conducta apropiada cuando un cliente pregunta varias cosas, reitera las preguntas e incluso protesta, puesto que no ha podido en su medio aprender las conductas adecuadas de tolerancia necesarias para manejar eficazmente esta interacción.

Modelo de ansiedad condicionada. Según este modelo, la causa de no manifestar conductas socialmente competentes se debe a que los sujetos están some-

tidos a una ansiedad condicionada a ciertos estímulos que configuran las relaciones sociales. Un ejemplo que se encuadraría en este modelo es el de personas que muestran mucha ansiedad condicionada a situaciones de conflicto interpersonal y las evitan o no responden asertivamente y hacen lo que el interlocutor desea aún sin querer hacerlo por no saber manejar la situación y para aliviar su ansiedad

Modelo de discriminación errónea. Este modelo asume que el fracaso social se debe a la creencia o uso erróneo de habilidades perceptivas y cognitivas, produciéndose interpretaciones incorrectas de las señales sociales. Un ejemplo de este modelo lo constituyen esas personas a las que se suele denominar “pesadas”. Otro ejemplo es cuando alguien está mirando repetidamente el reloj con gesto de tener prisa y su interlocutor sigue hablando sin interpretar que las señales que está recibiendo indican que debe de terminar en ese momento la interacción.

Modelo de déficit cognitivo evaluativo. Este modelo explica el fracaso de la conducta socialmente competente por una inhibición de las respuestas eficientes como consecuencia de los estados emocionales inducidos por la evaluación errónea de las situaciones, las expectativas negativas de la actuación y las autorreferencias negativas. Por ejemplo, personas que tienen serios problemas en las relaciones interpersonales (fobia social, timidez) en las que la propia ansiedad y las autorreferencias negativas (“no sé que decir” “van a pensar que soy tonto” “ me estoy sonrojando y lo notan” “pensarán que me pasa algo y me quiero ir”, etc.) impiden la conducta adecuada socialmente.

Modelo interactivo. Sostiene que la competencia social sería el resultado final de una cadena de procesos cognitivos y de conducta que se iniciaría con una percepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de esos estímulos para producir y evaluar posibles opciones de respuesta de las cuales se seleccionaría la mejor y finalizaría con la expresión de la alternativa de acción elegida (Schlundt y McFall 1985). Este modelo integra en cierta manera los anteriores tanto de déficits conductuales como cognitivos y propone en positivo los procesos implicados en la conducta hábil socialmente.

En general los modelos señalados interactúan entre sí de forma que el fracaso en la conducta socialmente competente podría estar determinado por la presencia de elementos pertenecientes a uno o varios de los modelos.

3.2. Tipos de habilidades sociales

Las habilidades sociales constituyen un amplio rango de competencias que se pueden agrupar en distintas categorías relacionadas entre sí. Cabe resaltar las siguientes:

- Habilidades no verbales relacionadas con el lenguaje corporal como son la expresión facial, el contacto ocular, ademanes y posturas, etc.
- Habilidades básicas de conversación
- Habilidades de comunicación
- Habilidades emocionales
- Habilidades de autoprotección
- Habilidades de solución de problemas
- Habilidades de aproximación-evitación en las relaciones íntimas y en la consecución de objetivos vitales.

Otra forma de agrupar las habilidades sociales que se trabajan en el Entrenamiento en Habilidades Sociales es distinguir entre habilidades conductuales y habilidades cognitivas y cambios fisiológicos. Caballo (1977) señala dentro de cada una de estas categorías los siguientes elementos a entrenar:

- a. **Habilidades conductuales:** Se refieren a las conductas manifiestas implicadas en los diversos tipos de interacciones sociales. Los componentes conductuales más destacados son los siguientes:
 - *No verbales:* incluyen elementos como la mirada, sonrisa, gestos, orientación, etc.
 - *Paralingüísticos:* tales como la voz (volumen, tono), tiempo de habla, perturbación del habla, etc.
 - *Verbales:* Referidos al contenido general del discurso, por ejemplo, manifestaciones de aprecio, auto-revelaciones, halagos, acuerdo, desacuerdo etc.
 - *Mixtos:* Incluyen elementos de los componentes anteriores, por ejemplo, tomar la palabra, escoger el momento apropiado, ceder la palabra, etc.
- b. **Habilidades cognitivas:** Estos componentes aluden a la manera en que las personas seleccionan las situaciones, los estímulos y los acontecimientos y cómo los perciben construyen y evalúan en sus procesos cognitivos. Dentro de los componentes cognitivos se pueden especificar los siguientes:
 - *Percepciones sobre ambientes de comunicación:* Los ambientes en los que se desarrolla la experiencia social de las personas poseen características generales y específicas que en la interacción determinan el ajuste de

la conducta socialmente habilidosa. La capacidad para percibir adecuadamente estos ambientes y a partir de ello elaborar la respuesta adecuada constituye un elemento esencial de la habilidad social. Varios trabajos han especificado características de los ambientes como por ejemplo, ambientes cálidos, privados, familiares, restrictivos, distantes etc. que requieren distintas respuestas dependientes de la capacidad para percibir con claridad los elementos determinantes de cada situación

Por otro lado las diferencias de edad, sexo y cultura han demostrado ser relevantes a la hora de percibir los ambientes sociales y dan cuenta de variaciones en el ajuste de la conducta socialmente competente.

- *Variables cognitivas del individuo*: Se incluyen estrategias y habilidades relacionadas con: 1) *Competencias cognitivas*: Se refieren a la capacidad de las personas para construir activamente conductas habilidosas adaptativas. Estas competencias incluyen el conocimiento de la conducta habilidosa apropiada, de las costumbres sociales, de las diferentes señales de respuesta, así como saber ponerse en el lugar de otra persona (Argyle, 1969) y la capacidad de solución de problemas. 2) *Estrategias de codificación y constructos personales*: El modo en el que las personas codificamos y atendemos selectivamente las secuencia conductuales que observamos influye de manera notable en lo que aprendemos y luego podemos hacer. Algunos de los elementos que constituyen las estrategias de codificación que empleamos serían la percepción social e interpersonal adecuada, la existencia o no de estereotipos, las creencias sobre las situaciones y/o personas que constituyen la interacción etc. 3) *Expectativas*: Este elemento se refiere a las predicciones que las personas hacen sobre las consecuencias de la conducta. Incluye, entre otros, los siguientes elementos: *Expectativas de resultado*, es decir la seguridad que tiene una persona de poder realizar una conducta particular, *expectativas positivas* que tienen que ver con las consecuencias de la conducta, *relaciones estímulo-resultado* que hace referencia a que los resultados que esperamos dependen de la configuración de los estímulos que componen la situación de interacción etc. 4) *Valores subjetivos de los estímulos*: Las conductas sociales dependen de los valores subjetivos. Las personas se pueden comportar y percibir las relaciones de distinta manera en función de sus valores. Una persona puede valorar la atención y los detalles en la interacción social y otra puede no ser sensible a esas manifestaciones. Las preferencias y aversiones sobre los estímulos constituyen también otro elemento esencial a la hora de manifestar conductas sociales. 5) *Planes y sistemas de autorregulación*: la autorregulación permite influir en nuestro ambien-

te afrontando de una manera adecuada la situación. Podemos seleccionar activamente las situaciones a las que nos exponemos, creando en cierto sentido la red social favorable y nuestro propio ambiente. Elementos que se incluyen serían autoinstrucciones adecuadas, autoobservación apropiada, autoestima, etc.

- c. **Cambios fisiológicos.** Se refieren a las reacciones fisiológicas implicadas en las situaciones de interacción social. Los componentes más investigados han sido: Tasa cardiaca, presión sanguínea, flujo sanguíneo, respuestas electrodermales, respuestas electromiográficas y respiración.

Independientemente de las categorías en las que se puedan agrupar, en términos generales las habilidades concretas que suelen entrenarse en los programas, dependiendo del déficit de las personas a las que va dirigido el entrenamiento son:

- Iniciar y mantener conversaciones
- Hablar en público
- Expresión de amor, afecto y agrado
- Defensa de los propios derechos
- Petición de favores
- Rechazar peticiones
- Hacer cumplidos
- Aceptar cumplidos
- Expresión de opiniones personales incluido el desacuerdo.
- Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
- Disculparse o admitir ignorancia
- Petición de cambios en la conducta del otro.
- Afrontamiento de las críticas

3.3. Proceso de entrenamiento en habilidades sociales

Alberti y Emmons, (1978) señalan que al comenzar a aplicar un programa de entrenamiento en habilidades sociales es importante asegurarse de que:

- El cliente comprende los principios básicos de la conducta socialmente apropiada.
- Se encuentra preparado para llevar a cabo el programa de entrenamiento
- Los intentos del cliente de llevar a cabo la conducta apropiada aunque sean precarios serán reforzados
- Se han valorado suficientemente los posibles cambios que se pueden producir en el entorno del cliente al llevar a cabo la nueva conducta aprendida.

Como señala Caballo (1997, 2010), un Entrenamiento en Habilidades Sociales efectivo requiere trabajar los siguientes aspectos:

- *Entrenamiento en habilidades* propiamente dicho: Se refiere al entrenamiento de las conductas específicas que se enseñan, practican e integran en el repertorio del individuo
- *Reducción de la ansiedad*. Tiene que ver con el hecho de que en situaciones sociales problemáticas que generan un elevado grado de ansiedad es necesario reducirla para que no interfiera en el aprendizaje. Para ello se suele entrenar en relajación o Desensibilización Sistemática si bien en ocasiones llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa se va reduciendo la ansiedad.
- *Reestructuración cognitiva*. Se refiere a la necesidad que puede haber de modificar creencias, cogniciones y/o actitudes que están presentes a la hora de realizar el entrenamiento y que intervienen de una manera negativa. Se suelen emplear técnicas cognitivas tales como entrenamiento autoinstruccional, cambio de creencias, etc. También hay que señalar que al adquirir la conducta competente socialmente puede darse de forma natural la reestructuración cognitiva necesaria.
- *Entrenamiento en solución de problemas*. Se refiere al entrenamiento para percibir correctamente los parámetros de las situaciones relevantes a procesar los valores de esos parámetros para generar respuestas potenciales y seleccionar una respuesta y enviarla de manera que consiga el objetivo deseado en la comunicación interpersonal.

3.3.1. Evaluación y selección de las habilidades sociales

El EHS, al igual que el resto de las intervenciones cognitivo-conductuales, requiere una evaluación rigurosa. La evaluación de las habilidades sociales se suele llevar a cabo mediante varios procedimientos combinados.

Entrevista

Suele constituir el inicio de toda evaluación y en ella se pueden observar las características de la conducta social del sujeto que también podrá identificar sus déficits tanto a nivel molar como molecular. Debido a que la propia situación de la entrevista es una situación de interacción, se puede también observar el comportamiento del paciente en cuanto a elementos tales como el contacto visual, la postura, el volumen de la voz, la fluidez del discurso etc.

Instrumentos de autoinforme

Los cuestionarios de autoinforme son uno de los procedimientos más utilizados para evaluar los déficits en habilidades sociales por la relación coste-efectividad en comparación con otros procedimientos de evaluación. Hoy en día existen numerosos cuestionarios de evaluación de habilidades sociales con buenas propiedades psicométricas. Varios autores (Méndez Olivares y Ross, 1999 y Caballo, 1997) agrupan los instrumentos de medida de autoinforme en tres categorías: a) Medidas de habilidad social, b) Medidas de ansiedad social y c) Medidas de las cogniciones. Algunas de ellas se resumen a continuación:

- *Medidas de habilidad social.* Son escalas e inventarios que recogen la frecuencia con que se realiza la conducta social y/o el grado de malestar y la capacidad para enfrentarse a determinadas situaciones, así como el grado de dificultad que tienen para el sujeto. Algunos de estos inventarios son el Inventario de Asertividad de Rathus (*Rathus Assertiveness Schedule*, Rathus, 1973a), el Inventario de Aserción (AI, *Assertion Inventory*, Gambrill y Richey, 1975), la Escala Inventario de la Actuación Social (SPSS, *Social Performance Survey Schedule*, Lowe y Cautela, 1978) o la *Escala Multidimensional de Expresión Social. Parte Motora* (EMES-M, Caballo 1979), etc.
- *Medidas de ansiedad social.* Son instrumentos que miden la ansiedad y/o la evitación de situaciones sociales. Algunas de las escalas son las siguientes: Escala de Ansiedad y Evitación Sociales (SAD, *Social Avoidance and Distress Scale*, Watson y Friend, 1969) –o la Escala de Ansiedad de Interacción y de Ansiedad a Hablar en Público (IAAS, *Interaction and Audience Anxiousness Scale*, Leary, 1983b).
- *Medidas de las cogniciones.* Se trata de pruebas que evalúan el grado de temor a las evaluaciones negativas de los demás y la frecuencia de autoverbalizaciones positivas y negativas. Entre ellas destacan el cuestionario de Temor a la Evaluación negativa (FNE, *Fear of Negative Evaluation*, Watson y Friend, 1969) o el Test de Autoverbalizaciones Asertivas (ASST, *Assertiveness Self-Statement Test*, Schwartz y Gottman, 1976).

Informes de otras personas

Las personas significativas para el paciente (e.g. pareja, familiares amigos etc.) constituyen una importante fuente de información sobre su comportamiento social inadecuado y las situaciones donde lo muestra. Para recoger esta información es aconsejable formular a las personas relevantes preguntas concretas sobre los aspectos de la conducta observables y delimitados con el fin de recoger información útil y centrada en la conducta o conductas problema.

Auto-observación y registro

La observación del paciente de su propia conducta es uno de los elementos fundamentales para que tome conciencia de su funcionamiento y mantenga la motivación para el cambio.

Se debe delimitar la conducta a observar y seleccionar el procedimiento de registro. Por ejemplo, si la conducta a observar es la de intervenir en conversaciones, el modelo de auto-registro puede ser el siguiente:

Nombre.....Fecha.....

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Situación							
Conducta social (Intervenir)							
Ansiedad (0 a 10)							
Pensamientos							
Reacciones de los demás							
Dificultad (0 a 10)							

Observación

La observación puede llevarse a cabo en dos tipos de situaciones:

- *Observación en situaciones naturales.* Tanto preparadas como no preparadas la realizan otras personas, tales como expertos, cuidadores, etc.
- *Observación en situaciones artificiales.* Se elaboran situaciones simuladas que reproducen situaciones reales en las que el paciente ha de mostrar sus conductas sociales. En general se utilizan pruebas estructuradas de interacción breve y/o extensa.
 - a. *La prueba estructurada de interacción breve* consiste en la representación de papeles y en ella se describe la situación, el colaborador hace un comentario y el sujeto responde. Por ejemplo se dice al paciente: *Llaman a la puerta de tu despacho y es un empleado que te va a pedir permiso para salir antes (es una persona que siempre incumple el horario y no quieres darle un nuevo permiso).* El colaborador hace el papel del empleado y dice: *“Hola, mira te quiero pedir irme hoy antes, a las 13 horas porque mi mujer no puede ir a recoger a la niña a la guardería y no tenemos quien la recoja”.* ¿Qué dirías tú.....?

- b. *Prueba semiestructurada de interacción extensa* o interacciones simuladas parecidas a las que suceden en la vida diaria. Uno de los procedimientos más utilizados es el “*como si*” que consiste en que el paciente tiene conocimiento de la tarea y se le proporcionan instrucciones para que actúe como si la relación interpersonal fuese cierta. Se trata de un Role-playing grabado en video donde se asignan unos papeles a representar durante un tiempo determinado. Por ejemplo, el paciente está con un grupo de colaboradores que están hablando entre ellos y tiene que intervenir *como si* fuera una situación real de su trabajo en un momento de descanso.

Una vez realizada la evaluación se comienza a aplicar el entrenamiento que se desarrolla según las siguientes etapas que no siguen un orden estricto y que pueden entrenarse simultáneamente.

3.3.2. Procedimiento de intervención en el entrenamiento en habilidades sociales

El EHS incluye varias técnicas y procedimientos de intervención dependiendo del problema de habilidades a los que va dirigido el entrenamiento. No obstante, todos los programas suelen incluir 5 componentes básicos: Justificación e instrucciones del entrenamiento, modelado, ensayo de conducta, feedback y reforzamiento. Adicionalmente, se suelen incluir técnicas dirigidas a la generalización de las habilidades adquiridas a distintos contextos diferentes a los que se ha llevado a cabo el entrenamiento.

Justificación e instrucciones

Una vez que se ha determinado en la evaluación cuáles serán las habilidades específicas a entrenar, se suele comenzar explicando por qué es importante tener habilidades sociales y de comunicación, cuáles son las básicas y por qué funcionan, centrándose posteriormente en cada una de las sesiones a explicar la conveniencia y pertinencia del entrenamiento de las habilidades nuevas seleccionadas, así como las instrucciones sobre cómo llevarlas a cabo. Para ello, además de la discusión con el terapeuta o entrenador de las razones a favor y en contra de la adquisición de la habilidad específica que se va a entrenar, se suelen utilizar lecturas concretas complementarias y manuales sobre el tema. Si el entrenamiento se está llevando a cabo en grupo, la puesta en común de las opiniones de sus miembros es un elemento fundamental.

La justificación y explicación de las nuevas habilidades específicas exige como primer paso que sean definidas de forma clara y precisa, describiendo con ejemplos

cada uno de sus componentes y cómo se llevará a cabo el entrenamiento. Se pretende ayudar a los clientes a que centren su atención desde el primer momento y a lo largo de todas las sesiones sobre los comportamientos que son objeto de entrenamiento. Es aconsejable utilizar medios didácticos sencillos como emplear conceptos y explicaciones causales de fácil comprensión, utilizar frases cortas y reiterar los conceptos más destacados. Por ejemplo, no es adecuado decir a un paciente: “Observa lo que están haciendo las personas que hablan en ese video” puesto que estas indicaciones no se centran en ninguna conducta o conductas concretas y perjudican la observación y retención en el observador. Instrucciones como: “*Fíjate bien en la postura, mirada y tono de voz de esa persona que está hablando en la escena del video*” serían las apropiadas si se están trabajando esos componentes conductuales como objetivo de la sesión.

Modelado

La mayoría de los programas de habilidades sociales incluyen el modelado como un componente fundamental del entrenamiento. El propósito del modelado es demostrar cómo se lleva a cabo la habilidad de forma efectiva y cómo no debe realizarse. El entrenamiento en modelado está especialmente recomendado para aquellas personas que les resulta difícil sólo con indicaciones hacer o decir algo y se sienten más cómodos viendo cómo lo hace o lo dice primero otra persona. Hay varios aspectos del Entrenamiento en Habilidades Sociales que pueden incrementar la efectividad del modelado.

- *Repetición de la ejecución* adecuada de la habilidad entrenada, bien al ser varios los modelos que realizan la misma conducta o bien presentando a un único modelo que repite varias veces la misma conducta. La presentación de modelos múltiples llevando a cabo la misma conducta puede llevar al cliente a refutar la creencia de que sólo una persona (el modelo concreto) y no otras personas en general, es capaz de realizar la conducta que le resulta difícil llevar a cabo. La repetición por parte de un único modelo de la conducta, permite al cliente refutar la idea de que la conducta ha sido realizada correctamente por azar.
- *La similitud del modelo y el observador* en cuanto a edad, sexo y otras características personales o de estatus, suelen contribuir a que se facilite la imitación y el aprendizaje.
- *La competencia del modelo* influye igualmente en el aprendizaje observacional. En general, aunque depende de la habilidad a entrenar, cuando la conducta la realiza el modelo desde el primer momento sin ningún fallo (modelo

mastery o perfecto) puede ser menos efectivo que si el modelo comete errores o no la realiza perfectamente y va poco a poco corrigiéndolos (modelo *coping* o de afrontamiento).

- *Reforzamiento* del modelo. Si el modelo es reforzado por la realización de la conducta es más probable que sea imitado.
- *Complejidad de la conducta a modelar*. Cuando el entrenamiento en modelado se está llevando a cabo con conductas complejas, es conveniente que se divida la conducta en varios componentes y el modelo los vaya llevando a cabo por separado. Una tarea demasiado compleja dificulta el aprendizaje si su nivel de dificultad es elevado y considera que no podrá alcanzar el nivel de competencia exhibido por el.

El modelado puede realizarse de diferentes maneras no excluyentes y llevarse a cabo tanto por un profesional experto como por personas que no tienen una cualificación especial (e.g. familia, profesores, compañeros, etc.). El modelado puede realizarse en presencia del modelo (modelado in vivo) o mediante medios audiovisuales (modelado simbólico). Ambos tipos de modelado tienen ventajas e inconvenientes. La ventaja del modelo in vivo es que permite tener flexibilidad para introducir modificaciones si se produce una situación inesperada que puede permitir diferentes alternativas de respuesta. En contraste, una de las ventajas del modelado simbólico es que permite repetir la escena que se desee tantas veces como se considere oportuno, controlando que en todas las ocasiones la conducta se repite con la misma precisión.

Ensayo conductual

El ensayo de conducta podría considerarse el elemento fundamental del EHS ya que permite a los clientes tomar un papel activo en el proceso de adquisición de habilidades. Cuando las conductas apropiadas han sido claramente modeladas, el cliente ha de llevar a cabo la conducta inicialmente mediante *role-playing*. El objetivo del ensayo conductual es que el cliente practique las conductas adecuadas en un contexto controlado donde pueda ser observado y recibir *feedback* y reforzamiento. El ensayo conductual facilita la retención de las técnicas que se están entrenando y favorece un mayor rendimiento que proporcionar únicamente información o demostrar cómo se lleva a cabo la conducta. El ensayo conductual se realiza inicialmente en las sesiones individuales o en grupo mediante *role-playing* donde el entrenador o los miembros del grupo ensayan la conducta concreta en una situación específica (e.g. entrenar cómo se pide a una persona –actor– que le devuelva el bolígrafo que le ha prestado).

Algunos de los aspectos que hay que tener presentes cuando se lleva a cabo el ensayo de conducta han sido recogidos por Caballo (1997, 2010).

- Se debe realizar con una conducta en una determinada situación y no trabajar con varios problemas a la vez.
- En las sesiones se debe trabajar el problema que se expuso al comienzo de la sesión o en la sesión anterior, no ir variando continuamente.
- Se debe escoger una situación reciente o que sea probable que vaya a ocurrir en un futuro cercano.
- Se debe evitar prolongar el ensayo de la conducta más de uno o tres minutos.
- Las respuestas deberían ser tan cortas como sea posible.

Feedback o retroalimentación

Para que el entrenamiento mediante role-playing sea efectivo ha de incluir, además de la práctica de la conducta, la retroalimentación sobre cómo se ha llevado a cabo. Esto puede hacerse por el agente que está llevando a cabo el entrenamiento, los miembros del grupo si es el caso, o también mediante la grabación de la conducta realiza. Se puede dar feedback positivo, negativo, descriptivo, corrector y auto-revelador. Como señalan Vila y Fernández-Santaella (2004), el feedback que es más conveniente realizar después de la realización de la conducta es en primer lugar el positivo y posteriormente el corrector, en el que se señalan los aspectos mejorables de la conducta realizada. Señalan algunos aspectos que requiere su aplicación:

- Antes del ensayo conductual han de estar claramente las conductas que se van a entrenar y por las que se recibirá, en consecuencia, feedback. No es conveniente entrenar más de tres o cuatro conductas.
- El feedback ha de ser específico y dirigido a la realización de la conducta o a un aspecto de ella, pero no a la persona.
- El feedback ha de centrarse inicialmente en los aspectos positivos verbales y no verbales de la actuación.
- El feedback corrector se lleva a cabo después de resaltar los aspectos positivos y va dirigido a aspectos concretos y específicos verbales y no verbales que se pueden mejorar.
- Se han de comentar con el cliente los aspectos anteriormente señalados para que pueda expresar su opinión y el grado de acuerdo o desacuerdo con las sugerencias de la persona o personas que le dan el feedback.

Además de los aspectos anteriormente es importante destacar que el feedback es más efectivo cuando la valoración de los aspectos positivos y la información constructiva que mejore posteriores actuaciones se produzca inmediatamente después de realizar la conducta.

Reforzamiento

Casi todos los estudios de manejo de contingencias y habilidades sociales han demostrado la importancia del refuerzo en el incremento de conductas sociales y su mayor arraigo cuanto más se refuercen, al menos en las primeras fases de adquisición. Sin embargo, cuando el objetivo es ya el mantenimiento más a largo plazo de las habilidades aprendidas, el refuerzo intermitente es más apropiado. En general, el reforzador habitualmente utilizado es la felicitación o alabanza verbal, signos de aprobación como el aplauso, la sonrisa, etc.

Otros componentes:

Asignación de tareas para casa. La asignación de tareas para casa se realiza cuando se ha alcanzado en el entrenamiento llevado a cabo en las sesiones un nivel mínimo de competencia o habilidad que permita obtener algún éxito en la tarea a realizar. Las tareas que se programan para casa van de menor a mayor dificultad. En general, cuando se comienza a realizar ejercicios de competencia o reducción de déficit de habilidades, el terapeuta o entrenador ha de advertir al cliente que llevar a cabo correctamente la conducta deseada no garantiza la aceptación o aprobación de los demás (e.g. hacer amigos, ser elegido después de llevar correctamente una entrevista de trabajo, etc.), sino que sólo incrementa la probabilidad de éxito en las relaciones sociales (Segrin, 2009).

Estrategias de generalización. La generalización se refiere a la realización de la conducta adquirida en condiciones o situaciones distintas a las que se llevó a cabo el entrenamiento. Lo que se pretende con estas estrategias es que, por una parte se mantengan las habilidades aprendidas una vez finalizado el entrenamiento, y por otra que sus resultados se generalicen a otras situaciones interpersonales, contextos diferentes y ante personas diferentes.

En la Tabla 1 se presentan los cinco componentes básicos del procedimiento de EHS y algunas de las técnicas específicas con las que se trabaja cada uno de ellos.

Tabla 1. Componentes básicos del entrenamiento en habilidades sociales

COMPONENTES BÁSICOS	TÉCNICAS ESPECÍFICAS
Justificación e instrucciones	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucciones verbales • Lecturas • Grabaciones • Entrenamiento autoinstruccional
Modelado	<ul style="list-style-type: none"> • Modelado in vivo • Modelado simbólico • Modelado participante
Ensayo Conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Ensayo real en la sesión • Inversión de roles • Práctica dirigida • Desensibilización mediante el ensayo de conductas • Representación de roles de otros personajes.
Feedback o retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback verbal • Feedback medios audiovisuales
Reforzamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo externo • Autorrefuerzo
Otros componentes: Tareas para casa Estrategias de generalización	<ul style="list-style-type: none"> • Autoinstrucciones • Relajación, • Técnica se exposición • Parada de pensamiento • Técnicas de solución de problemas´ • Reestructuración cognitiva • Lecturas • Películas • Reestructuración cognitiva • Etc.

3.4. Modalidades de aplicación

La aplicación del EHS se puede realizar de forma individual y grupal. En ambas se desarrolla teniendo en cuenta los mismos componentes si bien es importante resaltar algunas características de los formatos tanto individual como grupal.

Formato Individual

Cuando se aplica el procedimiento de forma individual se puede realizar de manera más detenida la evaluación continua de las técnicas que se están empleando así como de los logros parciales a lo largo del proceso terapéutico. Igualmente se puede modificar e ir ajustando el contenido a medida que el programa avanza pudiéndose observar de forma más específica tanto los avances como las dificultades.

Formato grupal

Cuando se aplica en grupo, el propio grupo ofrece una situación social ya establecida en la que los participantes pueden practicar con los demás y distintas personas puedan ejecutar diferentes papeles y dar la retroalimentación que facilita el aprendizaje. El hecho de que las posiciones de los miembros sean similares suele proporcionar un contexto de apoyo.

En general existen dos requisitos que deben cumplir la composición de los grupos para optimizar el aprendizaje en los programas de entrenamiento:

- Que los déficits sociales de los componentes del grupo sean similares
- Que exista un nivel parecido de funcionamiento general y de responsividad esperada ante el tratamiento.

En cuanto a la orientación de los grupos se pueden señalar:

- *Grupos orientados a ejercicios*, cuyos participantes ejecutan una serie establecida de ejercicios de representaciones de papeles y en sesiones posteriores generan sus propias situaciones de ensayo de conducta
- *Grupos orientados hacia los temas*, en los que cada sesión se dedica a un tema determinado y se emplea para ello el ensayo de conducta.

Según la forma de estructurar las sesiones:

- *Grupos semiestructurados*: Utilizan algunos ejercicios de representación de papeles junto con otros procedimientos terapéuticos como clarificación de valores, entrenamiento a padres, etc.
- *No estructurados*: Los ejercicios de la representación de papeles se basan totalmente en las necesidades de los miembros en cada sesión.

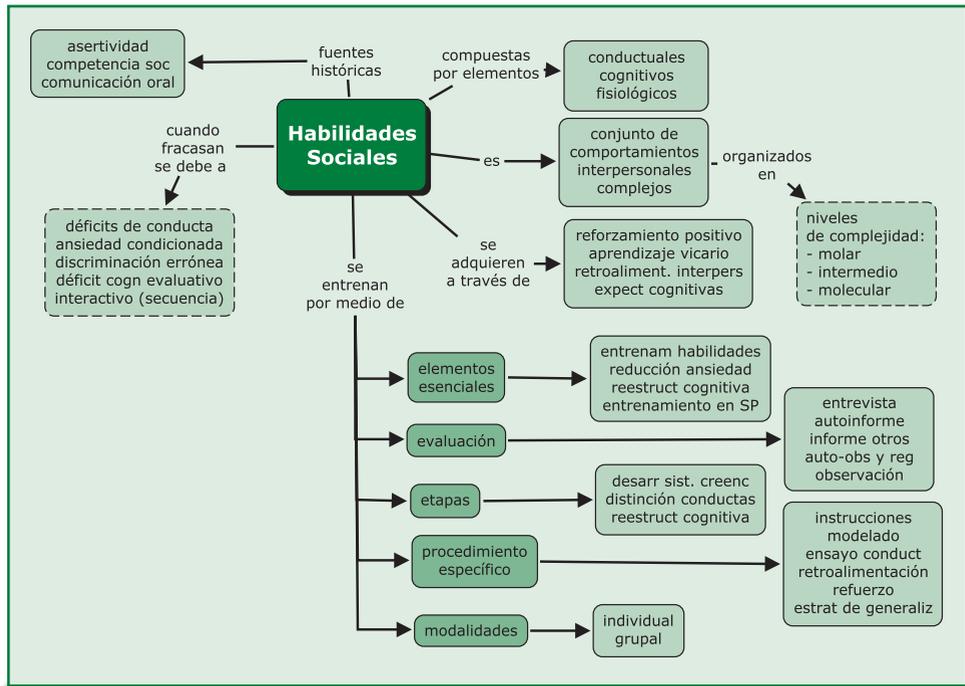
3.5. *Ámbito de aplicación y estudios de resultados*

La aplicación del Entrenamiento en Habilidades Sociales ha desbordado el ámbito de la psicoterapia y son numerosos los programas que se han utilizado en todos los campos en los que están implicadas las relaciones sociales como en el ámbito educativo, marco laboral y ámbito de la salud física y mental.

En relación al ámbito de la salud mental y la psicología clínica en general, hay numerosas investigaciones y estudios controlados que han mostrado evidencia empírica sobre su efectividad en una amplia gama de problemas. Por ejemplo, en problemas de alcoholismo y abuso de sustancias (Eriksen, Björnstad, Götestam, 1986), Monti, y O'Leary (1999), bulling (DeRosier, 2004), depresión (Bellack, Hersen y Himmelhoch, 1981, 1983), esquizofrenia (Benton, Schroeder, 1990; Granholm, McQuaid, McClure,

Link, Perivoliotis et al., 2007; Kurtz y Mueser, 2008), así como problemas de ansiedad, problemas de pareja, dificultad de establecer relaciones íntimas, etc. (Cuevas y Perona, 1994; Fernández y cols., 1999; González 1990; Graña, 1991; Santacreu, 1991), Ludopatía (Sharpe, 1997) o problemas de integración o reinserción social (Baguena y Belaña, 1993; Ortiz, 1992).

3.6. Mapa conceptual del Entrenamiento en Habilidades Sociales



4. Resumen

Modelado

- Las técnicas de modelado parten de los principios teóricos del aprendizaje observacional o vicario desarrollados por Bandura. Cuando un observador aprende la conducta de un modelo y también sus consecuencias vicariamente (reforzamiento vicario, castigo vicario o extinción vicaria). El aprendizaje vicario no requiere necesariamente de la exposición directa a un modelo, también puede ocurrir a través de la comunicación por medios simbólicos, como la imaginación o la transmisión oral o escrita.
- En el aprendizaje observacional están implicados cuatro procesos básicos: a) atención, b) retención, c) reproducción y d) motivación.

- El modelado cumple distintas funciones: 1) permite aprender nuevas conductas, 2) promueve e Inhibe la realización de conductas en función de las consecuencias para el modelo, 3) Incita a la realización de la conducta, 4) motiva y 5) modifica la valencia emocional.
- El proceso de modelado se lleva a cabo en tres fases secuenciales: 1) exposición y observación, 2) adquisición, 3) aceptación/ejecución/imitación.
- Se puede hablar de cuatro tipos diferentes de ejecución de conductas del observador después de haber sido expuesto al modelo: Imitación específica, Imitación general, Contra-imitación específica y Contra-imitación general
- Hay determinadas características del modelo que influyen en el aprendizaje vicario del observador: la similaridad, el valor afectivo, el prestigio, y nivel de competencia que muestra. Cuando el objetivo del modelado es reducir el déficit de habilidades o enseñar nuevas, se pueden utilizar dos tipos de modelo: Modelo “*mastery*” o competente y modelo “*coping*” o de afrontamiento que inicialmente muestra dificultades pero las supera.
- Existen diferentes tipos de modelado y formas de llevarlo a cabo. Son especialmente relevantes el modelado in vivo, modelado simbólico, modelado pasivo, modelado participante, auto-modelado y modelado de autoinstrucciones.
- El modelado se ha aplicado a una amplia gama de problemas y existen numerosos estudios de resultados que aportan evidencia empírica de su efectividad tanto aplicada cómo técnica única, como combinada con otras técnicas. En general puede decirse que su mayor efectividad ha sido con problemas relacionados con ansiedad o temor y con problemas relacionados con déficit de habilidades.

Habilidades sociales

- El Entrenamiento en Habilidades Sociales es un tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas con el fin de mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales. Las habilidades sociales constituyen un amplio rango de competencias que se pueden agrupar en distintas categorías relacionadas entre sí.
- Desde la perspectiva de la teoría del aprendizaje social, las habilidades sociales son conductas aprendidas y hay distintos mecanismos que podrán explicar su adquisición y mantenimiento: Reforzamiento directo de las habilidades, experiencias de aprendizaje vicario u observacional, retroalimentación interpersonal recibida y desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales.

- Se han propuesto diferentes modelos para tratar de explicar las causas del fracaso en la conducta social. Los cinco más relevantes son: 1) modelo de déficits de conductas, 2) modelo de ansiedad condicionada, 3) modelo de discriminación errónea, 4) modelo de déficit cognitivo evaluativo y 5) modelo interactivo.
- La evaluación de las habilidades sociales se lleva a cabo mediante varios procedimientos combinados: entrevista, instrumentos de autoinforme, informes de otras personas, auto-observación y autorregistro, y observación externa.
- Cuando se realiza un Entrenamiento en Habilidades Sociales las técnicas y procedimientos de intervención se eligen en función problema de habilidades al que va dirigido el entrenamiento. No obstante, todos los programas suelen incluir 5 componentes básicos: 1) Justificación e instrucciones del entrenamiento, 2) modelado, 3) ensayo de conducta, 4) *feedback* y 5) reforzamiento.
- El Entrenamiento en Habilidades Sociales se ha llevado a cabo en el ámbito educativo, laboral, clínico, salud física y mental.

5. Bibliografía recomendada

Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.

- En este libro Bandura describe ampliamente las bases teóricas del aprendizaje vicario, así como los tipos de modelado, sus efectos y sus aplicaciones.

Bandura, A. (1988). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.

- A lo largo de toda la obra se describen los principios teóricos y metodológicos del aprendizaje por observación. Los capítulos 2 y 4 son de especial interés porque en ellos expone sus planteamientos sobre el aprendizaje observacional y los motivadores vicarios.

Kelly, J.A. (1994). *Entrenamiento en habilidades sociales. Guía práctica para intervención*. Bilbao, Desclée De Brouwer.

- Expone su planteamiento teórico sobre la adquisición de habilidades sociales, describe el procedimiento de Entrenamiento en Habilidades Sociales en distintos ámbitos y poblaciones.

Caballo, V.E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. 2^a Ed. Madrid. Siglo XXI.

- El autor hace una revisión muy completa de los aspectos teóricos y metodológicos relacionados con la adquisición de habilidades sociales. Describe en detalle los instrumentos generales y específicos de evaluación de las habilidades sociales, así como el procedimiento, técnicas y principales aplicaciones del Entrenamiento en Habilidades Sociales.

6. Referencias bibliográficas

- Alberti, R.E. (1978). *Your perfect right* (3^a edición). San Luis Obispo, CA: Impact
- Altaimer, E.M., Leary, M.R., Halpern, S. y Sellers, J.E. (1985). Effects of stress inoculation and participant modeling on confidence and anxiety: Testing predictions of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3, 500-505.
- Argyle, M. (1969). *Social interaction*. Londres: Methuen.
- Baguena, M.J. y Beleña, M.A. (1993). Una nota sobre el nivel de reincidencia y eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades interpersonales realizado con mujeres delincuentes internas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 215-231.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1976). Effecting change through participant modeling. En J.D. Krumholtz y C.E. Thoresen (Eds.), *Counseling methods*. NY. Holt, Rinehart & Winston, 248-265.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bellack, A.S., Hersen, M. y Himmelhoch, J.M. (1981). Social Skills training compared with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1562-1567.
- Bellack, A.S., Hersen, M. y Himmelhoch, J.M. (1983). A comparison of social-skills training, pharmacotherapy and psychotherapy for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 101-107.
- Bellack, A.S. y Morrison, R.L. (1982). Interpersonal dysfunction. En A.S. Bellack, M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behaviour modification and therapy*. Nueva York: Guilford Press
- Benton, M.K. y Schroeder, H.E. (1990). Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 741-747.
- Bragado, C. (1992). Trastornos de ansiedad en la infancia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 5-25.
- Carrasco, I. y Avia, M.D. (1988). Personalidad y socialización. En S. del Campo (ed.), *Tratado de sociología*. Madrid. Taurus.
- Caballo, V.E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández Ballesteros y J.A. Carrobes (comps.), *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones* (3^a edición). Pirámide, Madrid.
- Caballo, V.E. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Caballo, V.E. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Promolibro: Valencia.

- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1. Madrid, Siglo XXI.
- Cruzado, J.A. (2001). Técnicas de modelado. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid. Pirámide. 594-627.
- Davis, T.E., Kurtz, P.F., Gardner, A.W. y Carman, N.B. (2007). Cognitive-behavioral treatment for specific phobias with a child demonstrating severe problem behavior and developmental delays. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 546-558.
- DeRosier, M.E. (2004). Building relationships and combating bullying: Effectiveness of a school-based social skills group intervention. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 196-201.
- Downs, A.F.D., Rosenthal, T.L. y Lichstein, K.L. (1988). Modeling therapies reduce avoidance of bath-time by the institutionalized elderly. *Behavior Therapy*, 19, 359-368.
- Eriksen, L., Björnstad, S. y Götestam, K.G. (1986). Social Skill training in groups for alcoholics: One-year treatment outcome for groups and individuals *Addictive Behaviors*, 11, 309-329.
- Fernández, C. y Secades, R. (1993). Programa para la implantación de hábitos de higiene buco-dental. En F.X. Méndez, D. Macià y J. Olivares (eds.), *Intervención conductual en contextos comunitarios I: Programas aplicados de prevención*. Madrid. Pirámide. 51-72.
- Gambrill, E.D. y Richey, C.A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- Goldfried, M.R. y D'Zurilla, T.J. (1969). A behavioral-analytic model for assessing competence. En C. Spielberger (Ed.), *Current topics in clinical and community psychology*, Vol. 1. Nueva York: Academic.
- Granholt, E., McQuaid, J.R., McClure, F.S., Link, P.C., Perivoliotis, D., Gottlieb, J.D., Patterson, T.L. y Jeste, D.V. (2007). Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 730-737.
- Jack, L.M. (1934). *An experimental study of ascendant behaviour in preschool children*. Iowa City: University of Iowa Studies in Child Welfare
- Kelly, J. (1987). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Editorial Desclée De Brouwer, S.A. Bilbao.
- Kelly, J.A. (1982). *Social skills training: A practical guide for interventions*. NY. Springer.
- Klingman, A., Melamed, B.G., Cuthbert, M.I. y Hermecz, D.A. (1984). Effects of participant modeling on information acquisition and skill utilization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 414-422.
- Kurtz, M.H. y Mueser, K.T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 491-504.

- Lowe, M.R. y Cautela, J.R. (1978). A self-report measure of social skill. *Behavior Therapy*, 9, 535-544
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Menzies, R.G. y Clarke, J.C. (1993). A comparison of in vivo and vicarious exposure in the treatment of childhood water phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 9-15.
- Méndez, F.X., Olivares, J. y Ortigosa, J.M. (1999). Técnicas de Modelado. En J. Olivares, F.X. Méndez (Eds.), *Técnicas de Modificación de Conducta*. Biblioteca Nueva. 193-222.
- Monti, P.M. y O'Leary, T.A. (1999). Coping and social skills training for alcohol and cocaine dependence. *Psychiatric Clinic of North America*, 22, 447-470.
- Murphy, G; Murphy, L.B. y Newcomb, T.M. (1937). *Experimental social psychology*. Nueva York: Harper and Row.
- Ortigosa, J.M. y Méndez, F.X. (1995). *Mi operación*. (MU-281-95). Murcia, C.R.A.V. Universidad de Murcia.
- Ortigosa, J.M., Méndez, J.X. y Quiles, M.J. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (II): Modelado filmado. *Psicología Conductual*, 4, 211-230.
- Ortiz, J. (1992). Programa experimental del tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad en una población de jóvenes delincuentes de entre 21 y 25 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 519-537.
- Öst, L.G. (2001). One-session treatment of a patient with specific phobia. Video-tape. página web: http://aabt.org/publication/videotapes/arch_worldround.html/.
- Öst, L.G., Ferebee, I. y Furmark, T. (1997). One-session group therapy of spider phobia: Direct versus indirect treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 721-732.
- Page, L.M. (1936). *The modification of ascendant behaviour in preschool children*. Iowa City: University of Iowa Studies in Child Welfare.
- Rathus, S.A. (1973). A 30 item Schedule for assessing assertiveness. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Ritter, B. (1968). The group desensitization of children's snake phobias using vicarious and contact desensitization procedures. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 1-6.
- Ritter, B. (1969). Treatment of acrophobia with contact desensitization. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 41-45.
- Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Nueva York: Prentice-Hall
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. Nueva York Farrar, Strauss y Giroux,
- Schwartz, R.M. y Gottman, J.M. (1976). Toward a task analysis of assertive beha-

- viour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 910-920
- Sharpe, (1997). Juego patológico. En V. Caballo (ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. I. Madrid, siglo XXI.
- Segrin, G, (2009). Social Skill Training. En W.T. O'Donohue y J.E. Fisher (Eds.). *General Principles and Empirically supported techniques of Cognitive Behavior Therapy*. NJ. John Wiley & Sons, Inc.
- Spiegler, M.D. y Guevremont, D.C. (2010). *Contemporary Behavior Therapy*. Belmont. Wadsworth.
- Vila, J. y Fernández-Santaella, M.C. (2004). *Tratamientos psicológicos. La perspectiva experimental*. Madrid. Pirámide
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Williams, H.M. (1935). A factor analysis of Berne's social behavior in young children. *Journal of Experimental Education*, 4, 142-146.
- Williams, S.L. y Zane, G. (1989). Guided *mastery* and stimulus exposure treatments for severe performance anxiety in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 237-245.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press. Stanford.
- Wolpe, J. y Lazarus, A.A (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. NY: Pergamon Press

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

7

M^a Ángeles Ruiz, Marta Isabel Díaz y Arabella Villalobos

1. Introducción

2. Origen histórico

3. Fundamentos teóricos y filosóficos

- 3.1. *Los ABCs de la Terapia Racional Emotiva Conductual*
- 3.2. *Mecanismos cognitivos del malestar*
- 3.3. *Tendencias biológicas básicas*
- 3.4. *Emociones adaptativas y desadaptativas*
- 3.5. *Ansiedad perturbadora y ansiedad del yo*
- 3.6. *Filosofía de vida y salud psicológica*
- 3.7. *Adquisición y mantenimiento de las alteraciones psicológicas*
- 3.8. *Mapa conceptual de la Terapia Racional Emotiva Conductual*

4. El proceso de la Terapia Racional Emotiva Conductual

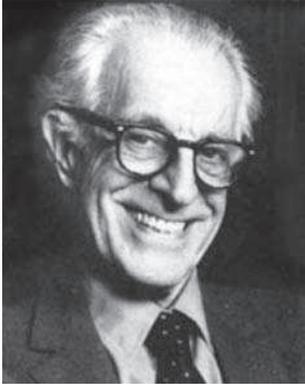
- 4.1. *Fases del proceso*
- 4.2. *Estructura de las sesiones*
- 4.3. *Estilo terapéutico y relación con el cliente*
 - 4.3.1. *Estilo terapéutico*
 - 4.3.2. *Relación con el cliente*
- 4.4. *Principales técnicas de intervención*
 - 4.4.1. *Técnicas utilizadas en el transcurso de las sesiones*
 - 4.4.2. *Técnicas utilizadas en la realización de trabajo para casa*
 - 4.4.3. *Técnicas que tienden a evitarse en la TREC*

5. Aplicaciones, evidencia empírica y estudios de resultados

6. Resumen

7. Bibliografía recomendada

8. Referencias bibliográficas



Albert Ellis (1913- 2007). Psicólogo estadounidense, es el creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) y precursor del enfoque psicoterapéutico cognitivo. Su método terapéutico intenta descubrir las irracionalidades de nuestros pensamientos y, con ello, sanar las emociones dolorosas, dramatizadas y exageradas que provocan. En 1957 publicó su primer libro sobre Terapia Racional Emotiva Conductual: *How to Live with a Neurotic* (Cómo Vivir con un Neurótico). Dos años más tarde constituyó el *Institute for Rational Living*, dedicado a la aplicación, enseñanza y promoción de la TREC y del cual fue presidente hasta su muerte. En 1982 un estudio realizado entre psicólogos estadounidenses y canadienses lo situó como el segundo psicoterapeuta más influyente de la historia, siendo el primero Carl Rogers y el tercero Sigmund Freud.

<http://www.albertellisinstitute.org>

Palabras clave

- Terapia Racional Emotiva Conductual
- Modelo ABC
- Pensamiento irracional
- Ansiedad del Yo
- Estilo terapéutico
- Ansiedad perturbadora
- Emociones desadaptativas
- Filosofía de vida
- Salud psicológica
- Relación con el paciente

Objetivos

Este capítulo ha sido escrito con el objetivo de que el lector o lectora...

- Conozca e identifique las influencias y el marco conceptual que dan origen a la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)
- Conozca los principios básicos de la TREC
- Conozca e identifique las fases del proceso de terapia, así como la estructura de las sesiones
- Reconozca la importancia y el papel, que en este marco, adquiere el estilo terapéutico y la relación con el paciente
- Conozca las principales técnicas de intervención que forman la Terapia Racional Emotiva Conductual y su aplicación en cada fase

1. Introducción

La creencia de que los problemas psicológicos derivaban probablemente de una historia de condicionamiento inapropiada sirvió de base a la primera generación de terapeutas de conducta para el desarrollo de tratamientos basados en los principios operantes y del condicionamiento clásico, no obstante, el modelo subyacente estímulo-respuesta fue puesto en entredicho con relativa rapidez acusado de no dar cuenta de la complejidad de la conducta humana, así mismo, el fracaso de estas intervenciones al ser aplicadas a problemas del estado de ánimo como la depresión abrió la puerta a la *cognitivización* de la Terapia de Conducta y así al comienzo de la llamada segunda generación.

El interés de la Terapia de Conducta por las variables y modelos cognitivos permitió captar la atención de autores como Albert Ellis, quien procedente de otras orientaciones psicoterapéuticas había empezado a modificar su forma de intervenir al tomar en consideración elementos cognitivos, encontrando en el viraje que estaba dando la Terapia de Conducta el caldo de cultivo para seguir desarrollando sus trabajos. Albert Ellis cuenta con el crédito de haber formulado el primer sistema de terapia cognitivo-conductual denominado Terapia Racional Emotiva Conductual, cuyo objetivo es modificar los núcleos cognitivos disfuncionales (ideas irracionales) que subyacen a los estados de perturbación psicológica.

2. Origen histórico

Albert Ellis (1913-2007), como ya se ha señalado, fue el creador de la **Terapia Racional Emotiva Conductual** (TREC) y uno de los pioneros de la Terapia Cognitivo Conductual. Presentó en 1957 un modelo de intervención psicoterapéutica que denominó *Terapia Racional* (Ellis, 1957) en el que enfatizaba el papel de las creencias en el desarrollo de los trastornos emocionales, defendiendo activamente que el cambio de creencias irracionales puede conducir a un cambio emocional y conductual. En 1961, cambió el nombre de su enfoque a *Terapia Racional Emotiva* para destacar que, contrario a las críticas que se venían realizando, no era una terapia centrada exclusivamente en las creencias de los pacientes, sino que también se prestaba una especial atención a las emociones que experimentaban. Posteriormente en 1993 volvió a sustituir el nombre por el de *Terapia Racional Emotiva Conductual* para resaltar que la conducta es igualmente un objetivo de tratamiento y que técnicas conductuales se han utilizado desde el principio como procedimientos de intervención habitual.

Ellis fue un hombre polifacético, como señala Warren (2007), un hombre del renacimiento. Estudió filosofía, compuso óperas y otras partituras musicales, escribió nove-

las y le interesaron muy especialmente los temas de relaciones de pareja y sexuales. Este interés le llevó a crear en 1941 una fundación con fines no lucrativos que llamó Instituto LAMP (Problemas de Amor y de Pareja), para proporcionar consejos y asesoramiento sobre problemas amorosos, sexuales y de pareja. Con el fin de tratar de obtener una mayor formación que avalara una mayor dedicación profesional, se matriculó en el programa de doctorado de psicología clínica de la Universidad de Columbia y completó posteriormente su formación como psicoanalista. Simultaneó su entrenamiento como psicoanalista con la práctica de la terapia marital y sexual.

Ellis mostró desde el comienzo de su formación una actitud crítica con el psicoanálisis por considerar que su efectividad para solucionar los problemas de los pacientes era escasa. Concluyó que adquirir el *insight* de las experiencias traumáticas infantiles no conducía a cambios sustanciales en sus problemas actuales, mientras que dar orientaciones a los pacientes para cambiar creencias básicas relacionadas con actitudes ante la vida conseguía más cambios en sus problemas emocionales.

Ellis siempre ha destacado como apoyo esencial a sus teorías los escritos y opiniones de importantes filósofos y pensadores. La influencia de los filósofos estoicos, especialmente Epicteto y Marco Aurelio, fue decisiva en la llamada inicialmente "Terapia Racional". Ellis cita la famosa frase de Epicteto: "Los hombres no se perturban por las cosas, sino por cómo se las toman" como un importante punto de inspiración para su formulación inicial, y sirvió para reforzar su opinión de que los factores filosóficos son más importantes que los psicoanalíticos y psicodinámicos en el origen y mantenimiento de los trastornos emocionales. Destaca también la influencia de otros filósofos como Kant, Spinoza o Schopenhauer y la de filósofos de la ciencia como Popper o Reichenbach. Todos ellos permiten reafirmar la gran relevancia concedida a las creencias en el comportamiento y emociones y la importancia de los métodos lógicos y empíricos en que se basan los seres humanos para analizar la realidad de acuerdo a sus reglas y principios utilizando para ello el método científico, esto es, formulando hipótesis sobre uno mismo y el mundo y tratando de comprobar su validez sin analizar previamente si las premisas de las que parten son correctas.

Podríamos resumir los principios éticos y humanistas que asume la TREC en la ayuda a las personas a maximizar su individualidad, aceptación incondicional, y libertad (no siempre ilimitada), incluso para elegir su propio estado emocional y su compromiso social, muestras de una clara influencia de filósofos existencialistas como Russell (1930, 1955) Tillich (1953) o Heidegger (1949); el marcado efecto que puede tener el lenguaje sobre nuestros pensamientos, emociones y acciones, que recoge la influencia de los semánticos generales o la idea de que es necesario condenar el *pecado* pero no al *pecador*, proveniente de la filosofía cristiana.

De su formación psicoanalítica Ellis resalta la influencia de los trabajos de Adler (1927) sobre el papel desempeñado por los sentimientos de inferioridad. La importancia concedida a la ansiedad del ego, la repercusión del interés social en el bienestar psicológico, o la tendencia de los seres humanos a establecer metas y propósitos son un claro reflejo de las aportaciones de Adler a la TREC. Igualmente, la influencia de las ideas de Karen Horney (1950) sobre la “tiranía de los deberes” se hace evidente en la importancia atribuida en el marco conceptual de la TREC al pensamiento absolutista, dogmático y evaluativo en el malestar emocional. También destaca como fundamental la influencia de los primeros terapeutas de conducta (Dunlap, 1932; M.C. Jones, 1924; Watson y Rayner, 1920). Las técnicas conductuales han sido desde los comienzos una parte fundamental del paquete de técnicas que ya se utilizaban en el proceso de la llamada inicialmente Terapia Racional. Más aún, Ellis valoró la efectividad de las técnicas conductuales utilizándolas para superar sus problemas de timidez con las mujeres y su miedo a hablar en público, así como en las terapias sexuales y de pareja que llevaba a cabo antes de formular la Terapia Racional. A medida que la Terapia de Conducta iba desarrollando nuevas técnicas de contrastada efectividad, la TREC iba incorporando aquellas que facilitaban sus objetivos terapéuticos de cambio.

3. Fundamentos teóricos y filosóficos

La TREC considera al ser humano como un organismo complejo y biopsicosocial con una fuerte tendencia a establecer metas y propósitos y tratar de conseguirlos. Las dos metas básicas son a) permanecer vivo, y b) obtener el mayor bienestar posible y evitar el malestar innecesario. De estas metas básicas se derivan todo el resto de submetas que las personas se van proponiendo a lo largo de la vida y que, además de proporcionarles felicidad, les permiten da cierto sentido a su vida (Ellis, 1962, 1979a, 1984a).

3.1. Los ABCs de la Terapia Racional Emotiva Conductual

Cuando los individuos intentan conseguir sus metas, en los distintos ambientes que conforman su entorno, se van encontrando con *acontecimientos activadores* (A) que les permiten o dificultan la consecución de sus metas en función de las valoraciones que realicen de estas situaciones estímulares. Para analizar las interrelaciones entre acontecimientos, cogniciones y consecuencia, Ellis (1984) propone el modelo ABC: Los acontecimientos activadores (A) por sí mismos no provocan consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (C); éstas dependerán de cómo se perciba o interprete (B) dicho acontecimiento activador. En otras palabras “A” son los acontecimientos activadores a los que respondemos, “C” la respuesta cognitiva,

emocional o conductual que damos y “B” las creencias que tenemos sobre “A” que son las que explican en mayor medida nuestra respuesta “C”, siendo, “B” el mediador fundamental entre “A” y “C”.

También la influencia de A sobre B y C, y de C sobre A y B, está claramente reconocida en esta terapia. A pesar de la importancia concedida a las creencias racionales e irracionales (B), la Terapia Racional Emotiva Conductual insiste en la constante interacción entre A, B y C. Un elemento activador (A), por ejemplo una enfermedad o un acontecimiento trágico, puede producir directamente consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas (C) y generar, al mismo tiempo, una serie de creencias (B).

Por ejemplo, un accidente de tráfico en el que se pierde un brazo (A) puede producir consecuencias negativas (C), como depresión, temor a los coches, pérdida del trabajo, evitación a la gente, imposibilidad de hacer deporte, sentimientos de ser muy desgraciado, inútil, etc. y generar “creencias irracionales” (B) del tipo “nunca encontraré trabajo debido a mi mutilación”, “nadie me querrá”, “jamás podré ser feliz”, etc. Las consecuencias derivadas de A (sentimiento de frustración, depresión, etc.) pueden a su vez influir, igualmente, en la activación o creación de creencias irracionales (B), por ejemplo, del tipo: “me siento fatal, no puedo soportarlo”, “esto es tan horrible que nunca lo superaré”, etc., que a su vez pueden influir nuevamente en C incrementando la sensación de malestar y convirtiendo la valoración realizada sobre el estado emocional en una nueva consecuencia (C) de mayor intensidad (Ruiz, 1993).

En definitiva, podría decirse que los seres humanos no pueden tener experiencias (A) sin hacer inferencias, valoraciones o interpretaciones sobre ella (B) que siempre tendrán algún tipo de consecuencias (C). Sin embargo, difícilmente se percibe, interpreta o valora (B) y se actúa, se siente o se piensa (C) si no hay ningún elemento activador (A).

Reconociendo, por tanto, esta interrelación, la TREC se ha centrado en resaltar la repercusión que las Creencias Racionales e Irracionales (B) tienen en las consecuencias emocionales y en la consecución de las metas y propósitos.

3.2. Mecanismos cognitivos del malestar

Desde el punto de vista psicológico, la idea central de la teoría de la TREC estaría en la distinción entre creencias racionales e irracionales y su decisiva contribución en el desarrollo de las emociones, conductas y pensamientos adecuados o disfuncionales. Ellis (1994; 1995) define las creencias racionales como cogniciones evaluativas de significado personal que son de carácter preferencial que se expresan en forma de “deseo”, “preferencia”, “gusto” “agrado” y “desagrado”. Los pensamientos racionales son flexibles y ayudan al individuo a establecer libremente sus metas y propósitos.

Los pensamientos irracionales son, por el contrario, cogniciones evaluativas de carácter absolutista y dogmático, se expresan de forma rígida con términos tales como *debería de* y *tendría que* y generan emociones negativas perturbadoras que interfieren claramente en la consecución de metas y propósitos que proporcionan felicidad.

La *racionalidad e irracionalidad* no se define en la TREC en un sentido absoluto, sino relativo porque lo que realmente dificulta o ayuda a conseguir las metas dependerá de la persona y de su situación particular.

Las creencias irracionales nucleares tienen algunas características similares (e.g. rigidez) a las del constructo de *esquema negativo* tal y como lo definen la Terapia Cognitiva de Beck y otras teorías y terapias cognitivo-conductuales. Por ello, DiGiuseppe (2010) considera que sería más exacto denominar a las creencias irracionales *esquemas irracionales*. Las creencias irracionales se pueden considerar esquemas de amplio espectro, tácitos, que operan a muchos niveles, conjuntos de expectativas o creencias sobre lo que es y debería ser el mundo, y lo que es y debería ser bueno o malo. Maultsby (1975) señala tres de los criterios que cumplen estas creencias o esquemas irracionales: 1) no responden a los principios de la lógica porque se basan en interpretaciones incorrectas y son inconsistentes con la evidencia empírica, 2) son automáticos, y el individuo no es consciente del papel mediador que ejercen sobre sus pensamientos, sentimientos y conducta y 3) obstaculizan la consecución de las metas y propósitos básicos.

Desde los comienzos de la TREC, Ellis ha ido identificando más de 200 creencias irracionales que tienen una clara influencia en los trastornos psicológicos. Las 11 creencias más significativas y relevantes, publicadas ya en 1962 en el libro *Razón y Emoción en Psicoterapia*, son:

1. *Necesito el amor y la aprobación de todas las personas importantes de mi entorno.*
2. *Para considerar que soy valioso debo ser absolutamente competente y tengo que ser capaz de conseguir todo lo que me propongo.*
3. *Hay personas a las que se debe considerar malvadas, infames o inmorales y deben ser culpadas y castigadas por sus malas acciones.*
4. *Realmente es terrible, horrible y catastrófico que las cosas no salgan o no sean como yo deseo.*
5. *Los seres humanos no podemos hacer nada o casi nada para evitar o controlar las desgracias y los sufrimientos que padecemos porque son producidos por causas externas sobre las que tenemos muy escasa influencia.*
6. *Cuando ocurre o puede ocurrir algo peligroso o amenazante, debo sentirme tremendamente preocupado y pensar constantemente que puede ocurrir lo peor.*

7. *Es mucho más fácil evitar que afrontar las dificultades y responsabilidades que se presentan en la vida.*
8. *Se debe depender de los demás; se necesita tener a alguien más fuerte que uno mismo en quien confiar.*
9. *Las cosas que me ocurrieron en mi historia pasada son determinantes de mi conducta actual y de mi conducta futura porque siempre y de manera definitiva me influirán.*
10. *Debo preocuparme mucho y constantemente por los problemas y perturbaciones de los demás.*
11. *Existe una solución precisa, acertada y perfecta para cada problema y es horrible y catastrófico no encontrarla.*

En la actualidad, más que describir nuevas creencias irracionales concretas, la teoría de la TREC se centra en resaltar la importancia de cuatro formas de pensamiento irracional:

1. **Demandas o exigencias** (e.g.: *“Si mi pareja me quisiera, debería haberme hecho un regalo por mi cumpleaños”*).
2. **Catastrofismo** (e.g. *“Como mañana no me salga bien la entrevista será horrible, yo me muero”*).
3. **Baja tolerancia a la frustración** (e.g. *“no voy a la fiesta porque me da miedo que me rechacen, es durísimo, yo soy muy sensible y no podría soportarlo”*).
4. **Depreciación o condena global de la valía humana** (e.g. *“Se me ha quemado la comida. Soy una inútil, todo lo hago mal”, “Se ha hecho mal la factura, es un incompetente total”*). Estas formas de pensamiento se consideran irracionales porque son falsas, ilógicas, extremas y tienden a interferir con las metas y propósitos básicos de la personas.

Ellis (1984a) defiende que las creencias irracionales de catastrofismo, baja tolerancia a la frustración y depreciación global, se derivan de las demandas o exigencias absolutistas de los *debería* o *tendría*. Wessler (1984) sin embargo considera que los cuatro tipos de creencias pueden ser primarios y en ocasiones ser los pensamientos irracionales relacionados con demandas y exigencias absolutistas (*debería*, *tendría*) los que se deriven de alguno de los otros tres (catastrofismo, baja tolerancia a la frustración y depreciación de uno mismo). No obstante, más recientemente, DiLorenzo, David y Montgomery (2007) aportan evidencia empírica que avala la hipótesis de Ellis sobre el carácter primario de los pensamientos de demanda y exigencia y el carácter secundario de las evaluaciones catastrofistas, la baja tolerancia a la frustración y la depreciación. Finalmente, Dryden, David y Ellis (2010) asumen la interdependencia de las creencias absolutistas por un lado, y por

otro, de los pensamientos catastrofistas, baja tolerancia a la frustración y depreciación, considerándolos como dos caras de la misma moneda.

3.3. Tendencias biológicas básicas

Aunque Ellis (1976, 1979a, 1984a) reconoce la influencia social y cultural en el pensamiento irracional, también afirma que incluso las personas con la educación más racional tienden a transformar sus preferencias en demandas absolutistas sobre sí mismo, los demás y el mundo. Sugiere que los seres humanos tienen dos tendencias biológicas importantes: 1) *La tendencia a pensar irracionalmente*; 2) *la capacidad de elegir cambiar sus creencias irracionales si así lo desean*.

La primera tendencia biológica se refiere a la tendencia a convertir sus fuertes preferencias en exigencias absolutistas. Ellis y Dryden (1997) indican 10 argumentos en los que se apoyan para defender la base biológica del pensamiento irracional recogidas en la Tabla 1.

Tabla 1. Argumentos de defensa de las bases biológicas del pensamiento irracional (Ellis, 1976a; 1976c; 1994c).

1. Todos los seres humanos tienen algún tipo de pensamiento irracional y de autoderrota.
2. Pensamientos irracionales que tienen que ver con creencias absolutistas y generan perturbación emocional se encuentran en personas de todas las culturas.
3. La mayoría de las conductas autodestructivas que llevamos a cabo, por ejemplo, postergar actividades y responsabilidades (procastinación), o la falta de autodisciplina son contrarias a lo que tratan de enseñar los padres, profesores o medios de comunicación.
4. Incluso las personas más brillantes e inteligentes a menudo, después de renunciar a pensamientos irracionales, suelen adoptar otros nuevos igualmente irracionales.
5. Incluso las personas que se oponen enérgicamente a diferentes creencias irracionales (e.g. ideologías o pensamientos absolutistas), a menudo suelen caer en la misma irracionalidad (e.g. rechazo de esos pensamientos o creencias absolutistas con argumentos también absolutistas).
6. Tomar conciencia de la irracionalidad de los pensamientos, sentimientos o conductas sólo ayuda parcialmente a modificarlos.
7. Los seres humanos suelen volver a sus hábitos y patrones de conducta de autoderrota incluso aunque hayan trabajado duramente para superarlos.
8. Las personas a menudo encuentran más fácil aprender conductas de autoderrota que de autosuperación.
9. Los terapeutas que se supone deberían preferiblemente ser buenos modelos a seguir de racionalidad, a menudo actúan irracionalmente en su vida personal y profesional.
10. Las personas con frecuencia se engañan a sí mismos creyendo que ciertas malas experiencias nunca les ocurrirán a ellos.

La segunda tendencia biológica que viene a contrarrestar el determinismo de la primera es la capacidad de los seres humanos de poder elegir cambiar sus pensamientos y conductas disfuncionales. Esto implica que las personas, a pesar de su tendencia al pensamiento irracional, no son esclavas de ella puesto que pueden trascender sus efectos eligiendo, aunque con esfuerzo, si desean cambiar su forma de pensar irracional y, como consecuencia, eliminar sus emociones negativas perturbadoras.

3.4. Emociones adaptativas y desadaptativas

La TREC considera que no todas las emociones negativas son disfuncionales, ni todas las emociones positivas adaptativas o saludables. Las *emociones adecuadas* son todos aquellos sentimientos positivos y negativos que va experimentando un individuo a lo largo de su vida que no interfieren con el establecimiento y consecución de metas. El amor, el placer, la curiosidad, la alegría son algunos de los ejemplos de emociones positivas adecuadas. El dolor, la tristeza, la frustración, la incomodidad o el malestar son ejemplos de emociones negativas adecuadas. Entre los sentimientos positivos inadecuados estarían la grandilocuencia o prepotencia que podrían interferir con la consecución de metas y propósitos; entre los negativos estarían los sentimientos de ira, depresión, ansiedad, desesperación, desesperanza, incapacidad o inutilidad. Estos sentimientos negativos se consideran inadecuados porque incrementan la percepción subjetiva de malestar o frustración y suelen bloquear las acciones que facilitan el afrontamiento de las dificultades que surgen en todo proceso de consecución de metas. Según Ellis (1994) las emociones negativas y positivas saludables estarían asociadas a pensamientos o creencias racionales y las emociones negativas y positivas perturbadoras lo estarían a pensamientos irracionales. En la Tabla 2 se recogen algunas de las emociones negativas insanas asociadas a un ejemplo de creencia irracional y su equivalente en emociones negativas sanas cuando la creencia asociada es racional.

Tabla 2. Emociones negativas y creencias

EMOCIONES NEGATIVAS INSANAS	CREENCIA IRRACIONAL ASOCIADA	EMOCIONES NEGATIVAS SANAS	CREENCIA RACIONAL ASOCIADA
Ansiedad	<i>"He estudiado mucho para este examen. No debería bajo ningún concepto suspender, si ocurre sería terrible"</i>	Preocupación	<i>"He estudiado mucho para este examen. Espero no suspender, porque sería mala suerte"</i>
Depresión	<i>"No debería haberse ido mi hijo de casa. Es terrible que se haya ido."</i>	Tristeza	<i>"Siento mucho que mi hijo se haya ido de casa, pero no hay razón por la que no deba haberse ido"</i>
Vergüenza	<i>"He metido la pata. Es terrible, no debería haberlo hecho. Todos pensarán que soy un auténtico estúpido"</i>	Decepción	<i>"He metido la pata pero ya que le voy a hacer"</i>
Culpa	<i>"Me he enfadado con Juan sin razón. Cómo he podido ser tan vil. No debería nunca hacer estas cosas, no tengo perdón"</i>	Remordimiento	<i>"Me he enfadado con Juan sin razón. La verdad es que lo he hecho fatal. En cuanto le vea le pediré disculpas"</i>
Ira	<i>"Ese chico es un sinvergüenza, se ha colado y es inadmisibile. Tendría que haber hecho lo que debe como hacemos todos: esperar su turno."</i>	Enfado	<i>"Vaya cara que tiene ese chico, se ha colado, podría haber esperado su turno como todos"</i>

3.5. Ansiedad perturbadora y ansiedad del yo

Ellis (1979b; 1980) considera que cuando los individuos presentan demandas absolutistas sobre el mundo, otras personas, o ellos mismos, cuando estas demandas fallan, se genera malestar emocional que dará lugar a dos tipos de perturbación psicológica: 1) Ansiedad del Yo, 2) ansiedad perturbadora.

La ansiedad del yo se define como un malestar emocional intenso que se acompaña con frecuencia por sentimientos fuertes de depresión, vergüenza, culpa o incapacidad. Este tipo de ansiedad la suelen experimentar las personas cuando: (1) sienten que su "yo" o su valía personal está amenazado, (2) "deben" o "tienen" necesariamente que hacer bien cualquier cosa y/o ser aprobados por los demás y (3) sienten que es "horroroso", "terrible" o "catastrófico" no hacer bien las cosas y no ser aprobados por los demás como ellos creen que "deberían" o "tendrían" que serlo. La ansiedad del yo supondría, por tanto, el auto-desprecio de la persona por no cumplir con las exigencias que tiene sobre ella misma, los otros y el mundo. La auto-condenación implica por una parte descalificarse globalmente y por otra "diablificarse" como si uno fuera un ser malo y nada valioso. La alternativa racional y saludable a la autocondenación sería la aceptación incondicional de uno mismo reconociéndose como ser falible. La auto-aceptación incluye, entre otras cosas,

aprender a evitar calificaciones o valoraciones globales y ser capaz de reconocer que, como ser humano que es, comete y cometerá errores, de ese modo estará en condiciones de realizar un afrontamiento adecuado de los problemas.

La **ansiedad perturbadora** hace referencia al malestar emocional que experimentan las personas cuando: (1) consideran que su vida o bienestar se encuentran amenazados, (2) consideran que *deben* o *tienen* que conseguir lo que desean necesariamente o “no deben o no tienen” que experimentar o padecer lo que no desean y, (3) consideran que es *terrible*, *horroroso* o *catastrófico*, en lugar de desagradable o incómodo, no conseguir lo que creen que *deben* o *tienen* que tener o sienten lo que creen que *no deben* o *no tienen* que sentir. En definitiva, la ansiedad perturbadora implica una baja tolerancia a la frustración que se origina porque la persona hace demandas a sí mismo, a los otros o al mundo que tienen que ver con normas dogmáticas sobre las condiciones de bienestar y vida confortable que deberían tener (Dryden, 2009). La tolerancia a la frustración es la alternativa saludable y racional a este tipo de perturbación. La ansiedad perturbadora puede ser igualmente un síntoma primario o secundario, aunque, según Ellis (1990), generalmente suele ser un síntoma secundario. A veces es difícil reconocer este tipo de ansiedad y puede confundirse con la ansiedad generalizada o flotante, puesto que la ansiedad que puede llegar a provocar la propia sintomatología de ansiedad puede hacer que ésta se manifieste en distintas situaciones, ajenas todas ellas a la situación original que produjo el malestar inicial. La detección de la ansiedad perturbadora es importante porque será el paso previo al tratamiento de los problemas de ansiedad específica. Cuando el cliente haya aprendido a dejar de *horrorizarse* de sus propios sentimientos de ansiedad, cuando acepte que sentirse ansioso no es tan *terrible*, dejará de obsesionarse por ese sentimiento y, entonces, según los preceptos de la TREC, podrá trabajar para superar la ansiedad que le producen los estímulos concretos (por ejemplo: hablar en público, ascensores, perros, etc.).

Ellis resalta la necesidad de tratar de forma independiente estos dos tipos de ansiedad (perturbadora y del yo) aunque a veces se solapan, porque en cada uno de ellas están implicadas creencias irracionales diferentes. Como se ha indicado anteriormente, la ansiedad del yo, está asociada a creencias relacionadas con *incompetencia* o *descalificación personal*, mientras que las creencias relacionadas con la ansiedad perturbadora tienen que ver con la *no aceptación del malestar* como emoción humana o con la consideración de que las *emociones negativas son malas* y por tanto no se deben de tener.

3.6. Filosofía de vida y salud psicológica

La importancia concedida en la TREC a aspectos filosóficos queda reflejada, como se ha ido viendo a lo largo de este capítulo, en la consideración de lo que se entiende por creencias irracionales y en lo que a su juicio son las dos principales perturbaciones psicológicas.

Tabla 3. Filosofía de vida que, según la TREC, favorece el ajuste emocional

PRINCIPIO	ENUNCIADO
Interés por uno mismo	<i>Aunque el sacrificio y el preocuparse por otras personas puede ser conveniente y necesario en determinados momentos o situaciones, como regla general, el interés por uno mismo ha de ser superior al interés que se preste a los demás.</i>
Interés Social	<i>Puesto que somos seres sociables, vivimos en comunidad y una parte importante de nuestras gratificaciones se derivan de la interacción social, es necesario actuar moralmente y defender y respetar los derechos de los demás y contribuir al bienestar y supervivencia de la sociedad.</i>
Autodirección	<i>Las personas sanas asumen la responsabilidad de dirigir y gobernar su propia vida sin "necesitar" o "demandar" constantemente el apoyo de los demás.</i>
Tolerancia a la frustración	<i>Los individuos racionales se conceden a sí mismos y a los demás el derecho a equivocarse, evitando condenar y procurar modificar las condiciones desagradables o adversas si pueden o aceptarlas si no se pueden cambiar.</i>
Flexibilidad	<i>Las personas sanas y maduras procuran evitar establecer reglas rígidas e inalterables con ellos mismos y con los demás. Sus planteamientos y actitudes son tolerantes y pluralistas. Mantienen posturas flexibles y están abiertas al cambio.</i>
Aceptación de la incertidumbre	<i>Es adaptativo y saludable reconocer y aceptar el hecho de que vivimos en un mundo incierto y probabilístico y admitir que, por el momento, no existen certezas o verdades "absolutas", ni probablemente existirán.</i>
Compromiso creativo	<i>Las personas tienden a sentirse más felices cuando se implican vitalmente en algún proyecto ajeno a ellas mismas, les interesa algún tema creativo y asumen algún compromiso social al que dedican parte de su vida cotidiana.</i>
Pensamiento científico	<i>Los individuos sanos tienden a ser objetivos, racionales y científicos Autorregulan sus emociones y conductas reflexionando sobre ellos mismos y las consecuencias de sus acciones. Evalúan mediante la aplicación de las reglas de la lógica y del método científico la consecución de sus metas y propósitos.</i>
Auto-aceptación	<i>Las personas con buena salud mental están contentas de estar vivas. Se aceptan a sí mismas y tienen capacidad para divertirse. No hacen valoraciones globales de sí mismos en función de sus logros externos o del juicio de los demás. Eligen aceptarse a sí mismos de forma incondicional, evitan clasificarse en categorías preestablecidas e intentan disfrutar en lugar de estar probándose continuamente.</i>
Asumir riesgos	<i>Las personas sanas tienden a asumir los riesgos que a veces acompañan a la consecución de sus objetivos, aunque exista la posibilidad de fallar. Tienden a ser aventureros, pero no son temerarios.</i>
Hedonismo en sentido amplio	<i>Las personas bien ajustadas son hedonistas porque buscan el bienestar y evitan el dolor pero no están obsesionadas con la obtención de gratificaciones o placeres de forma inmediata. No renuncian al beneficio presente por temor al dolor futuro ni renuncian al beneficio futuro por las dificultades que se pueden encontrar en el presente.</i>
No utopismo	<i>Las personas sanas aceptan el hecho de que las utopías son, probablemente, inalcanzables y, por tanto, admiten que no siempre van a obtener todo lo que desean ni van a poder evitar sentir en algunas ocasiones sufrimiento o dolor.</i>
Auto-responsabilidad por el propio malestar emocional	<i>Los individuos sanos aceptan la parte de responsabilidad que tienen sobre sus trastornos emocionales en lugar de culpar de forma defensiva a los demás o a los acontecimientos.</i>

Desde la primera formulación de la TREC, Ellis señala una serie de valores y actitudes que denomina *racionales* que contribuyen al bienestar psicológico y que tienen que ver con una particular manera de estar y entender la vida. Los trece principios fundamentales que constituyen el marco filosófico esencial suscrito por la Terapia Racional Emotiva Conductual se exponen en la Tabla 3.

Ayudar a las personas a elegir y a asumir como propio este tipo de filosofía de vida, se convierte en un objetivo esencial de la TREC. A lo largo del proceso terapéutico pueden cambiarse o eliminarse determinadas creencias irracionales situacionales o globales, pero si no se cambia la filosofía de base pueden surgir con el tiempo nuevas creencias irracionales que causen nuevos trastornos emocionales.

La teoría de la TREC argumenta que si bien una filosofía de vida basada en absolutismos y demandas está en la base de muchos problemas emocionales, una filosofía basada en el relativismo y en lo deseable es una característica central de la persona psicológicamente saludable. Esta filosofía reconoce que los humanos tienen muchas cosas que les gustan, desean, quieren o prefieren, pero si se niegan a elevar estos valores no absolutos a dogmas y demandas categóricos estarán psicológicamente menos perturbados (Ellis y Dryden, 1997).

3.7. Adquisición y mantenimiento de las alteraciones psicológicas

La Terapia Racional Emotiva Conductual no ha elaborado ninguna teoría específica para explicar cuál es el mecanismo mediante el que se adquieren los problemas psicológicos.

La teoría postula que la tendencia biológica a pensar irracionalmente no es similar en todos los seres humanos. A veces el contexto educativo en el que se desarrolla el individuo puede potenciar o reducir la tendencia a pensar irracionalmente, pero no todas las personas se ven influidas en la misma medida aún estando en el mismo contexto. Por ejemplo, una de las creencias más señaladas por Ellis "*necesito el amor y la aprobación de todas las personas de mi entorno*", puede darse tanto en personas que han sido sobreprotegidas en su infancia por sus padres como en personas que fueron abandonadas. En definitiva, se asume que las experiencias vividas pueden afectar al proceso de adquisición de la perturbación psicológica, pero lo que realmente es decisivo es cómo nosotros mismos vivimos e interpretamos nuestras experiencias.

La TREC, sin embargo, sí hace una propuesta sobre cómo se mantienen o perpetúan los problemas psicológicos. Ellis (1979a) señala tres *Insights* TREC de los que carecen, (no necesariamente de todos), las personas que mantienen trastornos emocionales.

- **Insight nº 1:** La perturbación humana viene determinada por las creencias irracionales que se activan ante las situaciones vitales negativas. Sin embargo, si la persona que padece un trastorno emocional considera que se debe a los acontecimientos negativos que le ocurren, tratará de cambiar las situaciones pero no las creencias que se le han activado y son las responsables reales de su malestar.
- **Insight nº 2:** Si las personas siguen reafirmando sus creencias rígidas y extremas, éstas se mantendrán. Aunque se reconozca la influencia de sus creencias irracionales en el malestar emocional, si la persona dedica su esfuerzo a encontrar el origen de ellas en lugar de tratar de cambiarlas, éstas se mantendrán.
- **Insight nº 3:** Sólo trabajando de forma constante en el presente y en el futuro las creencias irracionales y practicando creencias racionales alternativas se conseguirá cambiar.

La TREC señala igualmente como un factor importante en el mantenimiento del malestar emocional, sostener una filosofía de vida basada en *una baja tolerancia a la frustración*. Considerar que no se debe sentir incomodidad, malestar o dolor, que obtener metas u objetivos no deben ir acompañados nunca de esfuerzos o conflictos importantes, en definitiva, adoptar lo que Ellis denomina *hedonismo a corto plazo* para evitar mayor malestar impide en ocasiones alcanzar un mayor bienestar a largo plazo. Por ejemplo, no dejar de fumar por el esfuerzo que requiere y el malestar que entraña (*hedonismo a corto plazo*), implica mantener una adicción que a largo plazo supone renunciar a un mayor bienestar (*hedonismo a largo plazo*) psíquico o físico.

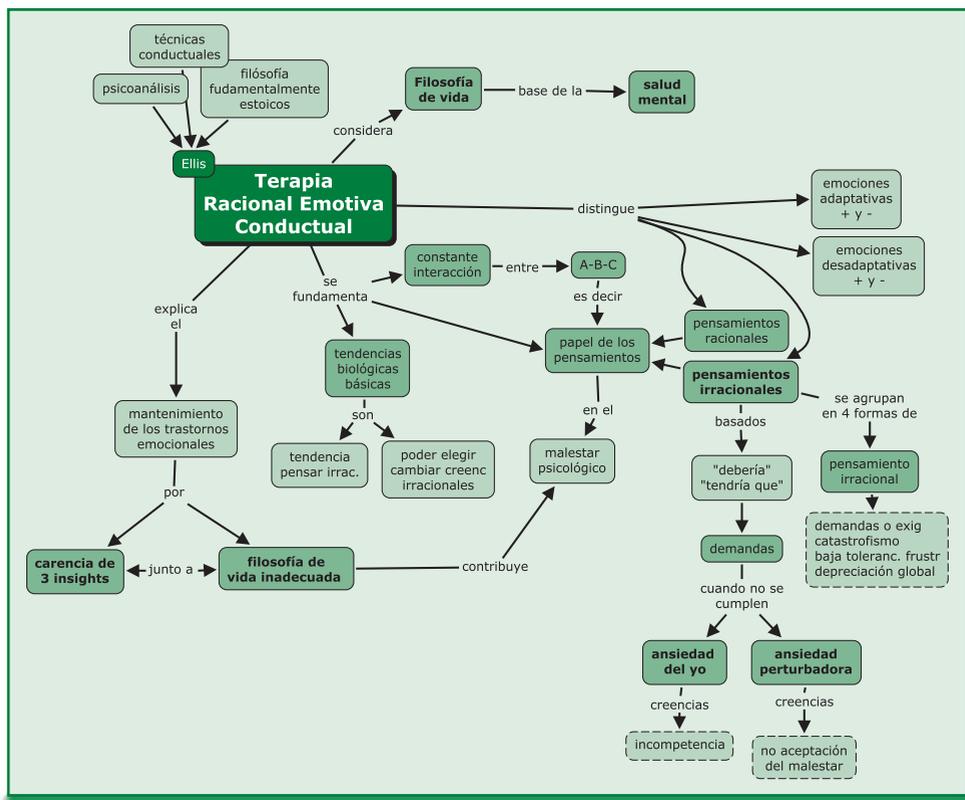
Otra propuesta de explicación de la perpetuación de los trastornos psicológicos se deriva de la teoría *freudiana* sobre los mecanismos de defensa. Según la TREC las personas utilizan diversos mecanismos de defensa (e.g. evitación, racionalización, negación, etc.) para negar la existencia de problemas o para minimizar su gravedad. No obstante, si bien pueden evitar con ello la tendencia a la auto-condenación (e.g. soy débil o incompetente) o la consideración de que no son capaces de asumir sus problemas si no tienen ayuda (sin ayuda no lo puedo superar), o bien producir un incremento de su malestar (e.g. no lo puedo soportar), están perpetuando sus creencias irracionales y, consecuentemente, su trastorno emocional.

Por último, la TREC apunta otros dos factores. El primero, la percepción y *valoración del coste y beneficio* por trabajar el cambio de creencias y su consecuencia emocional (e.g. Si viajo solo/a para trabajar la creencia de “no poder hacer nada sin la ayuda de los demás”, puede activarse la creencia “mi familia se puede enfadar, sería horrible y lo no podría soportar”). El segundo factor, *la profecía autocumplida*, implica actuar de acuerdo con las predicciones y evaluaciones realizadas de manera que las respuestas de uno mismo o de los otros permiten confirmar la hipótesis inicial sobre el origen del malestar.

En resumen, algunas de las razones que se apuntan en la TREC para que las personas perpetúen su malestar emocional son las siguientes:

- Considerar que si en lugar de cambiar las creencias irracionales se cambian los acontecimientos o situaciones se eliminará el problema emocional.
- Creer que el hecho de entender que las creencias irracionales están a la base de sus problemas emocionales es suficiente para que éstas cambien.
- No trabajar con tenacidad para detectar las creencias irracionales, ni practicar las alternativas racionales a estas creencias para que puedan asumirse como propias.
- Seguir actuando en consonancia con las creencias irracionales.
- Creer que mantener las creencias irracionales y sus consecuencias reporta mayor beneficio que el que se obtendría si se llevara a cabo el cambio hacia creencias alternativas más saludables.
- Vivir en ambientes y realizar conductas que apoyan las creencias irracionales que sustentan sus problemas. (Profecía autocumplida).
- Tener un déficit importante de habilidades sociales, habilidades de comunicación, destrezas de resolución de problemas o de otras destrezas o competencias relevantes para un adecuado funcionamiento personal, profesional o social.

3.8. Mapa conceptual de la Terapia Racional Emotiva Conductual



4. El proceso de Terapia Racional Emotiva Conductual

4.1. Fases del proceso

El proceso de intervención que se lleva a cabo en la TREC puede dividirse en cinco fases o etapas: 1) evaluación psicopatológica, 2) evaluación Racional-Emotiva, 3) *insight* Racional-Emotivo, 4) aprendizaje de una base de conocimiento racional y 5) aprendizaje de una nueva filosofía de vida.

4.1.1. Evaluación psicopatológica

En TREC, cuando se trabaja con clientes que pueden tener un trastorno emocional clínicamente relevante, el primer paso, como en el resto de psicoterapias cognitivo-conductuales, es realizar una exploración psicopatológica completa. Para ello, se utilizan varias estrategias diagnósticas. En primer lugar suelen aplicarse los criterios diagnósticos estandarizados del DSM IV-R. En segundo lugar se analizan los factores psicológicos o biológicos implicados en el problema o problemas utilizando como instrumentos básicos de evaluación entrevistas clínicas, cuestionarios, test psicológicos, medidas de autoinforme, etc.

Una vez llevado a cabo un diagnóstico adecuado en el caso de poblaciones clínicas se comienza la *Evaluación Racional Emotiva*, propia y específica de la TREC. En los clientes que no sufren ningún trastorno psicopatológico especial, se comienza directamente con la Evaluación Racional Emotiva.

4.1.2. Evaluación Racional-Emotiva

La evaluación Racional Emotiva se comienza realizando una lista con los problemas que presenta el cliente, clasificándolos en internos y externos y, teniendo en cuenta si son a su vez primarios o secundarios.

Problemas *externos* son los que dependen fundamentalmente de acontecimientos ambientales (e.g. divorcio, despido laboral, etc.). Cuando los sucesos ambientales provocan reacciones emocionales intensas o conductuales disfuncionales, se considera que la persona tiene problemas *internos*. Son precisamente en los problemas *internos* en los que se centra principalmente la TREC.

El análisis detallado de las emociones y conductas disfuncionales y de los acontecimientos que los provocan va dirigido muy especialmente a ir detectando creencias, opiniones o explicaciones que encierren *exigencias absolutistas*, *catastrofismo*, *baja tolerancia a la frustración* o *auto-descalificación general*.

Es importante detectar y clasificar los problemas teniendo en cuenta si son primarios o secundarios. El hecho de padecer una fobia social o un miedo al abandono

(problemas primarios) pueden provocar en la persona una devaluación de sí mismo y tal desesperanza, que desembogue en una depresión (problema secundario). En general es conveniente comenzar a trabajar los síntomas secundarios puesto que pueden estar incrementando los síntomas primarios. Por consiguiente, el trabajo terapéutico se llevará a cabo fijando las metas a alcanzar en: a) los problemas secundarios, b) en los problemas primarios y c) en los problemas externos.

Una vez definidos éstos, se establece para cada uno de ellos una primera aproximación a las relaciones entre los acontecimientos activadores (A), creencias irracionales (B) y consecuencias emocionales (C). A continuación se fijan las metas globales siguiendo el modelo teórico de la TREC

4.1.3. Insight Racional-Emotivo

Una vez realizado el proceso de Evaluación Racional, se explican los principios teóricos que sustentan la TREC, así como los tres insight que se deben alcanzar para llevar a cabo el proceso de cambio.

Las situaciones o acontecimientos en sí mismos no son los responsables del malestar emocional, son las creencias irracionales que se activan ante cada situación.

Puesto que el origen del malestar no son las experiencias actuales ni las de la infancia, sino las creencias irracionales que se generaron ante ellas, si se cambia el contenido de las creencias, también cambiará el problema emocional. Por tanto, la responsabilidad del cambio emocional está en uno mismo, no en las situaciones o acontecimientos que vivimos.

El deseo de cambio de creencias irracionales y de una filosofía de vida perjudicial, no es suficiente, es necesario trabajar duramente y de forma constante para que el cambio realmente se produzca.

4.1.4. Aprender una base de conocimiento racional

Esta cuarta fase es en la que se lleva a cabo la Terapia Racional Emotiva Conductual propiamente dicha puesto que en ella se enseña y entrena una base de conocimiento racional que permita aprender a debatir y refutar creencias irracionales, y a generar o afianzar creencias racionales alternativas para eliminar los problemas actuales y prevenir que se repitan en el futuro.

4.1.5. Aprender una nueva filosofía de vida

En esta última fase se pretende alcanzar dos objetivos: 1) conseguir que las creencias racionales que se han ido instaurando a lo largo de las etapas anteriores

se arraiguen y 2) fortalecer el hábito de detectar, debatir y refutar creencias irracionales sobre todo las basadas en exigencias absolutistas, creencias catastrofistas, auto-descalificaciones globales y baja tolerancia a la frustración.

4.2. Estructura de las sesiones

Dryden, DiGiuseppe y Neenan (2003) señalan 13 pasos fundamentales que suelen incluirse en las sesiones de la TREC. Estos pasos pueden agruparse en los siguientes:

- Preguntar al cliente por el problema que quiere tratar durante la sesión. No se considera necesario continuar con el problema que se trató en la sesión anterior porque puede haber otro más relevante para el cliente y porque, en el fondo el acontecimiento activador (e.g. pelear con la pareja; tener un problema con el jefe; tener miedo a ir en avión, etc.) sirve de punto de partida para debatir y refutar creencias irracionales, independientemente de que el contenido se centre en unas sesiones sobre aspectos relacionados con baja tolerancia a la frustración y en otras en debatir o refutar demandas absolutistas.
- Definir y acordar los objetivos concretos de la sesión porque no en todas las ocasiones coinciden terapeuta y cliente. Independientemente de lo comentado anteriormente, a veces el terapeuta puede considerar necesario seguir insistiendo en el debate de determinadas creencias irracionales para afianzar el cambio o el cliente plantear abordar otros problemas.
- Llevar a cabo el proceso de evaluación de los ABC del problema del cliente así como establecer las conexiones entre los acontecimientos activadores, creencias y consecuencias.
- Debatir terapeuta y cliente creencias irracionales específicas tratando de adoptar nuevas creencias racionales alternativas o afianzando las que ya tiene.
- Revisión y discusión durante la sesión los autorregistros de las tareas realizadas entre sesiones.
- Elegir, definir y acordar nuevas tareas a realizar entre sesiones
- Trabajar los aspectos que facilitan o son necesarios para la realización de estas tareas (entrenar nuevas formas de debate, enseñar canciones humorísticas, seleccionar y comentar posibles lecturas o grabaciones, ensayo de conductas, modelado, etc.).

4.3. Estilo terapéutico y relación con el cliente

Ellis y sus colaboradores han señalado en diversas publicaciones el estilo terapéutico de la TREC y las características del terapeuta que favorecen la relación con el cliente.

4.3.1. Estilo terapéutico

Ellis (1981; Ellis y Grieger, 1990) resalta diferentes aspectos relacionados con el estilo y la actitud que adopta el terapeuta en la TREC, entre los que cabe resaltar:

- **Ser activo y directivo**, sobre todo con aquellos pacientes que muestran una gran resistencia o que presentan un alto grado de trastorno emocional. Para Ellis, ayudar a corregir creencias irracionales y comportamientos disfuncionales exige mucha actividad y directividad por parte del terapeuta para contrarrestar su fuerte arraigo debido a la enorme tendencia a la repetición que tenemos los seres humanos.
- **Ser verbalmente muy activo** y promover, al mismo tiempo, la participación del cliente. Puesto que la parte fundamental de la Terapia se dedica a “discusión y debate”, el terapeuta debe estar continuamente haciendo preguntas y cuestionando pensamientos para estimular a la persona a cuestionarse todas aquellas creencias que puedan estar a la base de su trastorno emocional o conductual.
- **Ser didáctico** y comportarse como un buen profesor. Debe procurar utilizar un lenguaje claro y asequible y ayudarse de cualquier material de lectura o grabación que facilite la comprensión de los fundamentos teóricos de la TREC para que la persona pueda comprometerse en el cambio.
- **Saber promover cambios en la filosofía de vida**. El terapeuta ha de señalar al cliente, de forma clara y didáctica, la influencia positiva de adoptar una filosofía de vida más saludable basada, fundamentalmente, en los 13 valores y actitudes señalados anteriormente.
- **No fomentar la catarsis** puesto que considera que sus efectos terapéuticos son muy limitados. Aunque pueda en el momento aliviar el malestar, a medio y largo plazo puede ser perjudicial porque puede reforzar las creencias irracionales que están en la base de esas emociones.
- **Ser flexible**. Ellis señala que, la flexibilidad, el carácter antidogmático y no absolutista, es precisamente una premisa básica de la TREC y, por consiguiente, requisito indispensable para un terapeuta racional emotivo. Por consiguiente, siempre y cuando se respeten los principios teóricos en los que se basa la TREC, pueden admitirse variaciones en el estilo terapéutico que permitan tener en cuenta las características del cliente, del terapeuta y de la interacción de ambos. Dryden y Ellis (1986) sugieren que, aunque no se existe evidencia empírica que lo avale, es conveniente evitar mostrar un estilo muy directivo con personas dependientes, un estilo demasiado activo con personas muy pasivas, un estilo demasiado *intelectual* y *racional* con personas obsesivas y un estilo muy *amigable* y *emotivo* con personalidades histéricas.

4.3.2. Relación con el cliente

La relación interpersonal que se debe mantener con el cliente asume la mayor parte de los principios básicos señalados por Roger (1957) de aceptación incondicional, empatía, respeto y autenticidad. No obstante, en la TREC se considera que no todas ellas son necesarias y ninguna es suficiente. Junto a estas características, con sus correspondientes matizaciones, se recomiendan otras que también pueden favorecer la alianza terapéutica y el proceso de cambio.

- **Aceptación Incondicional.** En la TREC se considera importante que el terapeuta muestre hacia el cliente *aceptación incondicional*, entendiendo la incondicionalidad como la ausencia de juicios valorativos globales tanto positivos como negativos. Es decir, mostrar a los clientes que son aceptados incondicionalmente como seres humanos falibles, ni inútiles ni valiosos, ya que son demasiado complejos para ser valorados por sólo una o varias conductas. Ellis (1987) considera igualmente que el terapeuta no debe mostrar una especial calidez, atención, cuidado y apoyo hacia el cliente puesto que *aceptar* no significa *amar* o *aprobar*, y desde el punto de vista de los objetivos de la TREC estas actitudes del terapeuta hacia el cliente pueden interferir con los objetivos de la terapia. En este sentido, mostrar una especial calidez, atención, cuidado y apoyo pueden servir para *reforzar*, sin pretenderlo, las creencias irracionales del cliente relacionadas con *necesidad de aprobación o de amor*, baja tolerancia a la frustración y creencias irracionales de *necesidad permanente de ayuda y apoyo* de otras personas para afrontar las dificultades y adversidades que le depara la vida. A pesar de estas indicaciones generales, Ellis reconoce que bajo ciertas condiciones y según la intensidad del malestar emocional del cliente, sobre todo cuando hay una depresión importante o existen ideas suicidas, es conveniente que el terapeuta muestre una mayor calidez y apoyo durante el tiempo que considere necesario y, progresivamente, ir estableciendo la distancia adecuada que permita no encubrir creencias irracionales como las anteriormente señaladas.
- **Empatía.** El terapeuta ha de ser empático con el cliente. No sólo ha de mostrarle empatía afectiva, –hacer sentir al cliente que *comprende sus sentimientos*–, sino también ha de hacerle sentir que *comprende la filosofía* que subyace a sus sentimientos. La *empatía filosófica* es fundamental en la TREC porque si el cliente no siente que el terapeuta *entiende* su filosofía de vida, puede pensar que las creencias *irracionales* que le va señalando no son tales, ni tienen por qué estar afectándole negativamente, sino que el terapeuta no le *comprende* y, por consiguiente, no procede al cambio de creencias.

- **Ser genuino.** El terapeuta ha de ser abierto y accesible. Puede incluso hacer auto-revelaciones cuando le parezca oportuno o conveniente porque crea que puede servir de *modelo* al cliente al mostrarle ejemplos de su vida en los que pasó por dificultades parecidas a las suyas, e indicarle con qué tipo de estrategias pudo superarlas.
- **Tener sentido del humor.** Tener sentido del humor y saber utilizar la ironía y la broma son características del terapeuta especialmente valoradas en la TREC. El terapeuta ha de utilizar el sentido del humor para resaltar algún aspecto concreto del cliente, pero nunca para reírse de él o ridiculizarle como persona. Es más, ha de ser capaz de reírse *con el cliente* no de reírse *él solo* de su conducta o creencia. La utilización del sentido del humor como procedimiento de intervención en la TREC parte del punto de vista de Ellis (1987) de que la perturbación psicológica se produce a veces porque las personas se toman demasiado en serio a sí mismas, a los otros y/o a los acontecimientos de la vida. El humor del terapeuta, bien utilizado, es eficaz porque puede ayudar a los clientes a distanciarse de sí mismos y a ver lo ridículo de su pensamiento o comportamiento irracional, facilitando con ello su determinación de pensar y actuar racionalmente. Al igual que con otras intervenciones. La TREC afirma que no siempre es adecuado ni efectivo utilizar el sentido del humor por varias razones, entre las que cabe resaltar que no todos los pacientes lo entienden o les parece oportuno, y no todos los terapeutas tienen el sentido del humor apropiado, o no lo saben utilizar en un contexto terapéutico.
- **Estilo terapéutico informal.** Los terapeutas en las sesiones tienden a mostrar por lo general un estilo terapéutico informal salvo en los casos en los que no se considere pertinente. Dryden (2009) afirma que el estilo informal del terapeuta puede ser relevante por varios motivos. En primer lugar, puede ayudar al cliente a ver que el terapeuta se aplica la filosofía que le pretende transmitir: se toman así mismo y a su papel en serio, pero no *demasiado* en serio. En segundo lugar, tiende a disminuir la distancia emocional entre el terapeuta y el cliente sin perder de vista el hecho de que esta relación se ha establecido para ayudar al cliente a alcanzar sus objetivos terapéuticos. En tercer lugar, muestra al cliente que como terapeuta tiene mayor conocimiento profesional sobre cómo tratar los problemas y el malestar y sobre las técnicas más efectivas para promover el cambio, ahora bien, como ser humano, es tan falible, cambiante y complejo como él y, por tanto, tampoco merece una única calificación global sobre su valía personal.

4.4. Principales técnicas de intervención

Como se ha señalado anteriormente, la TREC utiliza una amplia gama de técnicas de intervención cognitivas, conductuales y emotivas procedentes de orientaciones teóricas diferentes. Desde el punto de vista teórico la TREC es considerada por Ellis y sus colaboradores (Ellis y Dryden, 1997; Dryden, 2009; Dryden, David y Ellis, 2010) como una psicoterapia de corte Cognitivo Conductual, sin embargo, predomina el *eclecticismo técnico* en cuanto a las estrategias de intervención utilizadas. Describiremos a continuación algunas de las principales técnicas comenzando en primer lugar por aquellas que se utilizan con mayor frecuencia en el transcurso de las sesiones y posteriormente las técnicas que se utilizan para llevar a cabo en el trabajo entre sesiones o tareas para casa. En ambos casos, las describiremos agrupándolas en técnicas cognitivas, conductuales o emotivas (Ruiz, 1993), si bien todas ellas tienen un objetivo común: modificar fundamentalmente pensamientos o creencias.

4.4.1. Técnicas utilizadas en el transcurso de las sesiones

4.4.1.1. Técnicas Cognitivas

Las técnicas cognitivas son las técnicas por excelencia en la TREC, dentro de ellas, las más utilizadas son: a) las técnicas de discusión y debate de creencias, b) el entrenamiento en auto-instrucciones y c) las técnicas de distracción cognitiva e imaginación.

a) *Discusión y debate de creencias*

Las técnicas de discusión y debate son, sin duda, los procedimientos más relevantes y genuinos de la TREC. Ellis utiliza tres tipos de argumentos para debatir creencias irracionales: *argumentos empíricos* que animen al cliente a buscar evidencia que confirme o refute la verdad de sus creencias irracionales, *argumentos lógicos* que le permitan analizar la lógica de sus creencias irracionales y *argumentos pragmáticos* que le ayuden a cuestionarse la utilidad sus creencias irracionales.

Las técnicas de discusión más utilizadas en la TREC son las *técnicas didácticas de persuasión* (Harrell, Beiman y La Pointe, 1990), entre las que cabe destacar las siguientes:

- **Análisis y evaluación lógica.** Consiste en enseñar al cliente a utilizar los principios de la lógica para analizar y modificar creencias irracionales. La discusión lógica se realiza en dos direcciones: (1) el análisis de la validez lógica de las premisas del cliente y (2) el análisis de la incongruencia de la premisa válida del cliente en relación con su conducta.

Ejemplo: si una persona concluye que es profesionalmente incompetente se trata de analizar la validez de las premisas mediante las cuales ha llegado a esta conclusión:

- *Para ser profesionalmente competente hay que saber manejar bien el ordenador.*
- *Cuando se me bloquea el ordenador nunca sé qué puedo hacer para desbloquearlo*
- *Luego “soy profesionalmente incompetente”*

En este caso, se trata de mostrar que la premisa mayor de la que se parte no es universalmente verdadera y, por tanto, la conclusión a la que llega, a pesar de ser correcto el razonamiento, puede ser falsa. Se pueden pedir ejemplos y ofrecerlos de personas muy competentes que no tienen muchos conocimientos de ordenador y otras que, sabiendo mucho de ellos, no realizan bien su trabajo.

Para analizar la incongruencia entre la premisa básica del cliente y su conducta se utilizan tanto el *razonamiento deductivo* como el *inductivo*. Para demostrar que una *conducta* no se deriva de una creencia se puede utilizar el *razonamiento deductivo* y para mostrar cómo una *creencia* no se deduce de una conducta, el *razonamiento inductivo*. Ejemplos:

- Razonamiento deductivo: *“Si afirmas que todas las personas cometen errores, ¿por qué dices que eres estúpido por haber cometido un error al copiar mal este párrafo al ordenador?”.*
 - Razonamiento inductivo: *“Has escrito correctamente la lista de cosas pendientes, la solicitud de material y la carta que querías mandar a Berlín. ¿Cómo puedes mantener que cuando te pones a escribir al ordenador “siempre” lo haces mal? “.*
- **Reducción al absurdo.** Implica llevar al extremo la creencia expresada para que, ante lo absurdas que pueden resultar sus consecuencias, vea la necesidad de reformularla.

Ejemplo:

Cliente: *Soy absolutamente incapaz de decir “no” cuando me pide algo mi jefe.*

Terapeuta: *Vamos a llevar esta creencia tuya hasta sus últimas consecuencias. Bien, entonces si tu jefe mañana te dice que vayas a trabajar todos los días pero sin sueldo, como no eres capaz de decir “no” ¿lo aceptarías? Si te pide que le regales tu casa, según tu creencia, no podrías decirle que “no”, así es que ¿se la regalarías?, ¿Y si te pide que te tires por la ventana? ¿También lo harías?.*

En función de las contestaciones que va dando el cliente, el terapeuta le va haciendo ver cómo realmente sí es capaz de decir “no” a su jefe. En el fondo depende de lo que le pidan, por tanto, si es capaz de decir “no” a algunas cosas, también puede decirlo a otras muchas si se lo propone.

- **Análisis y evaluación empírica.** Se trata de aportar evidencia empírica que avale las creencias u opiniones que se están sosteniendo.

Ejemplo: *Me dices que “todo el mundo” te rechaza. ¿Donde está la evidencia? Aún suponiendo que algunas personas te rechacen, ¿dónde está escrito que todo el mundo te tenga que aceptar?*

- **Contradicción con el valor apreciado.** El terapeuta trata de resaltar creencias particulares del cliente que son contradictorias con otras que pertenecen también a su repertorio y muy valoradas por él.

Ejemplo: *Eres demasiado inteligente como para creerte que “todas” las personas “siempre” te rechazan.*

- **Apelar a consecuencias negativas.** El terapeuta muestra al cliente las consecuencias negativas que tiene lo que está diciéndose a sí mismo.

Ejemplo: *Cuando te estás diciendo a ti mismo: “soy tan inhábil socialmente que seguro que si hablo meteré la pata”, te estás generando con tu autoevaluación negativa un mayor nivel de ansiedad y fomentando pensamientos que repercuten negativamente en tu funcionamiento social.*

- **Apelar a consecuencias positivas.** El terapeuta le enseña a extraer las consecuencias positivas que supone adoptar creencias racionales.

Ejemplo: *Si asumes el hecho de que si alguien se ríe de ti porque algo no lo has hecho bien, no significa necesariamente que te esté rechazando o descalificando por ello, y en caso de que alguien lo hiciera, si entiendes que realmente no es tan “horrible”, obtendrías muchos beneficios con ello. Por ejemplo, puedes decir libremente lo que se te ocurra cuando te parezca oportuno, puedes arriesgarte a hacer más cosas que te gustan aunque no lo hagas bien y, además, podrías conocer a más gente porque no tendrías miedo al ridículo o a que se rían de ti.*

Durante el proceso de debate y discusión el terapeuta suele adoptar diferentes estilos, según lo considere más conveniente. DiGiuseppe (1991) señala como más habituales los estilos socrático, didáctico, metafórico y humorístico. Dryden (2009) añade a los anteriores el estilo teatral.

Socrático. El terapeuta formula al cliente preguntas abiertas destinadas a animarle a detectar y comprobar sus creencias irracionales y racionales, y las razones de por qué lo son en cada caso. Ejemplos de preguntas para el cuestionamiento socrático según el tipo de argumento que se quiera utilizar, serían los siguientes: a) argumento empírico: *¿Donde está la evidencia de que tu “debes” ...?, ¿Hay alguna ley universal que afirme que tu “debes”...?*; b) argumento lógico: *¿Cuál es la lógica que sigue el que porque tú quieres entonces... tú tienes? ¿Dónde está la lógica de que tú debes...?*; c) argumento pragmático: *¿Cuáles son las consecuencias emocionales y conductuales de creer que tu debes...?, ¿Qué consigues creyendo que tú debes...?*

Didáctico. El terapeuta enseña didácticamente al cliente a detectar y debatir sus creencias racionales, asegurándose de que entienda los puntos que se han ido tratando y los procedimientos que se han enseñado para conseguir el cambio.

Metafórico. El terapeuta utiliza la metáfora contando historias que permitan ilustrar la irracionalidad de las creencias irracionales y la racionalidad de las creencias racionales.

Humorístico. Como se describirá más adelante, el terapeuta utiliza el sentido del humor a la hora de debatir y refutar las creencias irracionales.

Teatral. El terapeuta lleva a cabo en el contexto de la terapia, cuando lo considera oportuno, una conducta por lo general extravagante o desconcertante con el fin de evidenciar la irracionalidad de alguna creencia irracional. Por ejemplo, para demostrar la irracionalidad de la *depreciación de sí mismo* el terapeuta llevaría a cabo una conducta que pueda calificarse de estúpida (e.g. subirse a la mesa) y preguntar al cliente si este hecho significa que sea una persona estúpida.

b) Entrenamiento en auto-instrucciones

El entrenamiento es especialmente útil como técnica cognitiva para aquellas personas que tienen dificultades intelectuales o les resulta muy complicado desmontar sus creencias irracionales por procedimientos socráticos y de discusión. En estos casos, se van generando a lo largo de las sesiones una serie de auto-instrucciones que el cliente deberá aprender y utilizarlas ante determinados acontecimientos activadores. Para facilitar el aprendizaje, se pide al cliente que las apunte en tarjetas y las practique, primero leyéndolas y luego recordándolas, en las situaciones concretas discutidas en las sesiones que van acompañadas de perturbación emocional o conductas disfuncionales. Por ejemplo: *“He cometido un error, no es tan horrible. No “siempre debo” hacer las cosas bien”.*

c) *Distracción cognitiva e imaginación*

La TREC entrena a los clientes durante las sesiones a utilizar distintos procedimientos de distracción cognitiva para que puedan utilizarlos y practicarlos posteriormente en las tareas para casa. Entre estos procedimientos destaca la relajación progresiva de Jacobson y distintas estrategias de distracción mediante la imaginación. Aunque la relajación progresiva se considera un procedimiento más conductual dirigido al componente psicofisiológico, en este caso se utiliza como mecanismo de distracción de la sintomatología intensa que presenta el individuo.

Este tipo de técnicas sólo se utilizan en situaciones muy concretas, fundamentalmente ante situaciones de muy alta intensidad emocional o para facilitar el afrontamiento inicial, y siempre de forma temporal puesto que en la TREC lo que se pretende es que la persona aprenda a darse cuenta de que puede enfrentarse a situaciones amenazantes, incrementando así su tolerancia a la frustración. El motivo fundamental es que Ellis considera que si ante un acontecimiento activador el individuo se siente mejor utilizando procedimientos de relajación o distracción imaginativa, puede dejar de trabajar las creencias irracionales que subyacen y, con ello, impedir que se produzca un cambio realmente permanente y estable.

4.4.1.2. *Técnicas conductuales*

Entre las técnicas más utilizadas se encuentran el ensayo de conducta mediante el *role-playing* y la inversión del rol racional. Cuando el proceso de identificación y debate de creencias está muy avanzado, si se considera conveniente, se puede llevar a cabo entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de resolución de problemas.

- a. **Ensayo de Conducta.** El cliente señala distintas situaciones en las que se siente emocionalmente perturbado o se comporta de forma disfuncional. Terapeuta y paciente van analizando y debatiendo las distintas creencias irracionales asociadas a dichas situaciones y ensayando creencias racionales adecuadas para cada situación.
- b. **Inversión del rol racional.** El terapeuta adopta el rol del cliente y verbaliza las creencias irracionales subyacentes a sus problemas. El paciente deberá adoptar a su vez el rol del terapeuta y discutir y debatir las creencias que presenta, ayudándole a generar otras nuevas más racionales y adaptativas. Evidentemente, la inversión de roles se lleva a cabo cuando el cliente ya ha adquirido cierta habilidad para debatir creencias irracionales.
- c. **Refuerzo y castigo.** El refuerzo positivo se utiliza muy poco en la TREC porque se considera que muchos de los problemas emocionales se deben a una excesiva necesidad de aprobación social y el refuerzo positivo por parte del

terapeuta puede incrementar o favorecer esta necesidad. Sí se entrenan, sin embargo, técnicas de auto-refuerzo y auto-castigo. En las sesiones se ayuda al cliente a establecer tipos de refuerzos y castigos concretos que se dispensará él mismo ante la realización o evitación de determinadas tareas.

- d. **Entrenamiento en habilidades sociales.** En general, antes de iniciar un entrenamiento en habilidades sociales han de haberse interiorizado creencias racionales relacionadas con la pérdida del miedo a hacer el ridículo, no descalificarse ante los errores o fracasos, tratando de asumir que no se puede ser perfecto aunque sí intentar hacer las cosas lo mejor posible, etc.
- e. **Entrenamiento en solución de problemas.** Las dificultades que presenta el individuo para resolver determinados problemas, como por ejemplo, conflictos en las relaciones interpersonales o abordaje de sucesos vitales importantes, igual que en las otras técnicas conductuales, no se lleva a cabo hasta que el cliente ha aprendido a debatir sus creencias irracionales fundamentales. Posteriormente, terapeuta y paciente ensayan estrategias específicas que puedan ser eficaces para resolver los problemas concretos que se van señalando, como por ejemplo entrenamiento en toma de decisiones, entrenamiento en técnicas específicas para resolver problemas sexuales, estrategias de búsqueda de empleo, etc.

4.4.1.3. Técnicas emotivas

En la TREC se utilizan numerosas técnicas emotivas, entre las que cabe destacar la imaginación racional emotiva y procedimientos humorísticos que hacen que las sesiones estén frecuentemente cargadas de emoción. La insistencia de Ellis de que el debate de creencias irracionales sea muy enérgico y con vigor es porque facilita no sólo la convicción y persuasión de la importancia de la racionalidad sino también de la emocionalidad.

- a. **Imaginación Racional Emotiva.** La técnica de Imaginación Racional Emotiva, desarrollada inicialmente por Maultsby Jr. (1971), es una de las más utilizadas en la TREC. Consiste en pedir al cliente que trate de cambiar ante una situación imaginada determinada una emoción negativa muy perturbadora por otra más apropiada o moderada, modificando para ello las creencias irracionales que acompañan a la emoción de intenso malestar. Por ejemplo cambiar la angustia que le produce pensar que al realizar un examen se queda bloqueado y no puede contestar a las preguntas. Cuando el cliente indica que se visualiza nítidamente en esta situación, se le pide que trate de cambiar la emoción de angustia por la de frustración o descontento. Cuando el cliente consigue sentir este tipo de emociones, se le pide que describa los pensamientos que le han

ayudado a conseguir estos sentimientos. (e.g. *pensé que no era tan grave si me bloqueaba porque seguro que si me tranquilizaba podría contestar y si no era así, mala suerte, pero me puedo volver a presentar*).

- b. **Técnicas humorísticas.** Ellis (1981) considera que muchas perturbaciones emocionales se deben al exceso de dramatismo o seriedad con el que nos tomamos a nosotros mismos o las cosas que nos ocurren en la vida. Entre las muchas razones por las que considera beneficioso el sentido del humor en psicoterapia hay cinco fundamentales: (1) reírse de uno mismo hace que resulte más fácil aceptar los propios fallos y la vulnerabilidad; (2) facilita un cierto distanciamiento emocional lo que permite ser más objetivo con los problemas personales; (3) ayuda a no tomarse demasiado en serio algunos de los acontecimientos desagradables que nos ocurren en la vida y por consiguiente, a no dramatizar, (4) El humor puede servir como procedimiento distractivo al interrumpir, al menos temporalmente, los pensamientos autodestructivos y de hostilidad y (5) Elimina radicalmente algunos patrones habituales de funcionamiento desadaptado y facilita la adquisición de otros nuevos más adaptativos.

Como técnicas humorísticas habitualmente se suelen utilizar una serie de historias, lemas, parábolas, chistes, poemas y aforismos como complementos a las técnicas de debate cognitivo (Wessler y Wessler, 1980). Ellis (1977, 1981) y otros destacados terapeutas de la TREC han escrito numerosas canciones divertidas y a veces disparatadas para facilitar la asunción de una filosofía más racional

A modo de resumen en Tabla 4 se presentan las principales técnicas que se utilizan durante las sesiones en la TREC y que hemos ido presentando anteriormente.

Tabla 4. Principales técnicas que se utilizan durante las sesiones

Técnicas cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de discusión: <ul style="list-style-type: none"> – Análisis y evaluación lógica – Reducción al absurdo – Análisis y evaluación empírica – Contradicción con el valor apreciado – Apelar a consecuencias negativas – Apelar a consecuencias positivas • Entrenamiento en auto-instrucciones • Distracción cognitiva
Técnicas conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Ensayo de Conducta • Inversión del rol racional • Refuerzo y castigo • Entrenamiento en Habilidades sociales • Entrenamiento en solución de problemas
Técnicas emotivas	<ul style="list-style-type: none"> • Imaginación Racional Emotiva • Técnicas humorísticas

4.4.2. Técnicas que se utilizan en la realización de trabajo para casa

Un elemento fundamental de la TREC es el trabajo realizado fuera de las sesiones. Se considera necesario trabajar diariamente para poder contrarrestar la fuerte tendencia a la repetición de las creencias irracionales y de los patrones conductuales y emocionales disfuncionales por estar muy arraigados durante años. Igualmente, el debate constante en situaciones reales permite la interiorización de las creencias racionales que, sólo con el trabajo de las sesiones, sería insuficiente.

Las tareas o ejercicios que se suelen realizar entre sesiones incluyen tanto actividades cognitivas, como conductuales y emotivas. Además de algunas de las técnicas con las que se trabaja en las sesiones, anteriormente descritas, se utilizan todos aquellos procedimientos que faciliten el debate de creencias y el cambio de filosofía de vida. Algunos de las técnicas más frecuentes son:

4.4.2.1. Técnicas cognitivas

- a. **Autorregistros.** Se utilizan de forma continuada como procedimiento para detectar entre sesiones las relaciones entre los ABC, y para el auto-debate y la refutación de creencias. Existen diferentes autorregistros y se pueden diseñar tantos como se consideren necesarios, según la fase de la terapia en la que se esté y el tipo de debate que se quiera establecer.

En las primeras fases de identificación de los ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual, se suelen utilizar autorregistros en los que se pide a la persona que recoja cada día los acontecimientos activadores (A) que van acompañados de creencias irracionales (B) y cuyas consecuencias son emociones y conductas disfuncionales. El formato sería del tipo:

Fecha	Acontecimiento Activador A	Creencia Irracional B	Consecuencia emocional y/o conductual C
Lunes 25 a las 12.30	Se me cae el café en el mostrador de la cafetería	Qué horror me están mirando y se están riendo de mí	Ansiedad, sensación de ridículo

A medida que en las sesiones se va avanzando en el debate y cuestionamiento de las creencias irracionales, se van incluyendo casillas en el autorregistro. En primer lugar, se incluye una casilla adicional que incluye el cuestionamiento socrático de la creencia irracional, en otra casilla en la que se ha de escribir una creencia racional alternativa y, finalmente, en la última casilla se registran los cambios en las consecuencias emocionales originados por la asunción de la creencia racional. Un formato típico de este tipo de autorregistro sería:

Fecha	Acontecimiento Activador	Creencia Irrracional	Consecuencia emocional y/o conductual	Cuestionamiento de la creencia irracional	Creencia racional alternativa	Nueva consecuencia emocional y/o conductual
	A	B	C	D	E	F
Jueves 30 a las 11.00	Se me cae el café en el mostrador de la cafetería	Qué horror me están mirando y se están riendo de mí	Ansiedad, sensación de ridículo	¿Por qué sería tan terrible que se estuvieran riendo de mi?	Realmente sería incómodo y desagradable, pero no tan horroroso	Fastidio

Uno de los primeros auto-registros para debatir creencias es el *formulario de Auto-ayuda RET*, en el que se solicita al cliente que escriba en la parte superior (A) el acontecimiento activador y los sentimientos perturbadores o conductas auto-derrotistas que le siguieron. Posteriormente se enumeran varias creencias irracionales y se pide que ante cada de las que se haya activado en la situación concreta señalada, establezca un debate desafiándola y sustituyéndola por una más racional.

- b. **Proselitismo racional.** Otra de las tareas para casa mas recomendadas por Ellis es pedir al cliente que intente enseñar a los amigos y personas cercanas los fundamentos teóricos de la TREC y cómo pueden realizar los cambios de las creencias irracionales, con ello se pretende que afiance más su filosofía racional al intentar convencer a otras personas de la utilidad de la TREC.
- c. **Debatir grabaciones.** Con frecuencia se suelen entregar al cliente grabaciones de alguna sesión anterior para que escuche una secuencia de debate de él mismo o de otros. Después de escucharla se pide que reproduzca el debate que ha oído con alguna creencia irracional suya ante algún acontecimiento activador concreto hasta que llegue a formularse creencias racionales que puedan servirle ante la situación planteada.
- d. **Autoinstrucciones racionales.** Cuando se trabaja con auto-instrucciones durante la sesión se pide que se las repitan en casa continuamente para interiorizarlas, simplemente, o ante la presencia de acontecimientos activadores concretos, y a ser posible en un tono mas elevado que el normal. En muchas ocasiones se sugiere que lo hagan con gestos exagerados y/o delante de un espejo para facilitar el aprendizaje mediante una mayor dramatización.
- e. **Biblioterapia.** En general la TREC suele utilizar como procedimiento habitual la lectura de libros sobre su filosofía, principios básicos y aplicación a determinados problemas, que posteriormente comentarán con el terapeuta durante las sesiones.

4.4.2.2. Técnicas conductuales

Las técnicas más utilizadas en la TREC entre sesiones son fundamentalmente técnicas de exposición in vivo a estímulos amenazantes de alta o mediana intensidad entre los que destacan:

- a. **Tarea de toma de riesgos.** Consiste en pedir al cliente que realice una tarea que para él suponga un cierto riesgo de fracaso o de perturbación emocional, y trate de rebatir las creencias irracionales que le surgen ante estas situaciones. Por ejemplo, pedir a una persona tímida que entre en una cafetería y diga que le cambien el café por estar frío, aun a sabiendas que el camarero se puede enfadar
- b. **Inundación in vivo.** Exponerse a estímulos que provocan niveles altos de malestar emocional y permanecer en la situación hasta que se reduzca la ansiedad mediante el debate racional. El objetivo es que el individuo compruebe que es capaz de *tolerar* niveles altos de malestar emocional (e.g. ansiedad) y, por consiguiente, y rebatir sus creencias irracionales de no poner soportarlo o que le ocurrirá algo espantoso (perder el control, hacer el ridículo, etc.).
- c. **Ejercicios de metas fuera de lo corriente.** Se pide a la persona que establezca objetivos que impliquen incrementar conductas de baja frecuencia o elegir alguna conducta de su repertorio habitual que tiene una frecuencia elevada y que se desea reducir. Por ejemplo, dedicar más tiempo a leer (actividad placentera de baja frecuencia) o reducir el consumo de dulces (actividad de alta frecuencia a reducir).
- d. **Auto-refuerzo y auto-castigo.** Se le pide que se administre los refuerzos y los castigos que se fijaron en las sesiones, ante la ejecución o no de las tareas concretas para los que fueron propuestos.

4.4.2.3. Técnicas emotivas

Los que se utilizan con mayor frecuencia son la Imaginación Racional Emotiva (comentada anteriormente), ejercicios de ataque de vergüenza y el uso del sentido del humor.

- a. **Ejercicios de ataque de vergüenza.** Están encaminados a proporcionar a la persona la posibilidad de debatirse aquellas creencias irracionales que acompañan a la realización de actos que considera como “vergonzosos” (e.g. “es horrible y espantoso hacer el ridículo y que alguien se ría de mí) y le producen malestar emocional (e.g. ansiedad). Un ejercicio típico de ataque de vergüenza podría ser ir por la calle con una prenda de vestir al revés.

- b. **Uso del sentido del humor.** Se suele pedir a los clientes que ejerciten el sentido del humor fuera de las sesiones. Por ejemplo cantar ante un acontecimiento activador alguna de las canciones que han podido ser ensayadas en las sesiones y cuyas letras van encaminadas a ridiculizar creencias irracionales o a ensalzar las racionales, hacer bromas sobre lo absurdo de las creencias irracionales o expresarlas de forma extravagante o exagerada y al ridiculizarlas, proceder con mayor facilidad a su eliminación. Todos aquellos procedimientos humorísticos que en el curso de las sesiones le han ayudado a desdramatizar, o a reírse un poco de sí mismo, se sugiere que se utilicen como ejercicios para favorecer el auto-debate de las creencias irracionales.

Por último, como señala Dryden (1990) no todas las técnicas son apropiadas o igualmente eficaces para todos los clientes. Como ya se ha indicado, el diálogo socrático suele plantear dificultades a las personas con baja capacidad intelectual. Las técnicas emotivas y conductuales resultan de especial utilidad en personas que tienen a intelectualizar como defensa o que más que en debatir o refutar se implican en un duelo dialéctico con el terapeuta. El refuerzo positivo, aunque no es recomendable en general, se suele utilizar con pacientes deprimidos durante las primeras fases. Por último, las técnicas de inundación o exposición a situaciones muy aversivas o de alta intensidad emocional no parecen ser muy aconsejables con personalidades histéricas.

En la Tabla 5 se recogen las principales técnicas que se utilizan en el trabajo entre sesiones.

Tabla 5. Principales técnicas para el trabajo entre sesiones

Técnicas cognitivas	Autorregistros Proselitismo racional Debatir grabaciones Auto-instrucciones racionales Biblioterapia
Técnicas conductuales	Tarea de toma de riesgos Inundación in vivo Ejercicios de metas fuera de lo corriente Auto-refuerzo y auto-castigo
Técnicas emotivas	Ejercicios de Ataque de Vergüenza Uso del sentido del humor

4.4.3. Técnicas que tienden a evitarse en la TREC

La TREC defiende el eclecticismo técnico siempre y cuando las técnicas sirvan para conseguir sus objetivos terapéuticos. Hay sin embargo una serie de técnicas que expresamente se señalan como no recomendables cuando se lleva a cabo una TREC (Ellis, 2002):

- Técnicas que faciliten o incrementen la dependencia (e.g. proporcionar con frecuencia refuerzo positivo).
- Técnicas que animan a las personas a ser más crédulos, bienintencionados y sugestionables (e.g. pensamiento positivo *polianesco* por ejemplo “siempre alegres para hacer felices a los demás”).
- Técnicas o intervenciones ineficaces y de larga duración (e.g. asociación libre y otras técnicas psicodinámicas).
- Métodos que ayudan a las personas a sentirse bien o a aliviar su malestar a corto plazo más que a conseguir que se sientan mejor a largo plazo (e.g. algunas técnicas gestálticas y aquellas que fomentan una expresión emocional exagerada y dramática en el aquí y ahora).
- Técnicas que distraen a los clientes de trabajar sus filosofías irracionales (e.g. métodos de relajación, yoga y otros métodos de distracción cognitiva).
- Métodos que inconscientemente refuerzan la filosofía de baja tolerancia a la frustración (e.g. exposición gradual).
- Técnicas que incluyen una filosofía anticientífica (e.g. curación por la fe y el misticismo).
- Técnicas que intenten cambiar las situaciones negativas sin identificar ni tratar de modificar previamente las creencias irracionales (B) (e.g. técnicas de terapia sistémica de cambio de roles y configuración familiar).
- Técnicas de dudosa validez (e.g. programación neurolingüística).

5. Aplicaciones, evidencia empírica y estudios de resultados

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) se ha aplicado a prácticamente cualquier tipo de trastornos o problema emocional y conductual en casi todos los ámbitos en los que nos desenvolvemos los individuos, y se ha llevado a cabo como procedimiento de intervención psicoterapéutico individual o grupal Ellis y Bernard ya en 1985 (publicado en castellano por la editorial Desclée De Brouwer en 1990) describen varias de las aplicaciones de la TREC. Desde entonces se han escrito numerosísimos libros y artículos que han ido incorporando nuevas aplicaciones. Sólo a título de ejemplo cabe resaltar intervenciones de la TREC a problemas relacionados con el amor, el sexo, la pareja, los celos, toxicomanías, duelos, afrontamiento de enfermedades, *coaching*, educación escolar, estrés, deporte, relaciones laborales, promoción de la salud física y mental y un largo etc.

Dryden, David y Ellis (2010) analizan los estudios que tratan de aportar evidencia empírica sobre la TREC. Agrupan las investigaciones en dos tipos de estudios. 1) Los que tratan de contrastar empíricamente los principios teóricos y 2) los que pretenden encontrar datos que apoyen la eficacia o efectividad de sus estrategias de intervención.

a. Evidencia empírica sobre la Teoría Racional Emotiva Conductual

Dryden, David y Ellis (2010), basándose en las revisiones sobre estudios resultados de varios autores (David, Schnur y Belloi, 2002; David, Szentagotai, Kallay y Acevei, 2005; y Montgomery, David, DiLorenzo y Schnur, 2007), resumen las principales conclusiones que se desprenden de las investigaciones en los siguientes puntos:

- El modelo ABC, en el marco general de las intervenciones cognitivo-conductuales, ha recibido un amplio y significativo apoyo empírico la importancia de las cogniciones en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales y conductas disfuncionales (e.g. Dobson, 2000).
- Las creencias irracionales consideradas cogniciones valorativas (hot cognitions) se han encontrado como componentes fundamentales de diferentes trastornos emocionales. Por ejemplo la tendencia al catastrofismo es un componente fundamental de la ansiedad y el dolor, mientras que descalificarse a uno mismo, lo es del ánimo depresivo (David et al., 2002; David, Szentagotai, et al., 2005).
- Pensamiento exigente: Varios estudios parecen indicar que la falta de flexibilidad psicológica/pensamiento absolutista es un mecanismo/proceso cognitivo irracional primario, mientras que la falta de tolerancia a la frustración, el catastrofismo y la auto-descalificación global son mecanismos de valorativos irracionales secundarios (DiLorenzo et al. 2007). Sin embargo, varios estudios parecen indicar que el pensamiento exigente, como parte de un proceso de revaloración, podría considerarse como un mecanismo de evaluación irracional secundario (David, 2003; Lazarus, 1991).
- Las creencias irracionales generan inferencias y descripciones distorsionadas. Por ejemplo Szentogatai y Freeman (2007) encontraron que el ánimo depresivo de pacientes con depresión mayor estaba determinado por pensamientos automáticos generados por creencias irracionales.
- Hay un patrón específico de creencias irracionales en diferentes trastornos emocionales. David, Schnur y Belloiu (2002) resaltan, por ejemplo, que el pensamiento exigente y la baja tolerancia a la frustración están presentes en los problemas de ira, la auto-descalificación global en el ánimo depresivo y catastrofismo y pensamiento exigente en los trastornos de ansiedad.

No se dispone, sin embargo, de evidencia empírica suficiente sobre: a) si las creencias racionales y las irracionales son polos opuestos de un único constructo unidimensional o son dos dimensiones independientes, b) si las creencias racionales generan descripciones e inferencias funcionales durante la activación de eventos específicos, c) el fundamento biológico de las creencias racionales e irracionales (e.g. área pre-frontal creencias racionales, amígdala irracionales y d) si las diferencias entre las emociones saludables/funcionales y emociones poco saludables/disfuncionales (ansiedad/preocupación, ánimo depresivo/tristeza, etc.) son cualitativas o cuantitativas y si se relacionan diferencialmente con las creencias racionales e irracionales (ansiedad/creencia irracional vs. preocupación/creencia racional).

b. Evidencia empírica sobre la estrategia de intervención de la TREC

Hay un número importante de estudios que apoyan la eficacia y la efectividad de la TREC. El mayor número de estudios controlados y con rigor metodológico se han llevado a cabo a partir de los años 70. DiGiuseppe (2010) señala que desde estos años se han llevado a cabo más de 500 estudios la mayoría de los cuales han quedado recogidos en alguna o en varias de las 16 revisiones que se han llevado a cabo con el fin de describir los estudios realizados o para realizar análisis cualitativos o meta-analíticos de los resultados. Hay estudios muy dispares, tanto por el tipo de hipótesis a probar como por la diversidad de características sociodemográficas de la muestra, tipo de tratamiento o grado de malestar o trastorno emocional. Las investigaciones se han llevado a cabo tanto con población adulta como infantil, se han realizado tratamientos en grupo e individuales, y en personas con problemas emocionales moderados y con trastornos psicopatológicos serios. Un número importante de estos estudios se han llevado a cabo con poblaciones sub-clínicas que presentan malestar emocional relacionado con problemas de pareja, amorosos, laborales, falta de habilidades sociales, etc. Adicionalmente, muchos de los participantes de estos estudios serían personas de las que se ha dado en llamar YAVIS (jóvenes, atractivos, verbales, inteligentes y sensibles). Por consiguiente, los resultados obtenidos en las investigaciones con poblaciones subclínicas y además personas YAVIS, difícilmente se podrían considerar generalizables a poblaciones clínicas y con pacientes de características personales muy diversas en cuanto a edad, atractivo, capacidad verbal e intelectual y sensibilidad. Por todo ello, a pesar de los resultados positivos obtenidos son necesarios todavía muchos estudios bien controlados para que pueda quedar bien establecida la eficacia y efectividad de la TREC en poblaciones clínicas reales (DiGiuseppe, 2010; Dryden, David y Ellis, 2010; Terjesen, Esposito, Ford y DiGiuseppe, 2008).

En todo caso y a pesar de su diversidad, son muchos los estudios cuyos resultados dan apoyo empírico a la efectividad de la TREC para el tratamiento de problemas emocionales en general y en varios trastornos psicopatológicos en particular (DiGiuseppe, 2010).

David, Lupu, Cosman, y Schentagotai (2009) llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado bien controlado en el que se comparaba la eficacia de Terapia Cognitiva, Terapia Racional Emotiva-Conductual y un tratamiento farmacológico con fluoxetina para el tratamiento de la depresión. No se encontraron diferencias significativas entre los tres tratamientos una vez finalizado el tratamiento y a los seis meses de seguimiento, siendo los tres igualmente de eficaces. En este mismo sentido, varios estudios no han encontrado diferencias significativas entre la TREC y la Terapia de Conducta convencional para el tratamiento de diversos trastornos de ansiedad (Terjesen et al., 2008).

En general varios estudios han encontrado que la TREC es un tratamiento más efectivo que las condiciones de control y que su eficacia es similar a los tratamientos conductuales para los trastornos obsesivo-compulsivos (Emmelkamp y Beens, 1991), fobia social (Böegels, y van der Sleen, 1989; Mersch, Emmelkamp y Lips, 1991) y ansiedad social (DiGiuseppe et al., 1990). Sin embargo para el tratamiento de problemas de agorafobia, la TREC parece ser menos efectiva que la exposición in vivo (Emmelkamp, Brillman, Kuiper y Mersch, 1988).

Cuando se ha llevado a cabo conjuntamente un tratamiento farmacológico y la TREC en pacientes con depresión mayor, los resultados muestran mejoras significativas con respecto a los pacientes que sólo recibieron tratamiento farmacológico (e.g. Macaskill y Macaskill, 1996). En el caso de los pacientes con distimia, el tratamiento farmacológico y la TREC mostraron resultados similares.

Aunque hay cada vez más estudios controlados que apoyan empíricamente la efectividad y eficacia de la TREC, apenas existen investigaciones que avalen inequívocamente el supuesto básico de la TREC de que el cambio emocional alcanzado es debido fundamentalmente al debate y modificación de las creencias irracionales. Ello se debe entre otros factores a la dificultad de llevar a cabo investigaciones que traten de aislar la influencia específica del debate de las creencias en el cambio emocional de la que pudiera deberse al uso de técnicas conductuales y emotivas. Porque aunque estas técnicas se utilizan en la TREC como procedimientos para facilitar el debate, desafío y modificación de creencias, muchos teóricos del campo de la Terapia de Conducta señalan que existe evidencia empírica suficiente sobre la efectividad de las técnicas conductuales, sin necesidad de acudir a ningún tipo de creencias para explicar el cambio emocional.

6. Resumen

- Albert Ellis (1913-2007) fue el creador de la *Terapia Racional Emotiva Conductual* (TREC) y uno de los pioneros de la Terapia Cognitivo Conductual.
- Ellis reconoce la influencia de diferentes filósofos y psicólogos como apoyo esencial a sus teorías. Resalta la influencia de los filósofos estoicos Epicteto y Marco Aurelio, de los filósofos existencialistas Russell, Tillich y Heidegger; de los psicoanalistas Adler y Horney, y de los primeros terapeutas de conducta como Dunlap, M.C. Jones y Watson y Rayner. Igualmente ha sido importante la influencia de diferentes principios éticos y humanistas
- La TREC considera al ser humano como un organismo complejo y biopsico-social con una fuerte tendencia a establecer metas y propósitos y tratar de conseguirlos. Las dos metas básicas son a) permanecer vivo, y b) obtener el mayor bienestar posible y evitar el malestar innecesario.
- Para analizar las interrelaciones entre acontecimientos, cogniciones y consecuencia, Ellis propone el modelo ABC: Los acontecimientos activadores (A) por sí mismos no provocan consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (C); éstas dependerán de cómo se perciba o interprete (B) dicho acontecimiento activador.
- Desde el punto de vista psicológico, la idea central de la teoría de la TREC estaría en la distinción entre creencias racionales e irracionales y su decisiva contribución en el desarrollo de las emociones, conductas y pensamientos adecuados o disfuncionales.
- Ellis define las creencias racionales como cogniciones evaluativas de significado personal que son de carácter preferencial y se expresan en forma de *deseo, preferencia, gusto, agrado y desagrado*. Los pensamientos racionales son flexibles y ayudan al individuo a establecer libremente sus metas y propósitos.
- Los pensamientos irracionales son, por el contrario, cogniciones evaluativas de carácter absolutista y dogmático, se expresan de forma rígida con términos tales como *debería de* y *tendría que* y generan emociones negativas perturbadoras que interfieren claramente en la consecución de metas y propósitos que proporcionan felicidad.
- Para Ellis, las cuatro formas más importantes de pensamiento irracional: catastrofismo, baja tolerancia a la frustración y autodevaluación global, se derivan de las demandas o exigencias absolutistas de los *debería o tendría*.

- La TREC sugiere que los seres humanos tienen dos tendencias biológicas importantes: 1) La tendencia a pensar irracionalmente; 2) la capacidad de elegir cambiar sus creencias irracionales si así lo desean.
- La TREC considera que no todas las emociones negativas son disfuncionales ni todas las emociones positivas adaptativas o saludables. Las *emociones adecuadas* son todos aquellos sentimientos positivos y negativos que va experimentando un individuo a lo largo de su vida que no interfieren con el establecimiento y consecución de metas.
- La TREC resalta dos tipos de perturbación psicológica: ansiedad del Yo y ansiedad perturbadora.
- Ellis resalta una serie de valores y actitudes que contribuyen al bienestar psicológico y que tienen que ver con una particular manera de estar y entender la vida. Ayudar a las personas a elegir y a asumir como propio este tipo de filosofía de vida, es un objetivo esencial de la TREC.
- El proceso de intervención que se lleva a cabo en la TREC puede dividirse en cinco fases o etapas: 1) Evaluación Psicopatológica, 2) Evaluación Racional-Emotiva, 3) Insight Racional-Emotivo, 4) Aprendizaje de una base de conocimiento racional y 5) aprendizaje de una nueva filosofía de vida.
- La TREC señala que el terapeuta Racional Emotivo Conductual ha de ser activo y directivo, didáctico, flexible, saber promover cambios en la filosofía de vida y no fomentar la catarsis. Igualmente, ha de mostrar hacia el cliente aceptación incondicional, empatía, ha de ser genuino, tener sentido del humor.
- La TREC es considerada por Ellis y sus colaboradores como una psicoterapia de corte Cognitivo Conductual, sin embargo, predomina el eclecticismo técnico en cuanto a las estrategias de intervención utilizadas.
- Las técnicas que con mayor frecuencia se utilizan en la TREC pueden agruparse en técnicas cognitivas, conductuales y emotivas, si bien todas ellas tienen como objetivo primordial eliminar o reducir creencias irracionales, generar nuevas creencias racionales y promover una filosofía de vida saludable.

7. Bibliografía recomendada

Ellis, A. y Bernard, M.E. (1990). *Aplicaciones clínicas de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao. Desclée De Brouwer.

- Es un libro de colaboración en el que varios autores describen la aplicación de la TREC a problemas tan diversos como son el amor romántico, matrimonio o separación o divorcio, problemas de la mujer, sexualidad, mujeres, deportistas, toxicomanías, religión o la aceptación de la muerte.

Ellis, A. y Grieger, R. (1981, 1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Vol. 1 y vol. 2 Bilbao. Desclée De Brouwer.

- El contenido de los dos volúmenes están organizados en varias apartados. En ellos se recogen los principales principios teóricos y conceptuales de la TREC, la descripción detallada de diferentes técnicas y procedimientos de intervención y diferentes explicaciones de la dinámica de distintos trastornos emocionales o conductas perturbadoras. Dedicamos igualmente un apartado a las aplicaciones a distintos problemas tanto en adultos y en niños. En el primer volumen se recogen también los principios básicos y procedimientos de intervención de otros enfoques cognitivos.

Lega, L.I., Caballo, V.E. y Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid. Siglo XXI.

- Se describen actualizados los principios teóricos, el proceso de intervención y las técnicas de intervención más utilizadas en la TREC. Se describen varios cuestionarios e instrumentos de evaluación de creencias irracionales y cómo se lleva a cabo la TREC en grupo y aplicaciones a problemas sexuales, problemas de depresión, ansiedad o asertivos.

Yankura, J. y Dryden, W. (2000). *Terapia Conductual racional emotiva (REBT)*. Casos ilustrativos. Bilbao, Desclée De Brouwer.

- En la primera parte del libro se describen aplicaciones de la TREC a distintos problemas emocionales relacionados fundamentalmente con los distintos trastornos de ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ira y hostilidad. Los casos presentados en la segunda parte del libro se centran más en aplicaciones en grupos y familiar, niños y adolescentes y con personas con discapacidades.

8. Referencias bibliográficas

- Adler, A. (1927). *Understanding human nature*. Nueva York. Garden City.
- David, D. (2003). Rational emotive behavior therapy (REBT). The view of a cognitive psychologist. En W. Dryden (Ed.), *Rational emotive behavior therapy: Theoretical developments*. Londres. Brunner/Routledge.
- David, D., Lupu, V., Cosman, D. y Szentagotai, A. (2008). REBT versus Cognitive Therapy versus medication in treatment of major depressive disorder: A randomized clinical trial post-treatment outcomes and six-months follow-up. *Journal of Clinical Psychology*, 6, 728-746.
- David, D., Schnur, J. y Belloiu, A. (2002). Another search for the "hot" cognitions: Appraisal irrational beliefs, attribution, and their relation to emotion. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20, 93-131.
- David, D. y Szentagotai, A. (2006). Cognitions in cognitive-behavioral therapies: toward and integrative model. *Clinical Psychological Review*, 26, 284-298.
- David, D., Szentagotai, A., Kallay, E. y Acevei, B. (2005). A synopsis of rational-emotive behavior therapy (REBT): Fundamental and applied research. *Journal of Rational Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 175-221.
- DiGiuseppe, R. (1991). Comprehensive disputing in rational emotive therapy. En M-E. Bernard (Ed.), *Doing rational emotive therapy effectively*. NY. Plenum Press. 173-195.
- DiGiuseppe, R. (2010). Rational-Emotive Behavior Therapy. En N. Kazantzis, M.A. Reinecke y F. Freeman (Eds.), *Cognitive and Behavioral Theories in Clinical Practice*. NY. The Guildford Press. 115-147.
- DiLorenzo, T.A., David, D. y Montgomery, G. (2007). The interrelations between irrational cognitive processes and distress in stressful academic setting. *Personality and Individual Differences*, 42, 765-776.
- Dryden, W. (1984). *Rational-Emotive therapy: Fundamentals and innovations*. Londres: Croom-Helm.
- Dryden, W. (2009). *Rational Emotive Behavior Therapy: Distinctive Features*. NY. Routledge.
- Dryden, W., David, D. y Ellis, A. (2010). Rational Emotive Behavior Therapy. En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. NY. The Guildford Press. 226-276.
- Dryden, W., DiGiuseppe, R. y Neenan, M. (2003). *A primer on rational-emotive behavioral therapy*. Champaign, IL. Research Press.
- Dryden, W. y Ellis, A. (1986). Rational-emotive therapy. En W. Dryden, W.L. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy*. Londres. Harper and Row. 129-168.

- Dryden, W. y Neenan, M. (2006): *Rational Emotive Behavior Therapy: 100 key Points and Techniques*. NY Routledge
- Dunlap, K. (1932). *Habits: Their making and unmaking*. Nueva York: Liveright.
- Ellis, A. (1956). The effectiveness of psychotherapy with individuals who have several homosexual problems. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 191-195.
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35-49. Reprinted by the Institute for Rational-Emotive Therapy, Nueva York.
- Ellis, A. (1957). Rational Psychotherapy and Individual Psychology. *Journal of Individual Psychology*, 13, 344-350.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart. (publicado en castellano por Desclée De Brouwer. 1980).
- Ellis, A. (1976). The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, 32, 145-168.
- Ellis, A. (1977). Fun as psychotherapy. *Rational Living*, 12 (1), 2-6.
- Ellis, A. (1979a). The theory of rational-emotive therapy. En A. Ellis y J.M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole. 33-60
- Ellis, A. (1979b). Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct: Part I. *Rational Living*, 14(2), 3-8.
- Ellis, A. (1980). Discomfort anxiety: a new cognitive behavioral construct: Part 2. *Rational Living*, 15(1), 25-30.
- Ellis, A. (1981). The use of rational humorous songs in Psychotherapy. *Voice*, 16, 29-36.
- Ellis, A. (1984a). The essence of RET. *Journal of Rational Emotive Therapy*, 2(1), 19-25.
- Ellis, A. (1984b). Expanding the ABCs of RET. En A. Freeman y M. Mahoney (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. NY. Plenum
- Ellis, A. (1985). Rational-emotive therapy (RET) approaches to overcoming resistance: IV. Handling special kinds of clients. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 26-42.
- Ellis, A. (1993). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *Behavior Therapist*, 16, 257-258.
- Ellis, A. (1995). Rational emotive behavior therapy. En R. Corsini y D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies*. Itasca, IL: Peacock
- Ellis, A. (2002). *Overcoming resistance: A rational emotive behavior therapy integrated approach*. N.Y. Springer.
- Ellis, A. y Bernard, M.E. (1985). *Clinical Applications of Rational-Emotive Therapy*. NY. Plenum Press (publicado en castellano en 1990 por Desclée De Brouwer).
- Ellis, A. y Dryden, W. (1997). *The practice of Rational Emotive Behavior Therapy*. NY Springer
- Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Vol. 2. Bilbao. Desclée De Brouwer.

- Emmelkamp, P.M., Brilman, E., Kuiper, H. y Mersch, P.P. (1988). The treatment of agoraphobia: A comparison of self-instructional training, rational emotive therapy, and exposure in vivo. *Behavior Modification*, 10, 37-53.
- Harrell, T.H., Beiman, I. y La Pointe, K. (1990). Técnicas didácticas en la persuasión en la Reestructuración Cognitiva. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Vol. 2. Bilbao. Desclée De Brouwer, 229-235.
- Heidegger (1949). *Existence and being*. Chicago. Henry Regnery.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. NY. Norton.
- Jones, M. C. (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Journal of Genetic Psychology*, 31, 308-315.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. NY. Oxford University Press.
- Macaskill, N.D. y Macaskill, A. (1996). Rational-emotive therapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone in the treatment of high cognitive dysfunction depression. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 575-592.
- Maultsby, M.C. Jr. (1971). Systematic written homework in psychotherapy: a clinical study of 87 unselected OPD patients. *Rational Living*, 6, 16-23.
- Maultsby, M.C. Jr. (1975). *Help yourself to happiness: through rational self-counseling*. N.Y. Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Maultsby, M.C. Jr. (1981). Imaginaciones Racional-emotivas. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.): *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Vol. 1. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- Maultsby, M.C. Jr. y Ellis, A. (1974). *Techniques for using rational-emotive imagery*. NY.: Institute for Rational Emotive Therapy.
- Merch, P.P., Emmelkamp, P.M.; Bögels, S.M. y van der Sleen, J. (1989). Social phobia: individual response patterns and the effects of behavioural and cognitive interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 421-434.
- Mersch, P.P., Emmelkamp, P.M. y Lips, C. (1991). Social phobia: Individual response pattern and the long-term effects of behavioural and cognitive interventions: A follow-up study. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 357-362.
- Montgomery, G., David, D., DiLorenzo, T. y Schnur, J. (2007). Response expectancies and irrational beliefs predict exam-related distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 25, 17-34.
- Ruiz, A. (1993). Técnicas Cognitivas y Terapias Cognitivo-Conductuales. En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (Eds.), *Manual práctico de modificación de conducta*. Vol. 2. Madrid. Fundación Universidad-Empresa
- Russell, B. (1930). *The conquest of happiness*. NY: New American Library.
- Russell, B. (1955). *The basic writings of Bertrand Russell*. NY. Simon & Schuster.
- Szentogatai, A. y Freeman, A. (1997). An analysis of the relationship between irrational beliefs and automatic thoughts in predicting distress. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7, 1-11.

- Terjesen, M., Esposito, M., Ford, P. y DiGiuseppe, R. (2008). A meta-analytic review of REBT outcome studies. Manuscrito. Artículo revisado en www.alberellisstitute.org.
- Tillich, P. (1953). *The courage to be*. New Haven: Yale University Press
- Watson, J. B, y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Wessler, R.L. (1984). Alternative conceptions of rational-emotive therapy: Toward a philosophically neutral psychotherapy. En M.A. Reda y M.J. Mahoney (Eds.), *Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research, and practice*. Cambridge, MA: Ballinger. 65-79.
- Wessler, R.A. y Wessler, R.L. (1980). *The principles and practice of rational-emotive therapy*. San Francisco. Jossey-Bass.

Terapia Cognitiva

*M^a Ángeles Ruiz, Marta Isabel Díaz, Arabella Villalobos
y Marcela Paz González*

8

1. Introducción

2. Conceptos teóricos fundamentales

2.1. Organización cognitiva

2.1.1. Esquemas cognitivos

2.1.2. Procesos cognitivos

2.1.3. Productos cognitivos

2.2. Modelos cognitivos explicativos de distintos trastornos

2.2.1. Modelo cognitivo de la depresión

2.2.2. Modelo cognitivo de la ansiedad

2.2.3. Modelo cognitivo de los trastornos de personalidad

2.3. Mapa conceptual de la Terapia Cognitiva

3. El proceso de intervención en Terapia Cognitiva

3.1. Características del terapeuta y relación con el paciente

3.2. Estructuración del proceso terapéutico

3.3. Principales técnicas de intervención

3.3.1. Técnicas conductuales

3.3.2. Técnicas emotivas

3.3.3. Técnicas cognitivas

3.3.4. Tareas para casa

4. Evidencia empírica y estudios de resultados

5. Resumen

6. Bibliografía recomendada

7. Referencias bibliográficas



Aaron Temkin Beck, psiquiatra estadounidense nacido en 1921, es el creador de la Terapia Cognitiva. Es en la actualidad presidente del *Beck Institute for Cognitive Therapy and Research* desde 1994, centro que dirige su hija Judith Beck. Al mismo tiempo es profesor emérito del departamento de psiquiatría de la Universidad de Pennsylvania. Es conocido igualmente por la elaboración de cuestionarios ampliamente utilizados como son: *Beck Depression Inventory* (BDI), *Beck Hopelessness Scale* y *Beck Anxiety Inventory* (BAI). Según la *American Psychological Association* (APA), Beck es considerado como uno de los cinco psicoterapeutas más influyentes de todos los tiempos.

<http://www.beckinstitute.org/>

Palabras clave

- Terapia Cognitiva
- Esquemas, procesos y productos cognitivos
- Distorsiones cognitivas
- Pensamientos automáticos
- Técnicas conductuales, cognitivas y emotivas
- Creencias nucleares
- Tríada cognitiva
- Depresión
- Ansiedad
- Trastornos de personalidad

Objetivos

Este capítulo ha sido escrito con el objetivo de que el lector o lectora...

- Conozca el marco teórico que da soporte a la Terapia Cognitiva
- Conozca los modelos cognitivos de psicopatología que Beck ha desarrollado sobre depresión, ansiedad y trastornos de la personalidad
- Identifique y reconozca los elementos constituyentes de la Terapia Cognitiva en cada una de sus fases
- Conozca el modelo de relación terapéutica y las técnicas propias de la Terapia Cognitiva
- Conozca la evidencia empírica que da soporte a la Terapia Cognitiva en los aspectos de eficacia y efectividad.

1. Introducción

Se ha comentado en el capítulo anterior como el interés de la Terapia de Conducta en los años 60 por las variables y modelos cognitivos permitió captar la atención de autores que inconformes con la opción psicoterapéutica con la que trabajaban, identificando en el viraje que estaba dando la Terapia de Conducta el nicho para continuar desarrollando sus trabajos. Al igual que Ellis, Aaron T. Beck desencantado con los resultados del psicoanálisis había comenzado a reflexionar sobre la génesis y los mecanismos de cambio subyacentes a los trastornos de sus pacientes y a cambiar consecuentemente su forma *praxis* clínica. La confluencia de su interés con el de la nueva Terapia de Conducta de los años 60 dio lugar al desarrollo y sistematización de su Terapia Cognitiva. La Terapia Cognitiva enfatizaba el papel de los elementos cognitivos en el origen y mantenimiento de los problemas psicológicos y, además, invocaba la integración de las técnicas conductuales establecidas en la generación y el uso de la metodología experimental como forma de monitorizar el proceso de intervención y sus resultados terapéuticos.

Realmente los desarrollos terapéuticos de Beck, junto a la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis y algunos otros acercamientos cognitivos que se revisarán a lo largo del manual, pueden considerarse la esencia de la segunda generación de la Terapia de Conducta, y los elementos fundamentales de la orientación cognitivo-conductual, siendo a partir de este momento cuando empieza a surgir la necesidad de cambiar el término Terapia de Conducta por uno más descriptivo e integrador como es el de Terapia Cognitivo conductual. El enfoque cognitivo conductual cuenta con mayor poder explicativo que el modelo E-R, al integrar variables cognitivas, conductuales, emocionales y aspectos sociales, y ha crecido gradualmente en especialización y depuración desde los trabajos iniciales de estos dos autores, habiendo sido utilizado en un amplio rango de condiciones y problemas psicológicos.

2. Conceptos teóricos fundamentales

La Terapia Cognitiva fue formulada y desarrollada por Aaron Beck a principios de los años sesenta. Su actividad profesional ha estado ligada desde sus comienzos al ámbito clínico y al académico. La influencia de estos dos ámbitos se ve reflejada en el hecho de que la Terapia Cognitiva desde sus inicios lleve aparejado un marco conceptual coherente para cada uno de los trastornos y un conjunto de técnicas de intervención para el tratamiento de problemas emocionales así como indicaciones claras de cómo conducir el proceso terapéutico. Esta influencia se refleja igualmente en el marcado interés por tratar de poner a prueba y a someter a contrastación empírica tanto sus modelos teóricos como sus procedimientos de intervención, hasta el punto de ser una de las orientaciones psicoterapéuticas que mayor número de investigaciones ha generado.

Beck diseñó varios estudios encaminados a contrastar hipótesis sobre principios básicos psicoanalíticos relacionados con la depresión, como la hipótesis freudiana de que lo que subyace a la depresión es un sentimiento de *hostilidad dirigida hacia uno mismo*, expresada en términos de *necesidad de sufrimiento*. Los resultados de sus investigaciones no apoyaron la hipótesis de la necesidad de sufrimiento de los pacientes, sino que más bien revelaban que tendían a evitar conductas susceptibles de provocar desaprobación social y a manifestar las que les reportaban aceptación en mayor medida que las personas no deprimidas (Beck, 1963). Beck concluyó que los deprimidos no buscan el fracaso sino que distorsionan la realidad adoptando puntos de vista negativos sobre sí mismos o su potencial para alcanzar bienestar o felicidad. Las observaciones desde su práctica como psicoanalista y su propia autoobservación le fueron proporcionando información en la misma dirección: la importancia de los pensamientos en el desarrollo y mantenimiento del malestar emocional.

Beck observó que los pacientes, además de los pensamientos expresados en las sesiones de asociación libre, mantenían de manera encubierta otra cadena de pensamientos que les llevaban a emociones de malestar. No solían ser conscientes de ellos hasta que no se les preguntaba, y sin embargo, expresándolos de forma voluntaria, les parecían inmediatos y plausibles. Podían considerarse como comentarios rápidos o imágenes relacionados con la experiencia personal. Beck los denominó *pensamientos automáticos* y estaban sesgados negativamente.

La auto-observación de sus propios pensamientos automáticos contribuyó también a la formulación de la Terapia Cognitiva. Weishaar (1993) describe cómo el ingreso hospitalario de Beck por una enfermedad le desencadenó una depresión moderada, esto le permitió entender este problema y detectar los pensamientos automáticos que se le suscitaban, los sesgos negativos que cometía y las creencias más profundas que se le activaban. Sus pensamientos negativos giraban en torno a contenidos relacionados con: “no ser bueno en el trabajo” o “posible fracaso de su relación de pareja”. Tuvo también importantes problemas de ansiedad. Su fobia a la sangre, a las alturas, a hablar en público, y su temor profundo al abandono, le sirvieron igualmente para *experimentar*, conocer y describir, los procesos fisiológicos y cognitivos que acompañan a la ansiedad (Beck, Emery y Greenberg, 1985).

En definitiva, los resultados de sus investigaciones, la observación clínica de la baja efectividad del psicoanálisis para tratar distintos trastornos neuróticos, la observación clínica y la autoobservación de la importancia de los pensamientos en el malestar emocional llevaron a Beck a cuestionar la validez del psicoanálisis como teoría psicopatológica y como procedimiento de curación. Al mismo tiempo, le suministraron información que le permitió formular una nueva teoría general sobre la psicopatología y teorías más específicas, fundamentalmente sobre depresión, ansiedad y trastornos de personalidad.

Beck conoció el trabajo de Kelly (1955) sobre la *teoría de los constructos personales*. La importancia concedida por este autor a las estructuras cognitivas eran congruentes con las ideas que él iba desarrollando. No obstante, a diferencia de Kelly, consideraba que los constructos personales no eran bipolares, sino más bien categoriales, y por ello, más en línea con los trabajos de Piaget (1960) y de otros psicólogos evolutivos estructuralistas, denominó a las estructuras cognitivas *esquemas*.

Aunque el trabajo de Kelly fue decisivo en la Teoría Cognitiva de Beck, no fue su única influencia. Albert Ellis (1957, 1962) estaba en esos mismos años desarrollando la *Terapia Racional Emotiva* basada en la importancia de las creencias irracionales en el malestar emocional. Varios psicoanalistas (Alexander, 1950; Adler, 1958; Horney, 1950; y Sullivan, 1953), sobre los que tenía un amplio conocimiento, resaltaban la importancia de comprender al paciente dentro de sus propias experiencias conscientes de cómo percibía y experimentaba el mundo. Los trabajos de psicólogos como Jaspers (1968), Berner (1961) y Frank (1961) supusieron también un impulso fundamental en la sustentación teórica de la Terapia Cognitiva, así como las teorías cognitivas de la emoción de Lazarus (1966) y los trabajos de diversos terapeutas conductuales de la década de los 70 (e.g. Kazdin y Wilson, 1978; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977). La formulación de la actividad cognitiva propuesta queda claramente explicada en los términos del paradigma del procesamiento de la información (Atkinson y Shiffrin, 1968) procedente de la psicología experimental. Fue también importante la influencia de filósofos como Kant o Heidegger.

2.1. Organización cognitiva

El modelo cognitivo sostiene que los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo, en función de sus supuestos previos o *esquemas cognitivos*.

2.1.1. Esquemas Cognitivos

Los esquemas cognitivos son entidades organizativas conceptuales complejas compuestas de unidades más simples que contienen nuestro conocimiento de cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales (Safran, Vallis, Segal y Shaw, 1986). Contienen conjuntos de *creencias nucleares* relacionadas con la visión del mundo, de los otros y sobre uno mismo y su interacción con los demás. Los esquemas están organizados según sus funciones. Por ejemplo, *los esquemas cognitivos* tienen que ver con la abstracción, la interpretación y el recuerdo; *los esquemas afectivos* son responsables de la generalización de los sentimientos, *los esquemas motivacionales* se relacionan con los deseos, *los esquemas instrumentales* preparan para la acción y los esquemas de control están involucrados en la autoobservación y la inhibición de las

acciones. Los esquemas tienen cualidades estructurales adicionales como la amplitud (pueden ser reducidos y discretos, o amplios), la flexibilidad o rigidez (capacidad para la modificación) y la densidad (influencia relativa en la organización cognitiva).

En general, en Terapia Cognitiva (TC) se utilizan con frecuencia indistintamente los términos “*esquema cognitivo*” y “*creencias nucleares*”. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las creencias nucleares constituyen el sustrato más profundo de los esquemas, pero los esquemas incluyen además otras creencias con distintos niveles de profundidad y especificidad. Las creencias nucleares son concepciones de uno mismo y del mundo globales, categóricas, incondicionales y estables en el tiempo. Las creencias intermedias son actitudes, reglas y supuestos que suelen poder formularse en términos proposicionales del tipo: “*Si...entonces*” y en cuyo desarrollo juegan un papel importante las creencias nucleares. Los supuestos y creencias pueden hacer referencia a conceptos más generales o más específicos.

2.1.2. Procesos Cognitivos

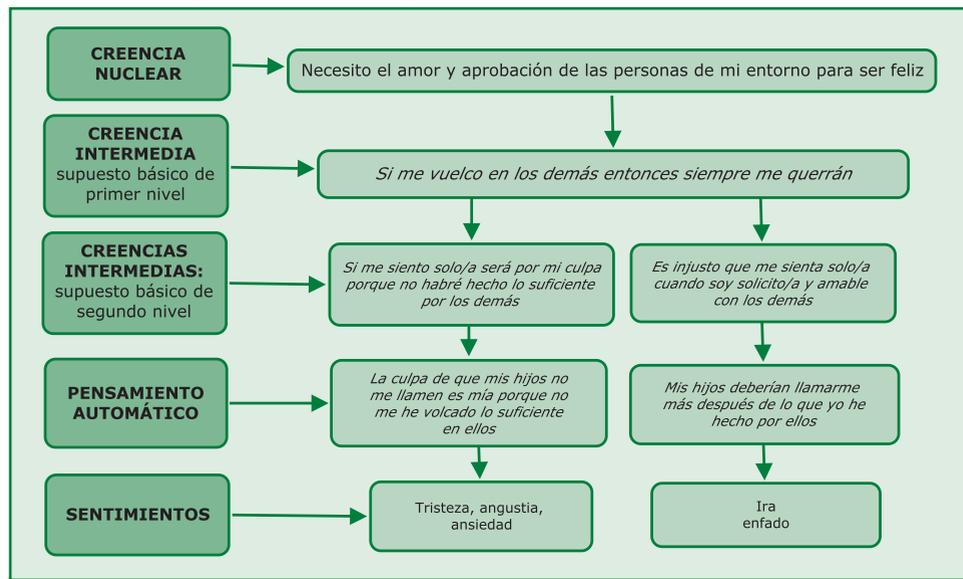
Los procesos cognitivos son las reglas transformacionales a través de las cuales los individuos seleccionan del medio la información que será atendida, codificada, almacenada y recuperada. Cuando los individuos se enfrentan a una situación estimular determinada, no analizan toda la información disponible, sino que atienden a indicios que ya están contenidos –o son congruentes– con la información de esquemas cognitivos preexistentes. Estas operaciones son procesos automáticos que operan en la mayoría de los casos sin el conocimiento consciente del individuo. Si bien la utilización de atajos o heurísticos contribuyen a una mayor economía y eficacia del sistema, también pueden producir sesgos y errores en el procesamiento de la información. Los sesgos más frecuentes son los llamados por Snyder (1981) “*sesgos confirmatorios*”, que hacen referencia a la tendencia de los individuos a procesar, codificar y recuperar información consistente con las claves contenidas en alguno de sus esquemas previos. A los sesgos negativos que cometen las personas con problemas emocionales, Beck (1970) los denomina “*distorsiones cognitivas*”.

2.1.3. Productos Cognitivos

Los productos cognitivos hacen referencia a los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por el medio, los esquemas y creencias (en sus distintos niveles de accesibilidad) y de los procesos cognitivos. Los contenidos de los productos cognitivos suelen ser más fácilmente accesibles a la conciencia que los esquemas y los procesos cognitivos. Es a esos productos cognitivos a los que Beck (1970) denomina “*pensamientos automáticos*”.

En la figura 1 se presenta un ejemplo de las conexiones entre distintos niveles de creencias, pensamientos automáticos, y las emociones que acompañan.

Figura 1. Esquema de conexión entre distintos niveles de profundidad de creencias y supuestos básicos, pensamientos automáticos y las emociones.



Adaptado de A.T. Beck, A.J. Rush, B.F. Shaw y G. Emery, (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión* Bilbao. Desclée De Brouwer

Beck y sus colaboradores (Beck, 1967, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) han formulado modelos explicativos de distintos trastornos emocionales. El primero fue el modelo cognitivo de depresión (Beck, 1967), posteriormente desarrolló otros de los que los más relevantes son los modelos cognitivos para los trastornos de ansiedad (Beck, 1976; Beck, Emery y Greenberg, 1985) y para los trastornos de la personalidad (Beck, Freeman y cols., 1990). Describiremos cada uno de estos tres modelos centrándonos especialmente en el modelo de la depresión porque fue del que partió la Terapia Cognitiva.

2.2. Modelos cognitivos explicativos de distintos trastornos

2.2.1. Modelo cognitivo de la depresión

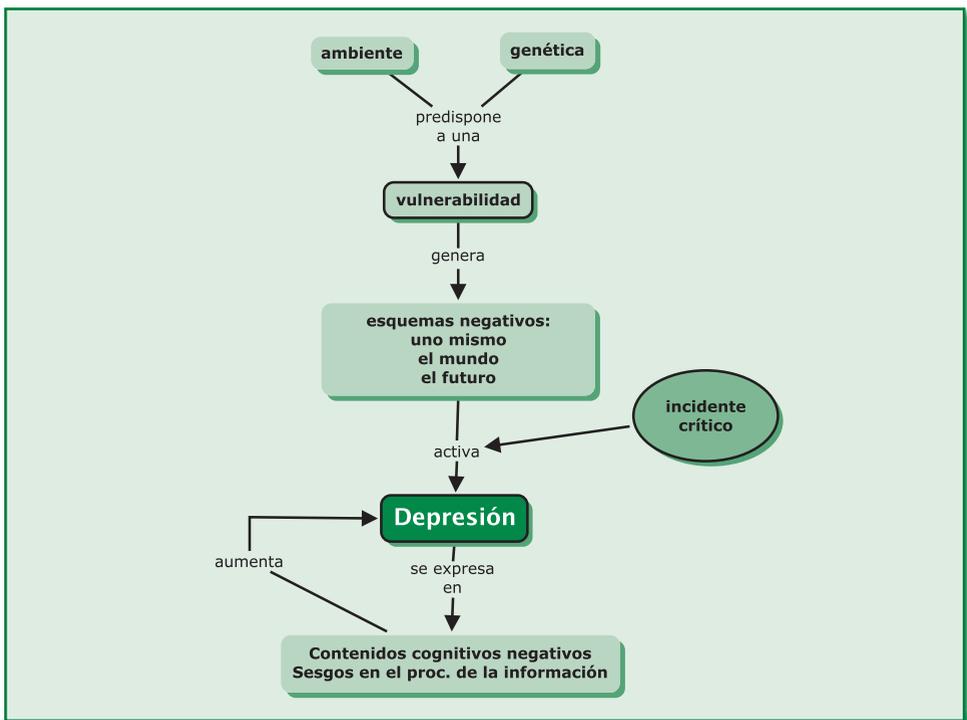
Beck postula que en la depresión unipolar no endógena, los individuos tienen una vulnerabilidad cognitiva que se dispara ante situaciones estresantes de la vida. Esta vulnerabilidad consiste en un conjunto de esquemas negativos y desadaptativos que a menudo reflejan pérdida, deprivación, inutilidad o derrota (Beck, 1967, 1970).

De acuerdo con el modelo, en la depresión hay un mal funcionamiento del procesamiento de la información debido a la activación de creencias nucleares profundas por acontecimientos o situaciones importantes de la vida del individuo y que

conducen a síntomas fisiológicos, emocionales o conductas disfuncionales. No se plantea que las cogniciones sean la causa de la depresión o de cualquier otro trastorno emocional. Las causas pueden ser debidas a numerosos factores, (genéticos, bioquímicos, evolutivos, de personalidad, ambientales, etc.) o a la interacción de varios de ellos. Lo que realmente se postula es la *primacía de los síntomas*: la activación de esquemas negativos y las distorsiones cognitivas consiguientes, serían el primer eslabón de la cadena de síntomas depresivos (Beck, 1976). En la figura 2 se presenta la representación gráfica del modelo.

Aunque la organización cognitiva del individuo no se considera el factor causal de la depresión, sí se afirma que contribuye a una mayor predisposición a que ciertos acontecimientos o experiencias negativas desencadenen este trastorno. El modelo asume que el primer síntoma depresivo es la *activación* de esquemas negativos relacionados con la visión de uno mismo, el mundo y el futuro. En consecuencia, las personas con esquemas negativos o con tendencia a cometer errores de procesamiento (debido a su aprendizaje infantil o experiencias tempranas), serán más proclives a padecer trastornos depresivos que las personas con pocos esquemas negativos y/o con baja tendencia a cometer errores en el procesamiento de la información.

Figura 2. Modelo de depresión de Beck



Adaptado de M.J. Scott (2009) *Symple effective Cognitive Behaviour Therapy. A Practitioner's Guide* (p.38)

Cuanto mayor es el arraigo de las creencias depresogénicas (e.g. “*soy un inútil, no hay nada que merezca la pena*”, etc.), y la intensidad de las emociones asociadas, mayor es la vulnerabilidad a que se desencadene una depresión ante acontecimientos negativos de la vida. Independientemente que cuál haya sido la causa de la depresión, la mayoría de los pacientes muestran ciertas características cognitivas comunes: pensamientos automáticos negativos, distorsiones cognitivas, déficits cognitivos y esquemas cuyos contenidos hacen referencia a una visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro que Beck denominó la *Tríada Cognitiva*.

a. *La Tríada Cognitiva*

La Tríada Cognitiva hace referencia a tres esquemas o patrones cognitivos que inducen al individuo a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo. La visión negativa de *sí mismo* hace que el individuo se perciba como incompetente, inadecuado y desgraciado y se refleja en la percepción de un *mundo* que le hace demandas excesivas o insuperables, exento de interés y que no proporciona ninguna gratificación. La visión negativa del *futuro* es de desesperanza, debido a la convicción de que nada de lo que percibe o experimenta en el presente cambiará, salvo para incrementarse las dificultades, el desánimo o el sufrimiento. Según el modelo, de estos tres patrones cognitivos se derivan el resto de los síntomas que suelen aparecer en los cuadros depresivos: falta de motivación, deseos de suicidio, pasividad, dependencia, indecisión, falta de energía, etc.

La consolidación de esquemas negativos y la predisposición a sesgar la información es posible que venga de la infancia. Experiencias personales negativas, la identificación con personas significativas o percepciones de actitudes de otros hacia el niño, podrían facilitarle el aprendizaje de actitudes y creencias que configuran una parte importante del contenido de los esquemas referentes a uno mismo, el futuro y el mundo. Además otros factores que contribuyen a una mayor predisposición a que se consoliden o activen unos esquemas negativos. Beck resalta especialmente dos estilos de personalidad: *autonomía* y *sociotropía*. Los individuos autónomos tienen a obtener mayor satisfacción cuando ésta proviene de la autonomía, independencia, libertad y logro personal, mientras que en los individuos *sociotrópicos* el bienestar es mayor cuando se sienten aceptados, con afecto, acompañados y tienen aprobación social. Los estilos de personalidad pueden ayudar a predecir ante qué circunstancias o situaciones pueden activarse esquemas depresógenos y, por consiguiente, a cuáles son más proclives o vulnerables.

Un esquema inactivo durante años puede llegar a activarse ante una situación o acontecimiento vital determinado. La respuesta dada por el individuo y las conexiones existentes entre los esquemas pueden activar a su vez otros igualmente negativos, de manera que los esquemas idiosincrásicos se van haciendo más activos y pueden llegar a ser evocados por cada vez mayor número de estímulos que mantienen

escasa relación lógica con ellos (Beck et al., 1979). Se considera que los acontecimientos en sí mismos no producen depresión, a no ser que la persona esté predispuesta por esquemas cognitivos a ser sensible a este tipo de sucesos. Eso explicaría por qué ante acontecimientos vitales importantes, determinadas personas caen en depresión y otras no. Cuando la depresión es leve, el individuo puede contrarrestar la influencia de los esquemas negativos por la activación de otros esquemas más positivos o menos negativos. Cuando la depresión es más severa, los errores en el procesamiento de la información son mayores y se incrementa el número de distorsiones cognitivas que dificultan la activación de esquemas positivos adecuados. La identificación de los patrones o esquemas negativos y el análisis de la evidencia actual que los sustenta, puede ayudar a disminuir la fuerza con la que el paciente tiene esos esquemas y sus colorarios y a poder sustituirlos o reemplazarlos por nuevos esquemas más adaptativos. (DeRubeis, Webb, Tang y Beck, 2010).

b. Distorsiones cognitivas

Los esquemas negativos activados en los individuos depresivos les llevan a cometer una serie de errores en el procesamiento de la información o *distorsiones cognitivas* que por una parte, facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir la información del medio y, por otra, permiten al depresivo mantener la validez de sus creencias. En sus primeros escritos, Beck (1967) identificó 6 distorsiones que cometían los pacientes depresivos: (1) *Inferencia arbitraria*, (2) *abstracción selectiva*, (3) *generalización excesiva*, (4) *maximización/minimización*, (5) *personalización*, (6) *pensamiento absolutista y dicotómico*.

Posteriormente, Beck et al., (1979) amplían a 11 las distorsiones cognitivas modificando el nombre de alguna de las anteriores y añadiendo 5 nuevas: (1) *pensamiento de todo o nada*, (2) *sobregeneralización*, (3) *descontar lo positivo*, (4) *saltar a las conclusiones*, (5) *leer la mente*, (6) *adivinación*, (7) *magnificar/minimizar*, (8) *razonamiento emocional*, (9) *declaraciones de "debería"*, (10) *etiquetar* y (11) *culpabilidad inapropiada*

Otros autores han ido incrementando el número de sesgos cognitivos negativos. Por ejemplo Freeman y DeWolf (1992) y Freeman y Oster (1999) incluyeron tres nuevas distorsiones: 1) *valía personal dependiente de opiniones externas*, 2) *comparación* y 3) *perfeccionismo*.

De todos los errores cognitivos que se han ido señalando, Yurica y DiTomasso (2004) recogen las 17 distorsiones cognitivas más frecuentes que estarían de acuerdo en resaltar la mayoría de los terapeutas cognitivos. Muchas de estas distorsiones no son exclusivas de pacientes depresivos y suelen estar presentes en otros muchos trastornos o problemas emocionales o conductas disfuncionales. En la Tabla 1 se presentan las distorsiones cognitivas recogidas por Yurica y DiTomasso.

Tabla 1. Distorsiones cognitivas

DISTORSIONES COGNITIVAS	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Inferencia arbitraria / saltar a las conclusiones	Proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de evidencia empírica suficiente que la avale.	<i>"No encuentro trabajo porque soy un desastre"</i>
Catastrofismo	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va a ocurrir.	<i>"Es peor que no lo intente porque fracasaré y será horrible"</i>
Comparación	Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás.	<i>"Aunque me esfuerzo no consigo ser tan agradable como mi compañero."</i>
Pensamiento dicotómico/blanco o negro	Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que sólo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo, positivo/negativo).	<i>"O saco un 10 en el examen o soy un fracasado".</i>
Descalificación de lo positivo	Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgos o atributos positivos.	<i>"Me salió bien la cena pero fue por chiripa".</i>
Razonamiento emocional	Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta.	<i>"Siento terror de subirme al avión, es muy peligroso volar".</i>
Construir la valía personal en base a opiniones externas	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de los otros.	<i>"Mi novio me dice que soy una inculca, seguro que tiene razón".</i>
Adivinación	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.	<i>"Estoy segura de que aunque salga con amigos me sentiré mal".</i>
Etiquetado	Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa.	<i>"Soy un fracasado".</i>
Magnificación	Tendencia a exagerar o a magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento.	<i>"Me ha salido el examen fatal, es horrible, no lo puedo soportar".</i>
Leer la mente	Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que la apoye.	<i>"Sé que mi padre, en el fondo, piensa que soy un inútil".</i>
Minimización	Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias.	<i>"Me han llamado los amigos cinco veces pero podrían haberme llamado más".</i>
Sobregeneralización	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.	<i>"Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien".</i>

DISTORSIONES COGNITIVAS	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Perfeccionismo	Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección sin examinar lo razonable de estas normas perfectas, a menudo en un intento de evitar experiencias subjetivas de fracaso.	<i>“Las cosas hay que hacerlas perfectas, si no es mejor no hacerlas”.</i>
Personalización	Proceso de asumir causalidad personal en las situaciones, eventos y reacciones de los otros cuando no hay evidencia que la apoye.	<i>“María y Juan se están riendo, seguro que es de mí”.</i>
Abstracción selectiva	Proceso de focalizarse exclusivamente en un aspecto, detalle o situación negativa, magnificando su importancia poniendo así toda la situación en un contexto negativo.	<i>“Soy un desastre. He perdido el paraguas”.</i>
Afirmaciones con “Debería”	Hace referencia a las expectativas o demandas internas sobre las capacidades, habilidades o conductas de uno mismo o de los otros, sin analizar si son razonables en el contexto en el que están llevándose a cabo.	<i>“Debería haberse dado cuenta de que yo lo estaba pasando mal y no continuar preguntándome”.</i>

c. *Pensamientos automáticos*

Los pensamientos automáticos, como ya se ha señalado anteriormente, son las auto-verbalizaciones, pensamientos o imágenes que aparecen ante una situación externa o interna determinada y que son el resultado de la interacción, en el caso de la depresión, de los supuestos depresogénicos, los acontecimientos activadores, los sesgos que se comenten al interpretar tales acontecimientos. Son una parte tan importante de la expresión de las creencias o de la visión de uno mismo y del mundo que los pacientes suelen considerarlos aseveraciones verdaderas no distorsionadas.

2.2.2. *Modelo cognitivo de la ansiedad*

El modelo de ansiedad de Beck (1976) enfatiza el papel que juegan en los problemas de ansiedad las creencias subyacentes del individuo y la interpretación que realiza de los estímulos a los que teme, incluyendo sus propias reacciones fisiológicas. Mientras que en los trastornos depresivos los esquemas y creencias nucleares negativas giran fundamentalmente en torno a derrota, pérdida o privación, en los trastornos de ansiedad tienen que ver con amenaza o peligro.

Las respuestas de ansiedad se mueven en un continuo que va desde las reacciones fisiológicas normales a reacciones exageradas ante un peligro percibido. Las distorsiones cognitivas o sesgos negativos que se producen en el procesamien-

to de los estímulos internos o externos, son las mismas que en la depresión aunque con pensamientos automáticos diferentes. Las creencias subyacentes de peligro predisponen a los individuos a: 1) restringir su atención a posibles amenazas en su entorno, 2) interpretar catastróficamente los estímulos ambiguos, 3) subestimar los propios recursos de afrontamiento, 4) subestimar la probabilidad de que otras personas puedan ayudarle si se encuentra en peligro, 5) llevar a cabo conductas de seguridad disfuncionales como la evitación o huida (Beck, 2005; Beck, Emery y Greenberg, 1985). En la Tabla 2 se exponen algunas creencias nucleares y sus creencias intermedias.

Tabla 2. Creencias nucleares y creencias intermedias asociadas según la propuesta de Beck

CREENCIAS NUCLEARES SOBRE SÍ MISMO	PRINCIPALES SUPUESTOS BÁSICOS
Necesidad de control	<i>Si no tengo el control total de una situación, algo malo ocurrirá.</i>
Necesidad de evitar situaciones desconocidas	<i>Si se trata de una situación nueva, no seré capaz de hacerle frente.</i>
Necesidad de estar siempre calmado	<i>Si me siento nervioso, conseguiré estar más nervioso y haré el ridículo o algo horrible me pasará.</i>
Necesidad de ser tan competente o más que los otros en todas las situaciones	<i>Si yo no sé o no contribuyo tanto como los otros, me siento incompetente y estoy ansioso</i>

Existen variaciones en las creencias nucleares y en las intermedias dependiendo del tipo de trastorno de ansiedad y de la naturaleza del peligro o amenaza. En el trastorno de pánico, reacciones fisiológicas específicas que se producen ante determinadas situaciones o reacciones normales de ansiedad llevan a interpretaciones catastrofistas (e.g. la falta de aire puede ser interpretado como signo de asfixia, la despersonalización como señal de locura, etc.). La evitación, como conducta de seguridad, permite al individuo mantener la creencia de que si se acerca a la situación en la que inicialmente se han producido los síntomas de ansiedad, se desencadenarán los ataques de pánico (Clark, Salkowskis, Öst, et. al., 1997). En el caso de la hipocondría, se suele focalizar la atención en sensaciones corporales interpretando cualquier pequeña sensación como señal de estar padeciendo una grave enfermedad (e.g. notar palpitaciones significa que se está teniendo un infarto, tener alguna molestia abdominal significa tener un cáncer de estómago o de colon, etc.) (Avia, 1999; Avia, Ruiz, Olivares, Crespo, Guisado, Sánchez, Varela, 1996).

En los trastornos de ansiedad social, los esquemas negativos asociados tienen que ver con creencias desadaptativas relacionadas con incompetencia en la realización de actividades sociales que llevarán a creerse inadecuado y totalmente inaceptable para los otros y a creer que van a ser rechazados. Es un miedo a la evaluación negativa por parte de los demás (Clark y Wells, 1995).

En los pacientes con trastornos de Estrés Postraumático (Clark y Ehlers, 2004) suele producirse una integración inadecuada de la experiencia traumática en la memoria autobiográfica. Las creencias que se generan después del suceso traumático resaltan la visión de que: 1) “el mundo es un lugar peligroso”, 2) “las cosas nunca volverán a ser como antes”, 3) “Yo no tengo control”. Por último, en la fobia la percepción de peligro está asociada a una situación o estímulo particular.

En la Tabla 3 se presentan las diferencias en la tríada cognitiva de pacientes depresivos y con trastornos de ansiedad.

Tabla 3. Diferencias en la tríada según trastorno

	TRIADA COGNITIVA		
	VISIÓN DE UNO MISMO	VISIÓN DEL MUNDO	VISIÓN DEL FUTURO
Depresión	Negativa: incompetente, inadecuado	Negativa: poco gratificante, demandas excesivas	Negativa: Desesperanza
Ansiedad	Vulnerable	Amenazante	Incontrolable

2.2.3. Modelo cognitivo de los trastornos de personalidad

Beck, Freeman *et al.* (1990) utilizan la teoría de la evolución y el modelo de procesamiento de la información para explicar los trastornos de personalidad. Se postula que los patrones prototípicos de la personalidad podrían ser considerados como estrategias filogenéticas encaminadas a asegurar la supervivencia y la reproducción de la especie. Los trastornos de la personalidad serían expresiones exageradas de aquellas estrategias primigenias. La secuencia psicológica progresa de la evolución al arousal motivacional y afectivo y finalmente, a la selección e implementación de estrategias relevantes. Cada trastorno de personalidad se caracteriza

por un conjunto de creencias, actitudes, afectos y estrategias que forman un perfil cognitivo. Las estructuras básicas (esquemas) son las unidades fundamentales de la personalidad. En la Tabla 4 se presentan algunas de las creencias nucleares y creencias intermedias o supuestos básicos asociados a distintos trastornos según la propuesta de Beck.

Tabla 4. Trastornos de personalidad, creencia nucleares y supuestos básicos

TRASTORNO	CONCEPCIÓN DE SÍ MISMO	PRINCIPALES CREENCIAS
POR EVITACIÓN	Vulnerable al desprestigio Socialmente inepto Incompetente	<i>Es terrible ser rechazado, humillado. Si la gente supiera como soy de verdad, me rechazaría No tolero los pensamientos desagradables</i>
POR DEPENDENCIA	Necesitado Débil y Desvalido Incompetente	<i>Necesito a la gente para sobrevivir, para ser feliz</i>
PASIVO AGRESIVO	Autosuficiente Vulnerable al control Vulnerable a las interferencias	<i>Las cosas deben hacerse a mi manera. Ser controlado por otros es intolerable Los otros interfieren en mi libertad de acción</i>
OBSESIVO COMPULSIVO	Responsable Rinde cuentas Fastidioso Competente	<i>Yo sé lo que es mejor Los detalles son fundamentales La gente debería trabajar mejor, esforzarse más</i>
PARANOIDE	Justo Inocente Noble Vulnerable	<i>Las intenciones son sospechosas No hay que confiar Hay que mantenerse en guardia</i>
ANTISOCIAL	Solitario Autónomo Fuerte	<i>Tengo derecho a violar las reglas Los otros son tontos Los otros son explotadores</i>
NARCISISTA	Especial Superior Por encima de reglas y normas	<i>Puesto que soy especial, merezco reglas especiales Soy mejor que los otros Estoy por encima de las reglas</i>
HISTRIÓNICO	Encantador Impresionante	<i>La gente está para servirme y admirarme No tienen derecho a negarme lo que me merezco Soy mejor que los otros</i>
ESQUIZOIDE	Autosuficiente Solitario	<i>Los otros no me compensan Las relaciones son desastrosas, indeseables.</i>

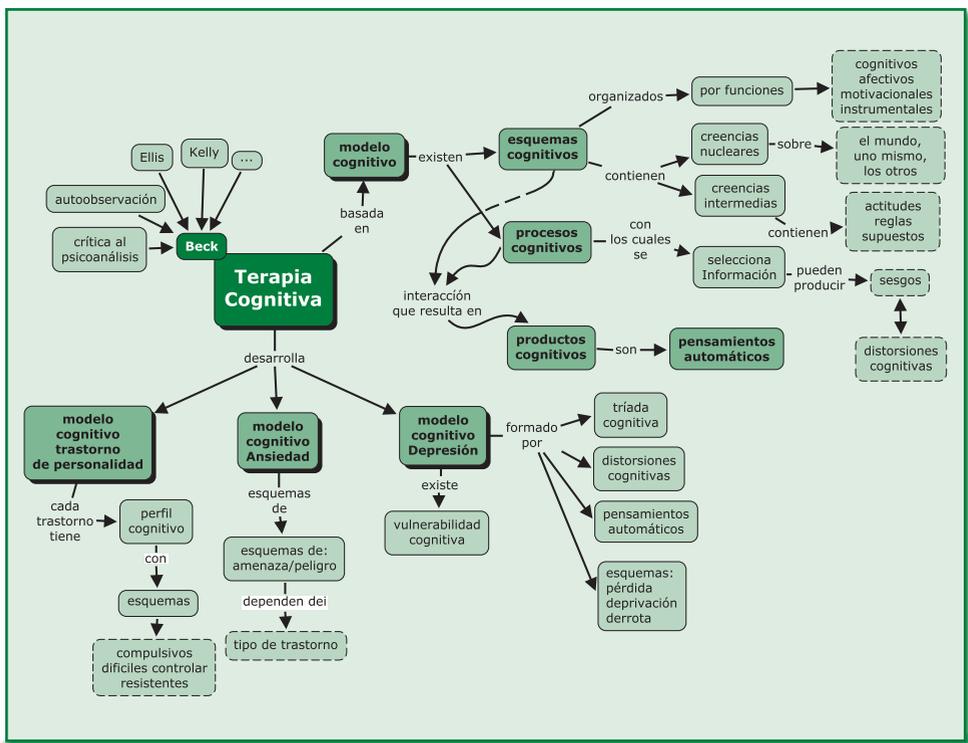
Adaptado de Beck, Freeman et al., 1995

En los trastornos de personalidad, los esquemas desadaptativos se activan a través de muchas situaciones, tienen cualidades compulsivas y son difíciles de controlar y modificar. La conducta y actitudes disfuncionales de las personas con trastornos de personalidad son inflexibles, imperativas, presentan una generalización excesiva y son resistentes al cambio.

Según Beck, Freeman *et al.* (1990) en cada trastorno de personalidad se puede encontrar un perfil sobre la base de sus rasgos típicos cognitivos, afectivos, cognitivos y conductuales, si bien individuos concretos pueden presentar rasgos de más de un tipo de personalidad.

El tratamiento de los trastornos de personalidad desde la Terapia Cognitiva es similar al de los problemas afectivos y los trastornos de ansiedad en cuanto a técnicas y procedimientos de intervención, sin embargo, presenta algunas diferencias importantes. En principio, se requiere mucho más tiempo y esfuerzo para modificar los esquemas y pensamientos disfuncionales.

2.3. Mapa conceptual de la Terapia Cognitiva



3. El proceso de intervención en Terapia Cognitiva

El interés de Beck por proporcionar un marco conceptual cognitivo de los problemas emocionales ha ido acompañado, de un interés similar por ofrecer procedimientos y técnicas de intervención coherentes con él. Podríamos definir la Terapia Cognitiva como un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado que utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales

La Terapia Cognitiva no sólo se centra en las distorsiones cognitivas del cliente, también en los problemas externos relacionados con su malestar. El terapeuta colabora con el paciente para conseguir la modificación de sus patrones cognitivos disfuncionales, extendiéndose esta colaboración a la toma de decisiones y búsqueda de soluciones a demandas y problemas ambientales. La Terapia Cognitiva pretende cubrir dos objetivos fundamentales a corto y largo plazo. A corto plazo, eliminar los síntomas y las creencias disfuncionales subyacentes que presenta el paciente. A largo plazo, que adquiera las habilidades necesarias que le permitan, en el futuro, corregir las distorsiones cognitivas que vaya cometiendo y ayudarle a incorporar, como parte de su repertorio habitual, actitudes y formas de funcionamiento más adaptativos y racionales.

En el libro *Terapia Cognitiva de la depresión* Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) describen detalladamente los aspectos fundamentales del tratamiento de la depresión incluyendo las características del terapeuta, la estructuración de las sesiones y las técnicas de intervención. Posteriormente se han publicado numerosos libros de aplicación a otros trastornos como conducta suicida, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, pareja, etc., o aplicaciones en grupo o diferentes contextos, que describen detalladamente los pasos que han de darse (Beck, 2005; Beck, Emery, Greenberg, 1985; Beck, Freeman, Davis, et al., 1990; Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, Fennell, 2005). En esencia, las recomendaciones son similares.

3.1. Características del terapeuta y relación con el paciente

Como ya se señaló anteriormente, la Terapia Cognitiva no sólo se centra en las distorsiones cognitivas del cliente, también en los problemas externos relacionados con su malestar. Durante las primeras entrevistas, el terapeuta es más directivo en la recogida de información diagnóstica y en la explicación del tratamiento. Igualmente, su responsabilidad es decisiva a la hora de enseñar a detectar y cuestionar los pensamientos, distorsiones y creencias y en la selección de las técnicas de intervención que pueden ser más adecuadas en distintos momentos. No obstante, es el paciente el que ha de detectar sus pensamientos idiosincrásicos y aprender a cues-

tionarse las inferencias que le llevan a otorgar un significado particular a sus experiencias. Antes de finalizar la terapia, el terapeuta colabora igualmente en la valoración sobre si el paciente ha adquirido las habilidades y entrenamiento necesario para detectar y cuestionarse los pensamientos que se activen ante situaciones futuras y que le produzcan malestar emocional.

Aunque se han publicado numerosos manuales de tratamiento y de autoayuda, se ha señalado insistentemente que la Terapia Cognitiva no consiste en la aplicación de una serie de técnicas de forma automática y uniforme a todos los pacientes como si de un libro de recetas se tratara. Cada caso debe ser cuidadosamente conceptualizado dentro del marco teórico cognitivo y eso llevará al terapeuta a elegir las estrategias y técnicas adecuadas para cada paciente.

Blackburn y Davidson (1990) agrupan las habilidades fundamentales del terapeuta cognitivo en dos bloques: 1) habilidades generales similares a las exigidas a cualquier psicoterapeuta y 2) habilidades específicas requeridas a un terapeuta cognitivo. Son las siguientes:

HABILIDADES GENERALES	HABILIDADES ESPECÍFICAS
<ul style="list-style-type: none"> • conocimiento de psicopatología • habilidades de entrevista • habilidades terapéuticas generales (empático, genuino, cálido, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • conocimiento del modelo cognitivo • colaboración • educación y cortesía • habilidad para escuchar • profesionalidad • flexibilidad • humor

3.2. Estructuración del proceso terapéutico

Ingram y Hollon (1986) señalan los 7 pasos que se llevan a cabo a lo largo del proceso terapéutico para conseguir el cambio cognitivo:

1. Proporcionar la lógica del tratamiento.
2. Entrenar al cliente en técnicas de autorregistro.
3. Promover la realización de conductas mediante técnicas específicas y programación de tareas para casa.
4. Identificar pensamientos automáticos, creencias subyacentes y procesos por los que se han formado y mantienen.
5. Contrastar creencias y llevar a cabo un examen lógico de las estrategias de razonamiento defectuosas.
6. Articular los supuestos básicos subyacentes (esquemas).
7. Preparar para la terminación de la terapia y prevenir de recaídas

8. La duración del tratamiento de la mayoría de los trastornos emocionales conlleva un número de sesiones limitadas: en el caso de la depresión reactiva unipolar, entre 15 y 20 con una periodicidad semanal. En casos más graves podría ser conveniente realizar dos sesiones semanales durante 4-5 semanas y posteriormente se pasaría a una semanal (Beck. et al., 1971).

Primera sesión

Los objetivos que han de cubrirse son: recoger información relevante sobre la problemática del cliente, establecer un buen rapport, explicar brevemente los fundamentos teóricos de la Terapia Cognitiva, esbozar el tratamiento y generar expectativas de cambio.

Scott (2009) los presenta de forma detallada los objetivos y divide la entrevista en dos fases, la primera dedicada al diagnóstico psicopatológico, para lo que se recomienda realizar: a) una entrevista abierta para obtener el rapport, b) diagnóstico diferencial, c) entrevista estructurada y d) diagnóstico. La segunda implica una entrevista que incluya: 1) pruebas psicométricas, 2) compartir con el cliente la formulación provisional de cada trastorno identificado, 3) analizar las expectativas del cliente sobre la terapia y el terapeuta. 4) seleccionar los problemas más urgentes y accesibles clarificando las metas que han de ser específicas, realistas, factibles, evaluables y que se lleven a cabo en un plazo limitado; 5) definir el rol del terapeuta y el del cliente durante las sesiones y en la propuesta de tareas para casa, 6) proponer una actividad entre sesiones que garantice una experiencia de éxito inmediata y 7) recabar información sobre la opinión del paciente y su reacción a esta primera entrevista.

Puesto que la reducción de la sintomatología se convierte en un objetivo prioritario de la primera entrevista, es necesario especificar los síntomas que relata el cliente de forma objetiva y concreta. Beck clasifica los síntomas depresivos en varias categorías: (1) *afectivos* (tristeza, apatía, pérdida de sentimientos, pérdida de gratificaciones, pérdida de alegría, ansiedad, distancia emocional de otras personas), (2) *motivacionales* (deseo de escapar, deseo de evitar actividades cotidianas, deseo de evitar problemas), (3) *cognitivos* (dificultad para concentrarse, problemas de memoria y atención, distorsiones cognitivas), (4) *conductuales* (lentitud, pasividad, agitación, evitación de contacto con otras personas) (5) *fisiológicos* (alteraciones de sueño, alteraciones del apetito, etc.).

Una vez mostrada al paciente la relación entre sus emociones negativas y sus pensamientos, es necesario, seleccionar algún tipo de problema ante el que se presenten uno o varios síntomas objetivos (motivacional, fisiológico, conductual, etc.) y perfilar juntos, terapeuta y paciente, estrategias concretas para manejarlo con éxito durante la sesión y fuera de ella.

Un aspecto que hay que cuidar muy especialmente en la primera sesión es mantener un feedback recíproco entre paciente y terapeuta para comprobar si el terapeuta ha entendido correctamente cuál es el problema del paciente, cuáles son las posibles reacciones encubiertas del cliente hacia la terapia, qué tipo de emociones y pensamientos tiene durante ésta, si ha entendido las explicaciones del terapeuta y si sintoniza con ellas. Este feedback es crucial porque permitirá establecer la colaboración que requiere la Terapia Cognitiva para marcar los objetivos y métodos de tratamiento, y obtener una base sólida para definir y formular de manera concreta los problemas del cliente.

El resto de las sesiones se dedican a cumplir los objetivos terapéuticos propios de la TC: el cambio de las cogniciones negativas que están en la base del malestar emocional del paciente.

Estructura del resto de las sesiones

La estructura formal es muy similar y podría organizarse en seis fases:

1. Comenzar la sesión dedicando un tiempo a revisar el estado general del paciente y establecer los objetivos que se establecerán como agenda del día.
2. Discutir y comentar aspectos relacionados con la última sesión y lo que el paciente ha sentido o le ha ocurrido entre sesiones.
3. Revisar los registros de las tareas programados para casa en la sesión anterior, prestando especial atención a los puntos de mayor conflicto o dificultad.
4. Cuestionar y buscar evidencia empírica de pensamientos automáticos, sesgos negativos y creencias subyacentes extraídos de las tareas para casa o lo acontecido durante la semana.
5. Programar de común acuerdo nuevas actividades, anticipando las posibles dificultades, dudas o predicciones de los resultados y realizando ensayos de conducta (imaginación, role-playing, etc.) si se considera necesario.
6. Obtener feedback de la sesión comentando y resumiendo el contenido de la sesión, incluyendo lo que se ha dicho o le ha alterado, lo que le ha sido útil o no le ha ayudado, cómo se siente, y si algo de ello debe tratarlo en próxima sesión.

3.3. Principales técnicas de intervención

3.3.1. Técnicas conductuales

La mayoría de las técnicas forman parte del repertorio habitual de la Terapia de Conducta, si bien el objetivo último que se persigue con la aplicación de estas técnicas es distinto. Mientras que para el terapeuta de conducta el cambio en la conducta manifiesta es un fin en sí mismo, para el terapeuta cognitivo es un medio para conse-

guir la modificación de las cogniciones del paciente, que es el objetivo primordial de la Terapia Cognitiva. Las técnicas conductuales se consideran herramientas que permiten realizar al paciente experimentos mediante los cuales pueda probar la validez de sus hipótesis o creencias. El hecho de *hacer cosas* que antes no hacía, porque *creía* que no podía o no era capaz, le permite descubrir cómo algunos pensamientos influyen negativamente en sus emociones, motivación y conducta.

La aplicación de las técnicas cognitivas exige un mínimo de funcionamiento conductual. Cuando éste no existe, se instaura mediante la aplicación de técnicas conductuales. Estas técnicas permiten que el paciente inicie acciones que le ayuden a reducir los pensamientos obsesivos, modificar actitudes poco adecuadas y obtener sentimientos de bienestar.

a. Programación de actividades: Es una de las estrategias terapéuticas más importantes en Terapia Cognitiva. Durante la sesión, terapeuta y paciente van programando las actividades diarias que realizará el paciente, utilizando una jerarquía de tareas según la dificultad percibida por éste. Puesto que un objetivo fundamental es que el paciente se perciba capaz de controlar su tiempo y realizar algunas actividades, el programa que se establezca ha de ser realista para que pueda llevarlo a cabo y obtener pruebas a favor de su capacidad. Si se programan demasiadas actividades o no se tiene en cuenta el nivel de dificultad que presentan para el paciente, se pueden producir efectos contraproducentes ya que la no realización de las actividades programadas pueden servir para demostrarle, precisamente, su incapacidad.

La programación y el registro de actividades diarias sirven, en el caso de pacientes depresivos, para poner a prueba la creencia de que no pueden hacer nada. Las actividades realizadas, por pequeñas que sean, permiten al terapeuta tener una base para refutar las creencias de incapacidad absoluta. Al mismo tiempo, ya que al realizar la programación se procura elegir aquellas actividades que, aunque sea en grado mínimo, proporcionen algún tipo de agrado al cliente, la satisfacción asociada a actividades concretas va sensibilizando al paciente hacia sentimientos de bienestar. Esto permite contrarrestar sus creencias de que es incapaz de experimentar satisfacción, incrementando la probabilidad de repetir las actividades que le hacen sentir mejor.

En cada una de las tareas o actividades que realiza el paciente se le pide que evalúe, en una escala de 0 a 5 puntos, el grado de dominio y agrado que ha experimentado al llevarla a cabo. En el caso de personas con problemas de ansiedad, el grado de dominio y el nivel de ansiedad o malestar. En los pacientes con ansiedad, la programación y el registro de actividades diarias permiten poner a prueba las creencias básicas de que algo peligroso o amenazante le va a ocurrir, no podrá afrontarlo y los demás no le podrán ayudar.

- b. Role-playing:** En la aplicación de esta técnica se presta una especial atención a los pensamientos automáticos de los pacientes. El *role-playing* se suele llevar a cabo durante las sesiones, mediante ensayo de conducta o modelado con el terapeuta. Se trata de realizar con esta técnica experimentos en los que comprobar o refutar las hipótesis planteadas en relación a sus creencias ante una acción o interacción determinada. Por ejemplo, una persona deprimida puede no querer ir a comprar al supermercado por pensar que puede equivocarse al pagar, que la tendera va a pensar que es un enfermo mental, etc. Las técnicas de modelado y *role-playing* no sólo sirven para ensayar la conducta a realizar, sino también para que el paciente compruebe que sus pensamientos sobre lo que va a ocurrir no son necesariamente verdad, puesto que existen alternativas diferentes a las que él ha pensado (e.g. no tiene por qué equivocarse, la tendera puede no fijarse en él, pensar que está cansado, que no ha dormido, que es tímido, etc.).
- c. Técnicas de afrontamiento:** Además de las anteriormente indicadas se utilizan otras muchas técnicas conductuales según el trastorno objeto de tratamiento, aunque siempre con el objetivo de modificar los pensamientos disfuncionales.
- **Técnicas de control de estímulos:** Se utilizan, por ejemplo, para aliviar las dificultades de sueño que suelen presentarse en los trastornos de ansiedad y depresión. Incluye reducir los estímulos que interfieren en el sueño e incrementar los que lo inducen (e.g. no tomar café por la tarde/noche, no trabajar o realizar actividades estimulantes, tratar de ir a la cama a la misma hora, hacer ejercicios de relajación antes de acostarse o en la cama, evitar rumiaciones sobre problemas o preocupaciones han ocurrido durante el día, tratar de alejarlos con distracciones sobre acontecimientos agradables, etc.).
 - **Relajación** como estrategia de *coping*. Es decir, utilizar la relajación para poder reducir la ansiedad que interfiere con el afrontamiento adecuado de una situación particular.
 - **Exposición graduada** a las situaciones temidas o evitadas, fundamentalmente en pacientes con problemas de ansiedad. La exposición se puede realizar mediante Desensibilización Sistemática en la imaginación, o exposición in vivo, estableciéndose previamente la jerarquía de situaciones según el nivel de dificultad.
 - **Control de la Respiración o técnicas de hiperventilación.** Se utilizan especialmente en el trastorno de pánico o ante síntomas somáticos amenazantes como ocurre en los problemas de agorafobia. Se utilizan también cuando la relajación resulta difícil de aplicar.
 - **Entrenamiento asertivo:** que permita poner en práctica las estrategias entrenadas para manejarse adecuadamente en situaciones o ante personas que producen ansiedad. Incluye ser capaz de decir “no”, expresar opiniones, realizar preguntas o pedir ayuda.

3.3.2. Técnicas emotivas

Se utilizan inicialmente por el terapeuta durante las sesiones, y en ellas se entrena al paciente para que las use en su medio natural cuando sienta que la emoción es demasiado elevada y necesite controlarla. Beck menciona algunas de las que pueden ser útiles con pacientes depresivos:

- a. **Inducción de autocompasión.** Se utiliza excepcionalmente con algunas personas cuando no pueden llorar y necesitan hacerlo. Puede llevarse a cabo de varias formas. 1) Pedir al paciente que describa detalladamente todos sus sentimientos negativos. Esto suele ser suficiente en muchos para desencadenar el llanto y provocar autocompasión. 2) Descripción por el terapeuta de la historia de otra persona con problemas parecidos a los del paciente con la mayor emoción posible. La identificación puede llevar a convertir la compasión que siente por el otro en autocompasión y sacar la tristeza que tiene contenida. 3) El terapeuta puede hacer role-playing asumiendo el papel del paciente y verbalizando, con la mayor emoción posible, sentimientos de autocompasión para movilizar los del paciente. 4) El terapeuta puede también proporcionar información personal relacionada con sentimientos de autocompasión, provocados por experiencias o vivencias parecidas a las que está experimentando el cliente, para provocar en él su propia autocompasión. Estas sugerencias de Beck hay que tomarlas con mucha precaución ya que los pacientes depresivos adolecen de un exceso de llanto, de pena por sí mismo y de autocompasión y es precisamente en la reducción de estos síntomas y sentimientos en los que se ha de centrarse la terapia.
- b. **Inducción de cólera controlada.** Se trata de señalar aspectos de la experiencia o la situación que puedan provocar cierto enfado con la vida, personas o situaciones. El sentimiento de enfado es útil para reducir la profunda tristeza que se puede sentir en un momento determinado. Esta técnica ha de ser utilizada con precaución porque en pacientes depresivos el sentimiento de enfado a veces genera sentimientos de culpa tan aversivos o más que el de tristeza.
- c. **Distracción externa.** Ver la T.V., llamar por teléfono, leer un libro, etc., son formas de distracción que sirve para aliviar los sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad. Igualmente, el paciente puede concentrarse en algún aspecto del medio y poner en juego el mayor número posible de modalidades sensoriales (vista, oído, gusto, tacto...) y mantener la distracción hasta que se reduzca el malestar.
- d. **Hablar de forma limitada de los sentimientos.** Otro procedimiento para reducir el sentimiento de tristeza es procurar no estar hablando permanentemente de sus sentimientos con las personas de su alrededor, puesto que la expresión

continua del malestar hace que el sentimiento se mantenga y se intensifique el recuerdo que provoca la expresión verbal constante.

- e. **Evitar verbalizaciones internas catastrofistas** o de incapacidad del tipo “no puedo soportar tanto sufrimiento” ayuda a aliviar el sentimiento de tristeza, dado que estas verbalizaciones incrementan la percepción de incapacidad y catastrofismo. El paciente ha de intentar sustituir estos comentarios por otros que resalten su fortaleza para soportar el sufrimiento y que le permitan incrementar su tolerancia a la frustración y al dolor.
- f. **Análisis de responsabilidad.** Para reducir los sentimientos de culpa, frecuentes en los pacientes depresivos, es conveniente analizar con todo detalle las razones que se da el paciente para sentirse responsable de la conducta de otros. También se deben analizar los patrones arbitrarios e idiosincrásicos que le hacen sentir que hace las cosas mal o que le llevan a considerarse culpable por determinados pensamientos y deseos. Con ello se pretende buscar evidencia que permita al paciente recopilar información más objetiva sobre las razones que le llevan a experimentar sentimientos de culpa.

Los procedimientos utilizados y entrenados durante las sesiones para reducir los síntomas afectivos se programan también como tareas para casa, para que se practiquen entre sesiones y se reduzca la intensidad de su malestar.

3.3.3. Técnicas cognitivas

Beck denomina *técnicas cognitivas* al conjunto de técnicas que se utilizan para facilitar el cuestionamiento socrático que permite identificar y cambiar pensamientos negativos.

Los dos procedimientos fundamentales mediante los cuales se lleva a cabo la detección y el cuestionamiento de pensamientos, distorsiones y creencias son los *autorregistros* y el *descubrimiento guiado*.

a. Autorregistros

Los autorregistros se utilizan desde las fases iniciales para recoger información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar, así como para analizar el grado de dominio y agrado de las actividades que llevan a cabo. El estado emocional suele valorarse en una escala de 0 (sentirse muy mal) a 100 (sentirse muy bien). Tienen una doble utilidad: permiten obtener información detallada de lo que le ocurre al paciente a lo largo de la semana, y sirven de línea base para comparar los cambios posteriores

Durante las fase de tratamiento se utilizan para seguir entre sesiones el cuestionamiento de las cogniciones que surgen ante acontecimientos activadores buscando evidencia que permita confirmarlas o refutarlas.

El autorregistro más utilizado es el *Registro diario de pensamientos distorsionados* (DTR) propuesto inicialmente por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979). Está dividido en 6 columnas. En la primera se anota el día y hora en la que ocurren los acontecimientos, en la segunda se especifican las situaciones concretas indicando en cada una de ellas dónde estaba y qué estaba pasando cuándo sucedió. En la tercera ha de especificarse la emoción o emociones concretas que se experimentaba indicando su intensidad (1%-100%) En la cuarta columna se apuntan los pensamientos automáticos e imágenes que pasaron por su mente. Estas cuatro columnas son las que se utilizan cuando se trata de identificar pensamientos automáticos y establecer su relación con las emociones. Posteriormente, cuando se ha iniciado el proceso de debate y búsqueda de evidencia y de alternativas al pensamiento automático explicitado, se procede a rellenar las dos columnas siguientes. La quinta recogería las respuestas alternativas a los pensamientos automáticos indicados añadiendo la credibilidad que se les concede. En la sexta se anota el resultado de la reevaluación de la credibilidad de los pensamientos automáticos iniciales así como de la intensidad de sus emociones.

Ejemplo de registro diario de pensamientos distorsionados:

FECHA Y HORA	SITUACIÓN	EMOCIONES	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	RESPUESTAS RACIONAL	RESULTADO
Lunes a las 9.00	Estoy en la calle y veo a un perro y se pone a ladrar	Ansiedad (70%)	Ladra porque se ha enfadado y me quiere morder	Que un perro ladre no necesariamente significa que esté enfadado y quiera morder (60%)	Credibilidad de que el perro ladra porque me quiere morder (30%) Grado de ansiedad (20%)

En general la mayoría de los registros que se utilizan recogen en las columnas iniciales días y horas en el que tiene lugar el malestar emocional, situaciones concretas en las que se produce, tipo de emoción y grado de intensidad y pensamientos automáticos identificados. En función de lo que se pretenda trabajar, se irán añadiendo columnas en las que pueden anotarse, por ejemplo, el nombre de la distorsión o distorsiones asociadas a cada pensamiento automático, pensamientos racionales alternativos, ventajas e inconvenientes de cada pensamiento automático negativo y de los pensamientos racionales alternativos, supuestos básicos que subyacen a los pensamientos negativos y ventajas e inconvenientes de mantener esos supuestos, etc.

b. Descubrimiento guiado

Hace referencia al proceso de ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático.

Para alcanzar los fines que persigue el cuestionamiento socrático el terapeuta va guiando al paciente mediante preguntas abiertas hasta donde considera necesario llegar, pero permitiendo que sea el paciente el que llegue al hacer libremente sus asociaciones y argumentaciones.

Hay una serie de preguntas generales que se utilizan para cuestionar cogniciones disfuncionales:

¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos?
¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación?
¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera?

La primera es especialmente pertinente cuando se está cuestionando y debatiendo el carácter disfuncional de los pensamientos y distorsiones cognitivas

Ejemplo: ¿cuál es la evidencia en que te basas para pensar que caes mal a tus compañeros de trabajo? ¿Cual es la evidencia en la que te basas para pensar que tienes un tumor cerebral?

La segunda pregunta tiende a formularse cuando ya se ha aprendido a identificar las distorsiones cognitivas y los sesgos atribucionales en los que se basan los pensamientos automáticos ante situaciones concretas y lo que se pretende es que el paciente aprenda a realizar interpretaciones alternativas.

Ejemplo: ¿qué otras alternativas a que te estén rechazando podrían dar cuenta del hecho de que a veces algún compañero no te mire cuando entras al despacho? ¿Qué otras alternativas a tener un tumor cerebral pueden explicar el que a veces te duela la cabeza?

La tercera pregunta suele formularse cuando lo que se pretende es detectar posibles creencias o esquemas disfuncionales que sirven de soporte a los pensamientos y sesgos cognitivos negativos. Por ello no se buscan las posibles distorsiones cognitivas que están detrás de los pensamientos, simplemente se dan por válidos los argumentos planteados.

Ejemplo: ¿qué ocurriría o qué consecuencias tendría si, efectivamente, le caes mal a tus compañeros?; ¿que ocurriría si realmente tuvieras un tumor cerebral?

c. Técnicas cognitivas específicas

Las técnicas cognitivas específicas que se utilizan mediante el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado son muy variadas. Algunas de las más habituales son:

- **Técnicas de reatribución:** encaminadas a modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales de *locus de control* (interno/ externo), *estabilidad* (estable/inestable) y *especificidad* (global/ específico). En general, las personas depresivas suelen hacer atribuciones internas, estables y globales a la hora de explicar sus errores o fracasos, y externas, inestables y específicas para sus éxitos.
- **Técnica de conceptualización alternativa:** Se trata de buscar de forma activa, con la ayuda inicial del terapeuta, interpretaciones distintas a las realizadas por el cliente en un primer momento, y encontrar explicaciones alternativas a los problemas que se le plantean. Mediante esta técnica se pretende contrarrestar la tendencia a realizar interpretaciones *únicas* y la dificultad de encontrar solución a los problemas.
- **Técnicas basadas en la imaginación:** Constituyen un elemento de trabajo fundamental en Terapia Cognitiva. Hay un porcentaje importante de personas a las que les resulta mucho más fácil detectar imágenes visuales que pensamientos asociados a sensaciones de malestar. Desde las primeras fases de la terapia se utiliza algún tipo de técnica en la que está implicado el uso de la imaginación. Una forma habitual de explicar la influencia de las cogniciones en las emociones y en la conducta, es pedir que se imagine una situación particular e ir preguntando al cliente por los sentimientos y conductas que le acompañan, luego cambiar los pensamientos manteniendo la situación y preguntar por el cambio de sentimientos y conductas que se producen.

Beck, Rush, Shaw, y Emery (1979) recogen algunas de las principales técnicas cognitivas basadas en la imaginación que se utilizan en Terapia Cognitiva:

- *Parada de imágenes.* Se pide al paciente que cuando comience una fantasía, recuerdo o imagen que le provoque malestar emocional, dé un golpe fuerte o diga "alto" para interrumpir el curso de la imaginación. Después puede inten-

tar imaginar alguna escena o fantasía agradable para evitar la aparición de las imágenes desagradables.

- *Repetición continuada.* Cuando el paciente informa de grandes dificultades para interrumpir el curso de una fantasía o imaginación, se recomienda que rememore y repita incesantemente la escena o fantasía que provoca malestar hasta que se reduzca la sintomatología emocional.
- *Proyección temporal.* Consiste en pedir a la persona que cuando le venga una imagen con alto contenido emocional, intente imaginar la escena como si ocurriese en un momento temporal distinto: una semana después, un mes, un año, pretendiendo que la distancia le permita alcanzar cierta objetividad.
- *Imaginar metáforas.* Puede ayudar al paciente a representarse mentalmente visiones alternativas de una situación.
- *Parada de imagen catastrofista.* Se pide al paciente que, ante la representación mental de escenas o imágenes catastrofistas, intente incluir en la escena o fantasía los datos positivos, agradables o neutros que ha omitido, con el fin de que la fantasía se acerque más a la realidad, al considerar también otros datos objetivos.
- *Imaginación inducida.* Se trata de que el paciente intente transformar una imaginación negativa en otra más neutra o positiva, con la intención que vaya experimentando mayor control de su imaginación y pueda fantasear con situaciones o conductas más adaptativas.
- *Repetición de metas.* Para incrementar la autoeficacia percibida, se pide al paciente que repita en su imaginación las conductas y acciones deseadas, incluyendo las autoinstrucciones positivas que le puedan facilitar su ejecución.
- *Imaginación positiva.* Se sugiere al paciente que genere fantasías o imágenes positivas que le permitan reducir el tiempo dedicado a las negativas. Este tipo de fantasías positivas le pueden ser útiles como técnicas distractivas cuando el malestar emocional se incrementa.
- *Imaginación como estrategia de coping.* Se entrena al paciente para que utilice la imaginación como estrategia de afrontamiento al visualizarse a sí mismo haciendo frente a distintas situaciones o visualizando cómo lo harían otras personas (modelado encubierto). Deberá ir cambiando la situación de menos a más amenazante y entrenándose mentalmente en distintos posibles finales.

En la Tabla 5 se recogen a modo de resumen las principales técnicas de intervención conductuales, emotivas y cognitivas para modificar pensamientos automáticos.

Tabla 5. Principales técnicas de intervención para modificar pensamientos automáticos

TÉCNICAS PARA PROMOVER EL CAMBIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	
TÉCNICAS CONDUCTUALES	<ul style="list-style-type: none"> • Programación de actividades • Role-playing • Técnicas de afrontamiento: • Técnicas de control de estímulos <ul style="list-style-type: none"> – Relajación – Exposición graduada – Control de la respiración – Entrenamiento Asertivo
TÉCNICAS EMOTIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción de autocompasión • Inducción de cólera • Distracción externa • Hablar de los sentimientos • Análisis de responsabilidad
TÉCNICAS COGNITIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • Mediante autorregistros y descubrimiento guiado se utilizan las siguientes técnicas: Técnicas de reatribución • Técnicas de conceptualización alternativa • Técnicas basadas en la imaginación: <ul style="list-style-type: none"> – Parada de imágenes – Repetición continuada – Proyección temporal – Imaginar metáforas – Parada de imagen catastrofista – Imaginación inducida – Repetición de metas – Imaginación positiva – Imaginación como estrategia de coping

3.3.4. Técnicas para identificar y modificar esquemas cognitivos y supuestos básicos subyacentes

Las técnicas utilizadas son similares a los que se utilizan para identificar y modificar pensamientos automáticos, si bien incorporan otras técnicas más específicas tanto para identificar como para cambiar creencias nucleares y supuestos básicos subyacentes.

La identificación y modificación de creencias y esquemas no parte de la comprobación de si los pensamientos automáticos asociados están basados en distorsiones cognitivas o sesgos negativos. Independientemente de si el contenido de un pensamiento automático es verdadero o falso, el objetivo es identificar qué creencias nucleares, o supuestos básicos se activan ante las situaciones conflictivas que generan malestar.

Dobson Y Dobson (2009) señalan algunos requisitos importantes para iniciar el cambio de los esquemas cognitivos subyacentes del cliente: a) que se haya reducido

notablemente el malestar emocional, las conductas disfuncionales y los pensamientos negativos; b) que sus creencias disfuncionales supongan un riesgo para posibles recaídas; c) que tenga la capacidad de establecer un debate más abstracto; d) que no tenga riesgo de un trastorno psicótico; e) que conozca y esté dispuesto a llevar a cabo un tratamiento de mayor duración con resultados a más largo plazo.

Estos autores describen algunas de las estrategias más específicas que se utilizan tanto identificar creencias como para el cambio de las creencias negativas por otras nuevas más adaptativas.

a. *Obtener e identificar creencias:*

Entre las técnicas más utilizadas en Terapia Cognitiva para identificar o detectar esquemas cognitivos o creencias nucleares destacan las siguientes.

- **Búsqueda de reglas de inferencia del tipo “si A...entonces B”:** Una de los procedimientos más utilizados es detectar en las opiniones y explicaciones del cliente expresiones del tipo: “Si...entonces”. En muchas ocasiones estas creencias no son explícitas y es el terapeuta el que ha de facilitar que afloren formulando la primera parte de la regla. Por ejemplo: “Si quedas con una chica, entonces...”.
- **Detectar los *debería* y *tendría*:** El valor desadaptativo de los imperativos categóricos formulados en términos de “debería” y “tendría” ha sido subrayado por Ellis y su modificación es precisamente uno de los objetivos centrales de la TREC como ya vimos en el capítulo anterior. El uso frecuente de palabras como *debería* o *tendría* en las valoraciones de la propia conducta o la de los demás son indicios de la utilización de reglas que asumen que las personas han de ser infalibles consigo mismos, con los otros o con el cumplimiento de las reglas o normas establecidas.
- **Detectar temas comunes en los pensamientos automáticos ante distintas situaciones:** Durante el proceso de identificación y modificación de pensamientos automáticos pueden surgir patrones similares de pensamientos, emociones o conductas ante distintas situaciones. Por ejemplo, sentirse orgulloso porque le han felicitado por realizar un buen trabajo, no significa necesariamente que exista un esquema negativo relacionado con la *necesidad de aprobación*. Ahora bien, este esquema podría estar presente si en el análisis de distintas situaciones se ponen de manifiesto verbalizaciones, conductas y emociones que indican que la motivación del trabajo es conseguir la felicitación de los demás o cuando los pensamientos y emociones positivas sólo se producen si media la felicitación de personas significativas. Analizar estos pensamientos automáticos puede facilitar el descubrimiento de uno o varios supuestos básicos, que estarían activados ante distintas situaciones.

- **Utilizar la técnica de la flecha descendente:** Es una de las técnicas más específicas para detectar las creencias nucleares más profundas utilizada también en la TREC. El objetivo es ir ahondando mediante una serie de preguntas encadenadas hasta llegar a las creencias disfuncionales o esquemas más profundos del paciente. La respuesta a cada pregunta sirve para formular otra nueva hasta llegar a la respuesta final que sería la formulación de la creencia o esquema más profundo. En las respuestas a las distintas preguntas de la cadena pueden ir apareciendo creencias básicas o reglas intermedias que también serán objeto de análisis y posterior modificación. Un ejemplo sería el siguiente:

Cliente: Me siento fatal porque mi novio no se ha acordado de llamarme por mi cumpleaños.

Terapeuta: ¿Que significa para ti el hecho de que no te haya llamado por teléfono?

C: Que tal vez le estoy dejando de gustar

T: ¿Y si fuera así ¿que pasaría?

C: Que me puede dejar

T: ¿Qué pasaría si te dejara?

C: Que si el/ella no me considera suficientemente atractivo/a significa que no lo soy y por tanto no podría volver a tener pareja.

T: ¿Y si no encontraras pareja?

C: Me moriría porque sin una pareja que me quiera y me valore, yo no podría vivir.

- **Plantear situaciones hipotéticas:** Cuando se sospecha que puede haber esquemas negativos asociados a determinadas situaciones que no se presentan habitualmente puede ser útil trabajar con este tipo de situaciones planteadas hipotéticamente y analizar cómo cree el cliente que respondería. A partir de ahí se podrían ir analizando con los procedimientos anteriores los supuestos básicos asociados a dichas situaciones.
- **Perspectiva histórica:** Analizar desde cuándo se tienen los pensamientos automáticos puede llevar a revisar al periodo evolutivo en el que comenzaron a manifestarse. Indagar las experiencias que se han tenido a lo largo de la vida y la influencia de personas significativas puede llevar a detectar reglas, creencias y esquemas disfuncionales que siguen actuando y sirviendo de base a los pensamientos negativos, conductas desadaptadas y malestar emocional.
- **Técnicas emotivas:** Se trata de promover y recordar situaciones asociadas a un alto contenido emocional porque estas situaciones, más allá del pensamiento negativo verbalizado, suelen esconder una creencia básica disfuncional. Otra forma de detectar estas creencias es analizar con más profundidad los pensamientos asociados a las situaciones que fueron valoradas

con mayor malestar emocional en los registros que se realizaron para identificar y debatir los pensamientos distorsionados.

- **Evaluación mediante cuestionarios:** Existen numerosos cuestionarios que recogen creencias, reglas o supuestos básicos que tienen que ver básicamente en su mayoría con la forma de pensar sobre uno mismo, el mundo o las relaciones interpersonales. La Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Wissman y Beck (1980), el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ), entre otros, son algunos cuyos ítems indicaran la existencia de diferentes esquemas o creencias disfuncionales. Muchas de las afirmaciones que se recogen en estos cuestionarios, además de indicar creencias básicas específicas, permiten identificar esquemas complejos que hacen referencia a patrones o conjuntos de creencias y reglas que suelen generarse en la infancia y que se mantienen en la edad adulta, por lo que suelen estar tan arraigados que no son fáciles de modificar.

3.3.5. Técnicas para el cambio de creencias nucleares y supuestos básicos

Cambiar creencias disfuncionales no es fácil, sobretodo los esquemas o patrones cognitivos complejos que están muy arraigados en la infancia, los que se han formado a raíz de experiencias traumáticas, aquellos que tienen una fuerte carga emocional, o los que forman parte de un código moral, sistema de valores, normas rígidas o reglas muy estrictas del grupo social al que se pertenece. Es por su alto nivel de dificultad por lo que la Terapia Cognitiva suele quedarse en el cambio de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas o en creencias poco profundas y arraigadas. No obstante, algunas de las técnicas dirigidas a favorecer el cambio de creencias recogidas por Dobson y Dobson (2009) son las siguientes:

- **Reconocimiento de un continuo:** Consiste en ir mostrando al cliente cómo los esquemas disfuncionales se pueden organizar en un continuo que va desde un patrón de pensamiento o rasgos muy categoriales (e.g. dependiente), pasando por conjuntos de creencias intermedias (e.g. *“soy incapaz de conseguir las cosas sin ayuda”*; *“no tengo criterio para elegir lo correcto”*, etc.) hasta llegar a creencias específicas (e.g. *“si voy al cine solo, me perderé”*). Abordar el esquema en su totalidad (dependencia) no sería eficaz, mientras que ir trabajando las distintas creencias que lo componen, comenzando por las que están más cerca de las situaciones cotidianas, puede ser lo más eficaz para conseguir su cambio.
- **Registro de datos positivos y recoger evidencia de los nuevos y viejos esquemas:** Es necesario definir un esquema positivo alternativo que permita ir evaluando la evidencia que apoya sus componentes cognitivos, emocionales y conductuales. Por ejemplo, si el esquema antiguo se formula en términos de

“soy incapaz de conseguir nada por mí mismo”, cambiarlo implicaría sustituirlo por: “soy capaz de conseguir la mayoría de las cosas por mi mismo”. A partir de esta formulación se trataría de registrar los datos positivos que proporcionan apoyo empírico a dicha creencia (e.g. “he ido al banco solo”, “he comprado un pantalón que me gusta sin ayuda”) con el fin de ir consolidando el esquema positivo e ir eliminando el negativo.

- **Establecer el criterio de lo que se considera cambio de creencia:** En la modificación de creencias, al igual que en la de cualquier otro pensamiento, conducta o emoción, han de establecerse pautas objetivas que sirvan de indicios para determinar si se está produciendo el cambio de una creencia negativa hacia otra más positiva.
- **Role-playing:** Otra estrategia especialmente útil para cambiar creencias disfuncionales es practicar conductas y establecer debates con el terapeuta que permitan incrementar la competencia y habilidad para abordar situaciones. Por ejemplo, defender opiniones relacionadas con un tema determinado puede ayudar a las personas a modificar su esquema de “ser una persona estúpida por ser incapaz de formarse una opinión”.
- **Ensayo de conducta:** Los esquemas tienen un fuerte apoyo en la experiencia, por lo que es fundamental realizar tareas conductuales que permitan poner a prueba algunos de los aspectos en los que se sustenta, bien el esquema negativo o bien el positivo que se desea instaurar. La experiencia directa que aporta la realización de acciones asociadas al nuevo esquema positivo puede servir como factor corrector de experiencias anteriores y proporcionar un aprendizaje experiencial coherente con la nueva forma de pensar y, como consecuencia, de sentir y actuar.
- **Actuar “como si”:** puede considerarse como una extensión del ensayo de conducta. Consiste en actuar *como si* el nuevo esquema estuviera ya consolidado. Para ello, en primer lugar se analizan a fondo las conductas, emociones y forma de pensar asociadas al esquema que se desea eliminar y se contrasta con cómo se podría funcionar si ya se hubiera consolidado el nuevo esquema. Como señalan McKay y Fanning (1991), la manera de proceder es solicitar al cliente que comience a actuar *como si* en situaciones o escenarios definidos y acotados, con el fin de evitar que se sienta abrumado por tener que cambiar su manera de actuar y pensar sobre sí mismo. Actuar *como si* excesivamente, puede ser contraproducente porque puede reforzar el antiguo esquema negativo en lugar de consolidar el nuevo. La falta de espontaneidad y familiaridad con las nuevas formas de comportarse pueden llevar a considerar al que actúa que no está siendo él mismo y que por tanto, todo es falso.
- **Confrontar con el pasado datos de las nuevas y antiguas creencias:** La búsqueda de información sobre la evidencia que apoya las creencias es especialmente

útil cuando aparecen emociones intensas o patrones de pensamiento que rememoran experiencias o sentimientos del pasado. El análisis comparativo del valor adaptativo de estas creencias en el contexto social, personal y emocional en que se formaron y del valor que tienen en la actualidad, puede favorecer notablemente el cambio. Así mismo, realizar un análisis retrospectivo de la vida del cliente puede ayudar también a encontrar evidencia que apoye la nueva creencia nuclear que se pretende instaurar. Beck (1995) sugiere que esta técnica sea utilizada cuando el cliente haya comenzado a hacer progresos en el fortalecimiento de nuevas creencias más adaptativas.

- **Promover una nueva imagen:** Imaginarse a sí mismo cómo sería y cómo le gustaría que cambiara su vida en distintas áreas son técnicas que ayudan a promover el cambio hacia esquemas más adaptativos y a consolidar los avances que se van produciendo. Por ejemplo, qué metas le gustaría alcanzar, qué imagen le gustaría dar, qué tipo de relaciones mantendría, cómo vestiría, etc.
- **Solicitar apoyo social y consenso:** Una forma adicional de conseguir el cambio de esquemas disfuncionales y sustituirlos por otros más adaptativos es revelar a las personas del entorno las creencias o reglas disfuncionales y debatir con ellas las ventajas y desventajas de mantener dichas creencias, así como buscar argumentos que resalten la necesidad del cambio.
- **Análisis de ventajas e inconvenientes del cambio de esquemas.** Es conveniente debatir con el cliente que el cambio de esquemas puede conllevar ventajas e inconvenientes. Por ejemplo, cambios en el esquema de *necesidad de dependencia* puede proporcionar beneficios importantes para la persona como mayor autonomía y capacidad decisional pero también resentirse la relación de pareja si de alguna manera se había consolidado sobre el principio de *necesidad de dependencia/deseo de protección*.
- **Proyección en el tiempo:** Consiste en imaginarse en un futuro más o menos cercano en el que ya se haya consolidado la nueva creencia pensando, sintiendo y actuando de la manera deseada. Por ejemplo, si el esquema negativo estaba relacionado con *necesidad de dependencia de otras personas para realizar actividades*, el paciente puede imaginarse que ya tiene instaurada la nueva visión de sí mismo (*ser independiente*) y está llevando a cabo actividades que en la actualidad no realiza porque no se atreve a llevarlas a cabo sin que le acompañen. Tener presente los beneficios del cambio puede también incrementar la motivación y ayudar a superar las dificultades que se presentan durante el proceso de cambio.
- **Biblioterapia:** Sugerir lecturas que puedan ayudar a entender mejor las diferencias entre creencias adaptativas y desadaptativas, así como las ventajas e inconvenientes, para conocer y debatir otros puntos de vista sobre el mundo y otras reglas sociales y personales por las que regirse.

En la Tabla 6 se exponen las principales técnicas de identificación de creencias y supuestos subyacentes, así como las técnicas más efectivas para cambiarlas.

Tabla 6. Principales técnicas de identificación y modificación de creencias y supuestos subyacentes

TÉCNICAS PARA IDENTIFICAR CREENCIAS	TÉCNICAS DE CAMBIO DE CREENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de reglas de inferencia “si...entonces” • Detectar los <i>debería</i> y <i>tendría</i> • Detectar temas comunes en los pensamientos automático • Utilizar mediante diálogo guiado la técnica de la Flecha descendente • Plantear situaciones hipotéticas • Perspectiva histórica • Técnicas emotivas • Evaluación mediante cuestionarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de un continuo • Registro de datos positivos • Establecer el criterio de cambio • <i>Role-playing</i> • Ensayo de conducta • Actuar <i>como si</i> • Confrontar con el pasado • Promover una nueva imagen • Solicitar apoyo social y consenso • Análisis de ventajas e inconvenientes del cambio de esquema • Proyección en el tiempo • Biblioterapia

3.3.6. Tareas para casa

Las tareas para casa son parte integral de la Terapia Cognitiva, pues a través de ellas se obtienen la mayoría de los datos que permiten analizar y debatir con el paciente sus supuestos básicos inadecuados y sus pensamientos automáticos. Permiten al paciente comprobar también la validez de sus pensamientos. Sirven además para proporcionar datos relacionados con los problemas que se van presentando y facilitan la estructuración y programación de sesiones de trabajo terapéutico.

Por todo ello, es fundamental hacer ver al paciente que las tareas para casa o ejercicios entre sesiones son un componente básico del tratamiento, de cuya realización depende en gran medida el éxito terapéutico. El papel del paciente en el diseño de las tareas para casa se va incrementando a medida que avanza el tratamiento, puesto que el objetivo último es conseguir que sea capaz de organizar sus propias actividades y moldear y dirigir su propia conducta. La programación adecuada de actividades, como ya se comentó al hablar de las técnicas conductuales, ocupa un lugar destacado en el trabajo durante las sesiones.

4. Evidencia empírica y estudios de resultados

El interés de Beck por la formulación de teorías y el diseño de técnicas de intervención eficaces ha ido siempre acompañado de la consiguiente contrastación empírica.

En 2005, cuarenta años después de que publicara su primera formulación del modelo cognitivo en la revista *Archives of General Psychiatry*, publicó en la misma revista un artículo titulado "*The current state of Cognitive Therapy. A 40-year Retrospective*". En este artículo Beck realiza una revisión de los resultados de los estudios llevados a cabo durante ese período que incluye tanto los que ponen a prueba los supuestos del modelo cognitivo y como los que aportan evidencia empírica sobre la eficacia de la Terapia Cognitiva en diversos trastornos. Estos estudios pueden agruparse en función de la hipótesis conceptual o terapéutica que pretende contrastar.

- *Tríada cognitiva y sesgos negativos*. El mayor volumen de estudios empíricos se han realizado para poner a prueba el modelo cognitivo de la depresión. Hollon, Kendall y Lumry (1985) revisaron 220 estudios y encontraron que el 91% de las investigaciones proporcionaban apoyo empírico al modelo. De los estudios específicos sobre componentes cognitivos, 150 aportaron evidencia que apoyaba la existencia de la tríada cognitiva frente a 14 que no la encontraron. Por otro lado, Haaga, Dyck y Ernst (1991) de su revisión meta-analítica concluyen que existe suficiente evidencia que apoya la existencia de sesgos negativos en todos los tipos de depresión: unipolar y bipolar, reactiva y endógena.
- *Esquemas cognitivos de peligro y amenaza*: la hipótesis de la presencia de esquemas cognitivos de peligro y amenaza en los pacientes con trastorno de ansiedad también ha sido contrastada. Los resultados de muchos de estos estudios parecen indicar que estos esquemas predisponen a llevar a cabo conductas de seguridad y a realizar interpretaciones catastrofistas de estímulos ambiguos (Coles, Heimberg, 2002). Los trabajos que confirman dichas hipótesis se han realizado en trastornos de pánico (Wenzel, Sharp, Sokol y Beck, 2006), ansiedad social y fobia social (Hirsch, Meynen, Clark, 2004) y estrés post-traumático (Clark y Ehlers, 2004) entre otros.
- *La hipótesis de la especificidad cognitiva* propone un perfil cognitivo diferente para cada trastorno emocional (Greenberg y Beck, 1989). Varios de los estudios llevados a cabo con pacientes que presentaban sólo problemas de ansiedad o sólo de depresión han encontrado patrones específicos para cada trastorno. Los resultados de estos estudios indican que los pacientes depresivos presentan mayores creencias de desesperanza, derrota y fracaso que los pacientes con ansiedad, cuyas creencias están relacionadas con amenaza o peligro. (Clark y Beck, 1989; 1999; Greenberg y Beck, 1989).

- *Perfiles cognitivos.* Beck (2005) revisa también algunos de los estudios que aportan evidencia empírica sobre la existencia de perfiles cognitivos diferenciados en una amplia gama de trastornos como anorexia nerviosa (Vitousek, 1996), trastorno obsesivo compulsivo (Clark, 2004; Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, et al., 2000) trastorno de pánico (Clark, Salkovskis, Öst, et al., 1997), problemas dismorfofóbicos (Wilhelm, Otto, Lohr, Deckersbach, 1999) y trastornos de personalidad (Beck, Butler, Brown, Dahisgaard, Beck y Beck, 2001).
- *Eficacia de la Terapia Cognitiva frente a los grupos placebo y lista de espera.* Butler, Chapman, Foreman y Beck (2006) identificaron unas 300 publicaciones sobre estudios de resultados de la Terapia Cognitiva y 16 estudios meta-analíticos. Del análisis detallado de estos resultados los autores concluyen que, en comparación con los tratamientos placebo o los grupos de lista de espera, la Terapia Cognitiva es más efectiva para la depresión unipolar, ansiedad y depresión infantil y varios trastornos específicos de ansiedad, especialmente ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo. Los resultados son menos claros en cuanto a la efectividad de la TC en la reducción de la bulimia en comparación con los que se producen sólo con medicación.
- *Terapia Cognitiva vs. tratamiento farmacológico.* Cuando se compara con condiciones de tratamiento activos, la Terapia Cognitiva para la depresión muestra resultados similares o marginalmente superiores a los de los tratamientos farmacológicos, según indica el metaanálisis de Goaguen, Cottraux, Cucherat y Blackburn (1998) llevado a cabo con 18 estudios que comparaban la efectividad de tratamientos farmacológicos y Terapia Cognitiva en pacientes depresivos.
- *Terapia Cognitiva y farmacológica combinada.* Beck (2005) señala otros estudios que considera prometedores de la aplicación de la Terapia Cognitiva a varios trastornos mentales (por ejemplo esquizofrenia) en combinación con el tratamiento psicofarmacológico. Igualmente, aporta resultados positivos de la combinación de la Terapia Cognitiva con tratamientos farmacológicos en los problemas de depresión bipolar.
- *Terapia Cognitiva vs. otras intervenciones.* Los resultados no son concluyentes, entre otras razones porque muchas de las investigaciones y estudios de meta-análisis realizados no distinguen entre intervenciones Cognitivo Conductuales y Terapia Cognitiva. A pesar de ello, Beck (2005) aporta los resultados del estudio de Chambless y Gillis (1993) para mostrar evidencia de la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual y de la Terapia Cognitiva para mejorar la mayoría de los trastornos de ansiedad descritos en el DSM-IV-R. El metaanálisis llevado a cabo por Abramowitz (2004) pone también de manifiesto la efectividad de la Terapia Cognitiva y la Terapia Cognitivo-Conductual para reducir tanto los síntomas emocionales como las conductas de evitación y los pensamientos disfuncionales en diferentes trastornos de ansiedad.

- *Mantenimiento de los beneficios terapéuticos.* Los resultados de la revisión de Butler, Fennell, Robson y Gelder (2006) indican que los beneficios alcanzados durante el tratamiento se mantienen una vez finalizado el tratamiento y las recaídas son menores tanto en depresión unipolar como en un amplio rango de trastornos de ansiedad en adultos. En los estudios sobre la efectividad a largo plazo de la combinación de la Terapia Cognitiva y la farmacológica, los resultados parecen ser, sin embargo, contradictorios (DeRubeis, Hollon, Amsterdam, Shelton *et al.*, 2005; Garety, Fowler, Freeman, Bebbington *et al.*, 2008; Scott, Paykel, Morris, Bentall *et al.*, 2006).
- *Terapia Cognitiva en problemas de salud en general.* Por último, Beck (2005) presenta diferentes estudios cuyos resultados resaltan la efectividad de la TC, en combinación con el tratamiento médico pertinente, para mejorar una amplia variedad de problemas de salud. Por ejemplo problemas de corazón (Chavalier, Cottraux *et al.*, 2004) hipertensión (Shapiro, Hui, Oakley, Pasic y Jamner, 1995), cáncer (Greer, 1992; Moorey, Greer, Bliss y Law, 1998), dolor de cabeza (Blanchard, Appelbaum, Radnitz, Michultka *et al.*, 1990), dolor crónico (Nicholas, Wilson, y Goyen, 1992), síndrome de fatiga crónica (Shape, Hawton, Simkin, Surawy *et al.*, 1996), colon irritable (Greene y Blanchard, 1994), síndrome premenstrual (Blake, Salkovskis, Gath, Day y Garrod, 1998), artritis reumatoide (Bradley, Turner, Young, Agudelo *et al.*, 1985), etc.

5. Resumen

- La Terapia Cognitiva fue formulada y desarrollada por Aaron Beck a comienzos de los años sesenta
- En el origen de la formulación de la Terapia Cognitiva, Beck señala los principales factores que contribuyeron: su descontento con los resultados del psicoanálisis, sus investigaciones sobre depresión, la observación de sus pacientes y la autoobservación de sus pensamientos ante situaciones vitales negativas de alto contenido emocional.
- Beck resalta la influencia de los trabajos de diferentes autores en las primeras formulaciones de la TC. Entre los autores más destacados figuran psicólogos tan eminentes como Kelly y Piaget y psicoanalistas tan relevantes como Alexander, Adler, Horney y Sullivan
- Beck formula un modelo cognitivo para explicar los trastornos emocionales, inicialmente la depresión, y un procedimiento de intervención basado en el modelo.
- El modelo cognitivo sostiene que los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emo-

cional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo.

- Beck propone un modelo de organización cognitiva en el que se resalta el importante papel que juegan los *esquemas*, *distorsiones cognitivas* y *pensamientos automáticos* en la manera de responder ante las situaciones estímulares.
- Los esquemas cognitivos son entidades organizativas conceptuales complejas compuestas de unidades más simples que contienen nuestro conocimiento de cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales
- Las distorsiones cognitivas hacen referencia a la tendencia de los individuos a procesar, codificar y recuperar información coherente con las claves contenidas en alguno de sus esquemas previos
- Los pensamientos automáticos son los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por el medio, los esquemas y creencias (en sus distintos niveles de accesibilidad) y distorsiones cognitivas.
- Beck propone distintos modelos cognitivos para explicar trastornos psicopatológicos como la depresión, la ansiedad y los trastornos de personalidad.
- El modelo cognitivo de la depresión fue el primero desarrollado por Beck y sigue siendo el que tiene mayor relevancia. En este modelo se señala la importancia de la tríada cognitiva en los problemas depresivos. La tríada cognitiva hace referencia a tres esquemas o patrones cognitivos que inducen al individuo a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo.
- Los esquemas negativos activados en los individuos depresivos les llevan a cometer una serie de errores o *distorsiones cognitivas* en el procesamiento de la información. Beck señala 11 distorsiones cognitivas que suelen estar de alguna forma presentes en las personas deprimidas. Posteriormente otros autores han añadido algunas distorsiones más. Muchas de las distorsiones cognitivas que comenten los pacientes depresivos, también suelen estar presentes en otros trastornos emocionales o malestar emocional.
- En el modelo cognitivo de la ansiedad y de los trastornos de personalidad se destacan esquemas negativos específicos que estarían a la base de estos problemas.
- El proceso de intervención de la TC está dirigido fundamentalmente a modificar los patrones cognitivos disfuncionales
- La Terapia Cognitiva es un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado que utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales

- La Terapia Cognitiva se centra en la organización cognitiva de los pacientes, pero también presta atención a los problemas externos relacionados con su malestar.
- La Terapia Cognitiva utiliza técnicas cognitivas, conductuales y emotivas para promover el cambio de los esquemas, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos. Muchas de las técnicas que utiliza, fundamentalmente las conductuales y emotivas, forman parte del repertorio habitual de la Terapia de Conducta aunque su aplicación tiene como principal objetivo la modificación de cogniciones en lugar de conductas.
- Tanto la Teoría como la Terapia Cognitiva han dado lugar a muchísimas investigaciones destinadas a contrastar empíricamente sus principales supuestos teóricos así como la efectividad de la Terapia Cognitiva como procedimiento de intervención.

6. Bibliografía recomendada

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.f. y Emery, G. (1979): *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao. Desclée De Brouwer.

- Este libro, publicado originalmente en 1983, describe con detalle la Terapia Cognitiva de la depresión, incluyendo los fundamentos teóricos, procedimientos diagnósticos y de intervención. Incluye una descripción exhaustiva de técnicas específicas para modificar pensamientos automáticos así como creencias y supuestos básicos.

Beck, A.T., Freeman, A. y cols. (1995): *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona. Paidós.

- Libro en el que se describe el modelo cognitivo de los trastornos de personalidad, indicando en cada uno de ellos los esquemas cognitivos específicos y dando pautas para el tratamiento.

Beck, J.S. (2000): *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Madrid. Gedisa.

- Judith Beck describe en este libro los conceptos básicos de la Terapia Cognitiva, pero se centra en explicar desde un punto de vista práctico cómo se lleva a cabo el proceso de terapia cognitiva. Describe de forma didáctica y con muchos ejemplos, cómo planificar el tratamiento, los contenidos esenciales de las sesiones, y las principales técnicas de intervención.

Beck, J.S. (2007): *Terapia cognitiva para la superación de retos*. Madrid. Gedisa.

- El libro tiene un carácter eminentemente práctico, en él se van analizando los principales problemas que se presentan durante el proceso de intervención de la Terapia Cognitiva ofreciendo pautas concretas para abordarlos.

7. Referencias bibliográficas

- Adler, A. (1958). *What life should mean to you*. NY. A. Porter Ed., (publicado originalmente en 1931).
- Alexander, F.P. (1950). *Psychosomatic medicine: its principles and applications*. N.Y. Norton & Co.
- Avia, M.D. (1999). *Enfermos imaginarios*. Barcelona. Océano
- Avia, M.D.; Ruiz, M.A.; Olivares, M.E.; Crespo, M.; Guisado, AB.; Sanchez, A. Y Varela, A. (1996). The meaning of psychological symptoms: effectiveness of a group intervention with hypochondriacal patients. *Behavior Research and Therapy*, 34, 1, 23-31
- Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1974). Behavior Theory and the models of man. *American Psychologist*, 29, 859-869.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and Depression: 1, Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatric*, 9, 324-333.
- Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatric*, 10, 561-571.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical Experimental and Theoretical Aspects*. NY: Harper and Row.
- Beck, A.T. (1970). Cognitive Therapy: Nature and relation to Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. Philadelphia. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, An International quarterly*, 1, 5-37
- Beck, A.T. (1988a). Cognitive approach to panic disorder: theory and therapy. En S. Rachman y J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological Perspectives*. Hillside, New Jersey : Erlbaum, 91-110.
- Beck, A.T. (1988b). *Love is Never enough*. Nueva York. Harper and Row.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive-therapy: a 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959
- Beck, A.T., Butler, A.C., Brown, G.K., Dahlsgaard, K.K., Beck, N., Beck, J.S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1213-1225.
- Beck, A.T., Emery G. y Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety Disorders and phobias: a cognitive perspective*. NY: Basic Books.
- Beck, A.T., Freeman, A. and associates (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. NY. The Guilford Press.

- Beck, A.T. y Mahoney, M. (1979). Schools of thought: A comment on Wolpe's "Cognition and causation in behavior and its therapy". *American Psychologist*, 34 (1), 93-98.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press. Nueva York. Publicado en castellano en Desclée De Brouwer, 1983.
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1986). A critique of the theoretical bases of cognitive-behavioral theories and therapy. *Clinical Psychology Review*, 6, 177-197.
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy. A systematic individual and social psychiatry*. N.Y. Grove Press.
- Blackburn, I.M. y Davidson, K. (1990). *Cognitive Therapy for depression and anxiety*. Oxford. Blackwell Scientific Publications.
- Blake, F., Salkovskis, P., Gath, D., Day, A. y Garrod, A. (1998). Cognitive therapy for premenstrual syndrome: a controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 307-318.
- Blanchard, E.B., Appelbaum, K.A., Radnitz, C.L., Michultka, D., Morill, B., Kirsch, C., Hillhouse, J., Evans, D., Guarniere, P., Attanasio, V., Andrasik, F., Jaccard, J. y Dentinger, M.P. (1990). Placebo-controlled evaluation of abbreviated progressive muscle relaxation combined with cognitive therapy in the treatment of tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 210-215.
- Blatt, S.J., Zuroff, D.C., Quinlan, D.M. y Pilkonis, P.A. (1996). Interpersonal factors in the brief treatment of depression: Further analyses of NIMH TDCRP. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 162-171.
- Bradley, L., Turner, R.A., Young, L.D., Agudelo, C.A., Anderson, K.O., y McDaniel, L.K. (1985). Effects of cognitive-behavioral therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis (RA) patients: preliminary outcomes. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 14, 51-64.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Foreman, E.M. y Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Butler, A.C., Fennell, M., Robson, P. y Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Caro, I. (2003). *Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona. Paidós.
- Chambless, D.L. y Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Clark, D.M. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. NY. Guilford Press.
- Clark, D.M. y Beck, A.T. (1988). Cognitive approaches. En C.G. Last and M. Hersen (Eds.), *Handbook of Anxiety Disorders*. NY. Pergamon. 362-385

- Clark, D.M. y Beck, A.T. (1989). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. En P. Kendall y D. Watcon (Eds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*. Orlando, Fla: Academic Press, 279-411
- Clark, D.M. y Beck, A.T. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. NY. John Wiley & Sons.
- Clark, D.M., Beck, A.T. y Brown, G.K. (1992). Sociotropy, autonomy and life event perceptions in dysphoric and nondysphoric individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 635-652.
- Clark, D.M. y Ehlers, A. (2004). Posttraumatic stress disorder: from cognitive theory to therapy. En R.L. Leahy (Ed.), *Contemporary Cognitive Therapy: Theory, Research, and Practice*. NY: Guilford Press.
- Clark, D.M., Salkowskis, P.M., Öst, G.L., et. al. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 203-213.
- Clark, D.M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R.G. Heimberg, M. Liebowitz, D.A. Hope y F. Scheier (eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. NY. Guilford Press.
- Coles, M.E. y Heimberg, R.G. (2002). Memory biases in the anxiety disorders: Current status. *Clinical Psychology Review*, 22, 587-627.
- Dattilo, F.M. y Padesky, C.A. (1990). *Cognitive Therapy with couples*. Florida. Professional Resource Exchange, Inc. Sarasota. Publicado en español por Desclée De Brouwer, 1995.
- Deacon, B.J. y Abramowitz, J.S. (2004). Cognitive and behavioural treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 429-441.
- DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Young, P.R. et al. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409-416.
- DeRubeis, R.J., Webb, C.A., Tang, T.Z. y Beck, A.T. (2010). Cognitive Therapy. En K.S. Dobson (Ed.). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. NY. The Guilford Press.
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Durham, R.C., Chambers, J.A., McDonald, R.R., Power, K.G. y Major, K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of general anxiety disorders?: an 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine*, 33, 499-509.
- Durham, R.C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treliving, L.R. y Fenton, G.W. (1994). Cognitive Therapy, analytic psychotherapy, and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 315-323.

- Durham, R.C. y Turvey, A.A. (1987). Cognitive Therapy vs. Behaviour Therapy in the treatment of chronic general anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 229-234.
- Frank, J. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins Press.
- Freeman, A. y DeWolf, R. (1992). *The 10 dumbest mistakes smart people make and how to avoid them*. NY. The Harper Collins.
- Freeman, A. y Oster, C. (1999). Cognitive Behavior Therapy. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.), *Handbook of comparative interventions for adult disorders* (2^o edición). 108-138. NY. Wiley.
- Garety, P.A., Fowler, D.G., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G. y Kuipers, E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction psychosis: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192, 447-455.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cocherat, M. y Blackburn, I.M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Greenberg, M.S. y Beck, A.T. (1989). Cognitive Theory and therapy of anxiety and depression. En P. Kendall y D. Watcon (eds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*. Orlando. Fla: Academic Press. 279-411.
- Greene, B. y Blanchard, E.B. (1994). Cognitive Therapy for irritable bowel syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 576-582.
- Greer, S. (1992). Terapia psicológica adyuvante para mujeres con cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 36, 71-83.
- Haaga, D.A., Dyck, M.J. y Ernst D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.
- Hamilton, K. y Dobson, K. (2002). Cognitive Therapy of depression: Pre-treatment patient predictors of outcome. *Clinical Psychology Review*, 22, 875-893.
- Hirsch, C.R., Meynen, T. y Clark, D.M. (2004). Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions. *Memory*, 12, 496-506.
- Hollon, S.D., Kendall, P.C. y Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognition in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 52-59.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and Human growth: The struggle toward self-realization*. N.Y Norton & Company.
- Horvath, A.O. y Bedi, R.P. (2002). The alliance. En J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. N.Y. Oxford University Press. 37-69.
- Jasper, K (1968). *General Psychopathology*. Chicago: University of Chicago Press. (Publicado originalmente en 1913).
- Kazdin, A.E. y Wilson, G.T. (1978). *Evaluation of behavior therapy: Issues, evidence, and research strategies*. Cambridge, Mass: Ballinger.

- Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs* (2 vols.) N.Y. Norton and Company.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. N.Y. McGraw-Hill.
- Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge: Ballinger.
- Mahoney, M.J. (1980). Psychotherapy and the structure of personal revolutions. En M.J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy Process: Current issues and future directions*. N.Y. Plenum Press, 157-180.
- Martin, D., Garske, J.P. y Davis, K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytical review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- McKay, M. y Fanning, P. (1991). *Autoestima: Evaluación y mejora*. Barcelona. Martínez Roca.
- Meichenbaum, D.B. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. N.Y. Plenum Press.
- Meyer, B., Pilkonis, P.A., Krupnick, J.L., Egan, M.K, Simmens, S.J. y Sotsky, S.M. (1992). Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression. Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1051-1055.
- Moorey, S.; Greer, S., Bliss, J. y Law, M. (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counseling in patients with cancer. *Psychooncology*, 7, 218-228.
- Nicholas, M.K., Wilson, P.H. y Goyen, J. (1992). Comparison of cognitive-behavioural group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain*, 48, 339-347.
- Peaget, J. (1960). *The moral judgment of the child*. (publicado originalmente en 1932). Glencoe Ill. Free Press.
- Persons, J.B. (1989). *Cognitive therapy in Practice: A case formulation Approach*. Norton & Company.
- Safran, J.D., Vallis, T.M., Segal, Z.V. y Shaw, B.F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 509-526.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M. y Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 51-61.
- Salkovskis, P.M.; Wroe, A.L., Gledhill, A., Morrison, N, Forrester, E., Richards, C, Reynolds, M y Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Shahar, G., Blatt, S.J., Zuroff, D.C. y Pilkonis, P.A. (2003). Role of perfectionism and personality disorder features in response to brief treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 629-633.

- Shape, M., Hawton, K., Simkin, S., Surawy, C., Klimes, I., Peto, T.; Warrell, D. y Seagroatt, V. (1996). Cognitive behaviour therapy for the chronic fatigue syndrome: a cognitive randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 22-26.
- Shapiro, D. Hui, K.K., Oakley, M.E., Pasic, J. y Jamner, L.D. (1995). Effectiveness of a combined behavioral-drug intervention for hypertension: drug, personality, and quality of life effects. En J.E. Dimsdale y A. Baum (Eds.), *Quality of life in behavioral Medicine Research: Perspectives in Behavioral Medicine*. Hillsdale. NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 171-190
- Scott, M.J. (2009). *Simply effective Cognitive Behaviour therapy: a practitioner's Guide*. NY. Routledge.
- Scott, J. y Freeman, A. (2010). Beck's Cognitive Therapy. En N.Kazantzis, M.A. Reinecke y A. Freeman (Eds.), *Cognitive and Behavioral Theories in Clinical Practice*. NY. The Guilford Press.
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., et al. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 313-320.
- Sullivan, H.S. (1953). *Interpersonal theory of psychiatry*. N.Y. Norton & Co.
- Vitousek, K.N. (1996). The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. En P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy*. NY. Guilford Press. 383-418.
- Weishaar, M.E. (1993). *Aaron T. Beck*. Sage Publications.
- Weishaar, M.E. y Beck, A.T. (1986). Cognitive Therapy. En W. Dryden y W. Golden (Eds.), *Cognitive-Behavioral Approaches to Psychotherapy*. Londres: Harper and Row. 61-91.
- Wenzel, A., Sharp, I.R., Brown, G.K., Greenberg, R.K. y Beck, A.T. (2006). Dysfunctional beliefs in panic attacks: the Panic Belief Inventory. *Behaviour Research and Therapy*. 44,819-833.
- Wilhelm, S., Otto, M.W., Lohr, B. y Deckersbach, T. (1999): Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 71-75.
- Wolpe, J. (1976a). Behavior Therapy and its malcontents: I. Negation of its base and psychodynamic fusionism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7. 1-5.
- Wolpe, J. (1976b). Behavior Therapy and its malcontents: II Multimodal eclecticism, cognitive exclusivism and "exposure" empiricism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7109-116.
- Wolpe, J. (1978). Cognition and causation in human behavior and its therapy. *American Psychologist*, 33, 347-446.
- Young, J.E. y Klosko, J.S. (1994). *Reinventing Your Life*. NY. Plume Book.

Yurita, C.L. y DiTomasso, R.A. (2004). Cognitive Distorsions. En A. Freeman, S.H. Felloise, A.M. Nezu, C.M. Nezu, M.A. Reinecke (Eds.), *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. 117-121. Springer

Zuroff, D.C., Blatt, S.J., Sotsky, S.M., Krupnich, J.L., et al. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 114-124.

Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas

M^a Ángeles Ruiz, Marta Isabel Díaz y Arabella Villalobos

1. Introducción

2. Entrenamiento en Autoinstrucciones

- 2.1. *Introducción*
- 2.2. *Fundamentos teóricos del Entrenamiento en Autoinstrucciones*
- 2.3. *Tipos de auto-instrucciones y función*
- 2.4. *Procedimiento de aplicación del Entrenamiento en Autoinstrucciones*
- 2.5. *Estudios de eficacia del Entrenamiento en Autoinstrucciones*
- 2.6. *Mapa Conceptual del Entrenamiento en Autoinstrucciones*

3. Entrenamiento en Inoculación de Estrés

- 3.1. *Introducción*
- 3.2. *Fundamentos teóricos del Entrenamiento en Inoculación de Estrés*
- 3.3. *La práctica del Entrenamiento en Inoculación de Estrés*
- 3.4. *Estudios de eficacia del Entrenamiento en Inoculación de Estrés*
- 3.5. *Mapa Conceptual del Entrenamiento en Inoculación de Estrés*

4. Terapia de Solución de Problemas

- 4.1. *Introducción*
- 4.2. *Fundamentos teóricos de la Terapia de Solución de Problemas*
- 4.3. *La práctica de la Terapia de Solución de Problemas*
- 4.4. *Estudios de eficacia de la Terapia de Solución de Problemas*
- 4.5. *Mapa conceptual de la Terapia de Solución de Problemas*

5. Conclusiones y consideraciones finales

6. Resumen

7. Bibliografía recomendada

8. Referencias bibliográficas



Donald Meichenbaum, psicólogo canadiense, profesor emérito de la *University of Waterloo*, Canadá. Es uno de los fundadores de la terapia cognitivo-conductual. En una encuesta de la revista *American Psychologist*, fue designado uno de los diez psicoterapeutas más influyentes del siglo XX. Creador del Entrenamiento Autoinstruccional y del Entrenamiento en Inoculación de Estrés. Actualmente es director de investigación del *Melissa Institute for Violence Prevention and Treatment of Victims* en Miami.



Thomas D'Zurilla, es profesor emérito de la *Stony Brook University*. Creador junto a Goldfried de la Terapia de Solución de Problemas en 1971, ha publicado numerosos artículos pioneros sobre solución de problemas sociales (evaluación e intervención), así como sobre el abordaje del estrés y las estrategias de *coping*. Es miembro destacado de la *American Psychological Association*, la *Association of Behavioral & Cognitive Therapies* y la *Society for a Science of Clinical Psychology*. Sus escritos, así como los instrumentos de evaluación que ha diseñado, son ampliamente utilizados, habiendo sido traducidos a numerosos idiomas.

Palabras clave

- Estrategias de afrontamiento
- *Coping*
- Autoinstrucciones
- Modelado
- Inoculación de estrés
- Estrés
- Modelo Transaccional de Estrés
- Modelo de Determinismo Recíproco
- Solución de problemas
- Metaproceso

Objetivos

Este capítulo ha sido escrito con el objetivo de que el lector o lectora...

- Conozca las principales técnicas cognitivo conductuales para incrementar las estrategias de afrontamiento frente a situaciones vitales negativas
- Conozca las principales técnicas que se utilizan en el proceso de solución de problemas
- Conozca, de cada una de ellas, los conceptos básicos, las bases teóricas y modelos en los que se fundamentan
- Conozca los procedimientos de aplicación: sus fases, estructura y componentes

1. Introducción

La Terapia Racional Emotiva Conductual y la Terapia Cognitiva suelen considerarse Terapias de Reestructuración Cognitiva, puesto que el objetivo fundamental es eliminar los pensamientos negativos, sesgos cognitivos y creencias inadecuadas que están generando y manteniendo comportamientos desadaptados o malestar emocional. Hay, sin embargo, otro tipo de problemas: conductas, estrés o malestar emocional que se mantienen por un déficit de estrategias, fundamentalmente de carácter cognitivo, y que podríamos considerar que están relacionadas, como señalan Spiegler y Guevremont (2010), no tanto con lo que las personas *están pensando*, sino más bien con lo que *no están pensando*. Es decir, las carencias en algunos procesos y metaprosesos cognitivos básicos conducen al desarrollo, mantenimiento y agravamiento de numerosos problemas psicológicos y de relación social. Este déficit de habilidades cognitivas impide o limita la puesta en marcha de repertorios comportamentales, procesos de auto-regulación emocional, así como de reflexión, análisis y toma de decisiones, que si estuviesen presentes, permitirían afrontar con éxito una situación o reducir el malestar ocasionado por la presencia de acontecimientos vitales negativos. Revisaremos a continuación tres de las intervenciones en Terapia Cognitivo-Conductual cuyo objetivo fundamental es el incremento de las habilidades de afrontamiento o *coping*: 1) el entrenamiento Autoinstrucciones, 2) el Entrenamiento en Inoculación de Estrés y 3) el entrenamiento o Terapia de Solución de Problemas.

Clásicamente estas tres terapias quedaban recogidas en la influyente clasificación de Mahoney y Arknoff (1978) como *terapias de habilidades de afrontamiento* y *terapias de solución de problemas*. Esta clasificación pretendía ofrecer una estructura que permitiese entender y atender a las bases teórico-procedimentales de las diferentes terapias de carácter cognitivo que se habían ido desarrollando hasta ese momento. Aunque la clasificación propuesta por Mahoney y Arknoff contemplaba más desarrollos terapéuticos pertenecientes a los grupos de habilidades de afrontamiento y solución de problemas, éstos se fueron extinguiendo, permaneciendo hasta el momento actual los tres desarrollos terapéuticos que se exponen en el presente capítulo. La permanencia de estas propuestas terapéuticas después de décadas desde su aparición, habla por sí sola de la potencia de sus efectos terapéuticos y de la flexibilidad de su estructura, flexibilidad que les ha permitido adaptarse exitosamente a nuevas poblaciones y problemas que surgían con el paso del tiempo.

2. Entrenamiento en Autoinstrucciones

2.1. Introducción

El Entrenamiento en Autoinstrucciones (EA) fue diseñado por Meichenbaum (1969) con el objetivo de instaurar o modificar el diálogo interno cuando lo que el

individuo (niño o adulto) se dice a sí mismo supone una interferencia en la ejecución de una tarea específica, o bien presenta dificultades para abordar adecuadamente una situación. Inicialmente el EA se utilizó como procedimiento para incrementar las habilidades de autocontrol y atención en niños hiperactivos, cuya impulsividad les llevaba a presentar déficit de ejecución (Meichenbaum y Goodman, 1971). El objetivo del entrenamiento fue enseñarles a pensar y planificar antes de actuar.

Desde la psicología básica, las autoinstrucciones son consideradas estrategias metacognitivas cuyo objetivo es favorecer la autorregulación de la conducta, así como la creencia y confianza en la propia capacidad. Básicamente su objetivo es enseñar a pensar. Estas estrategias se encuadran en lo que son habilidades metacognitivas generales, es decir, estrategias que no están dirigidas a resolver problemas en sí, sino que facilitan el acceso a las habilidades específicas necesarias para resolver el problema, entre ellas:

- Aprendizaje y memoria: aprender a aprender y recordar lo aprendido
- Pensamiento: aprender a pensar
- Atención: aprender a prestar atención
- Flexibilidad cognitiva: aprender a cambiar la estrategia cuando el contexto lo requiera

Teniendo en cuenta el carácter básico de este tipo de herramientas cognitivas resulta fácil captar que su adecuada instauración y manejo será un elemento esencial del éxito de casi cualquier proceso o actividad humana.

2.2. Fundamentos teóricos del Entrenamiento en Autoinstrucciones

El EA tiene su origen en tres fuentes principales: a) el desarrollo de trabajos sobre deficiencias infantiles en mediación, producción y comprensión; 2) las aportaciones teóricas de Luria (1961) y Vigotsky (1972) sobre interiorización del lenguaje y su papel en el control de la conducta; y 3) la teoría del aprendizaje social.

Las investigaciones realizadas con tareas de resolución de problemas en niños hiperactivos indicaban que estos niños presentaban menor habilidad mediacional y procedían por ensayo y error en mayor medida que los niños reflexivos. Tomando como referencia la teoría mediacional, Meichenbaum y Goodman (1971) asumieron el proceso cognitivo como un proceso en tres etapas, en cada una de las cuales podían darse déficits: a) déficit de comprensión, b) déficit de producción y c) déficit mediacional. De esta forma, el EA pretendía cubrir los siguientes obje-

vos: a) comprender la tarea, b) producir estrategias mediadoras espontáneas, y c) utilizar las estrategias mediadoras para guiar, monitorizar y controlar la ejecución.

Según Luria (1961) existen tres fases a través de las cuales los niños aprenden el control de la emisión o inhibición de sus respuestas motoras voluntarias. En la primera fase, el lenguaje de los adultos sirve para controlar estas respuestas de los niños; en la segunda, es el lenguaje del niño el que se convierte en regulador de su conducta hasta que, en la tercera fase, la autorregulación de la conducta la realiza el niño mediante instrucciones subvocales encubiertas. Meichenbaum y Goodman (1971), basándose en las fases propuestas por Luria, elaboraron el proceso de entrenamiento que permitiría enseñar a los niños impulsivos a pensar y a planificar antes de actuar. Este Entrenamiento en Autoinstrucciones se realizaba en cinco pasos:

1. **Modelado cognitivo:** Un modelo adulto realizaba una tarea consistente en hacer un dibujo dándose instrucciones concretas a medida que iba llevando a cabo cada uno de los pasos: cómo realizar cada línea, cómo corregir un error, auto-refuerzo por la ejecución correcta, etc. (e.g. “¿qué es lo que tengo que hacer? Copiar el dibujo con todas sus líneas ir despacio y con cuidado, voy a dibujar esta línea hacia abajo, bien, ahora sigo por la que está a la izquierda, ahora voy a ir subiendo por la raya de la derecha, me he salido un poco de la línea, no pasa nada voy a borrar con cuidado y continuo, ahora vuelvo a dibujar la raya, bien, hasta ahora voy bien”).
2. **Modelado cognitivo participante:** En un paso posterior, el niño realizaba la tarea mientras que el modelo iba verbalizando las instrucciones en voz alta.
3. **Autoinstrucciones en voz alta:** A continuación era el niño quien iba diciendo en voz alta las autoinstrucciones a medida que realizaba la tarea.
4. **Desvanecimiento de las autoinstrucciones en voz alta:** Posteriormente, el niño sólo susurraba las autoinstrucciones mientras llevaba a cabo la tarea.
5. **Autoinstrucciones encubiertas:** Finalmente el niño realizaba la tarea mientras se daba a sí mismo, internamente, las autoinstrucciones oportunas.

Tomando como referencia estos primeros trabajos de Meichenbaum y Goodman (1971), el EA se ha llevado a cabo en un vasto rango de problemas tanto en niños como en adultos. En general el EA suele utilizarse como parte de un programa de intervención multicomponente, en combinación con técnicas de modelado, técnicas de autocontrol (auto-observación, autoevaluación y auto-refuerzo), procedimientos de aproximaciones sucesivas, técnicas operantes, entrenamiento en habilidades específicas y entrenamiento en resolución de problemas, entre otras.

2.3. Tipos de autoinstrucciones y función

Las autoinstrucciones pueden adoptar diferentes formas: a) nominal (e.g. *María, párate un momento y respira profundamente*), b) en primera persona (e.g. *me voy a parar un momento y voy a respirar profundamente*), c) en segunda persona (e.g. *será mejor que pares un momento y respires profundamente*, y c) imperativa (e.g. *para un momento y respira profundamente*).

Las funciones que desempeñan las autoinstrucciones en el control del comportamiento se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Preparar al individuo para utilizar aquellas otras autoinstrucciones específicas que, según el momento o situación, sean más adecuadas (e.g. *recuerda utilizar las autoinstrucciones entrenadas cuando estés entrando al coche para aprender a conducir*).
- Focalizar la atención (e.g. *concéntrate en lo que vas a hacer, no pienses en nada más*) en la tarea que es objetivo de la ejecución.
- Guiar la conducta (e.g. *antes de comenzar a conducir tengo que comprobar que el coche está en punto muerto, después pisar el embrague, poner primera, mirar por los espejos retrovisores y poner el intermitente para incorporarme a la calzada*).
- Proporcionar refuerzo y retroalimentación sobre la ejecución (e.g. *por ahora todo va bien, sigue así, lo vas a conseguir*).
- Evaluar los resultados la ejecución (e.g. *de momento voy bien, sólo me he olvidado de poner el intermitente una vez*).
- Reducir la ansiedad (e.g. *mantén la calma, tranquilo, respira. Lo estoy haciendo bien*).

2.4. Procedimiento de aplicación del Entrenamiento en Autoinstrucciones

Antes de comenzar el Entrenamiento en Autoinstrucciones es necesario evaluar el tipo de diálogo que el individuo mantiene consigo mismo durante el abordaje de las tareas y responsabilidades cotidianas, mediante técnicas de auto-registro, se le indica que observe y registre el diálogo interno que mantiene mientras realiza una determinada tarea o se enfrenta a una situación específica. El objetivo es conocer qué tipo de autoinstrucciones conforman el repertorio natural del individuo, y de ellas, cuáles son adecuadas y deben mantenerse, y cuáles resultan desajustadas, interferentes o irrelevantes y deben eliminarse o ser utilizadas únicamente en las fases o situaciones pertinentes. Es necesario, por tanto, enseñar al individuo a analizar las secuencias de acción que llevan a obtener una meta determinada, y qué tipo de auto-verbalizaciones y auto-instrucciones pueden ser las más adecuadas en cada una de esas secuencias.

Un aspecto fundamental a la hora de llevar a cabo un EA es favorecer que sea el mismo individuo el que genere el mayor número de auto-verbalizaciones y autoinstrucciones que le permitan guiar con éxito su propia conducta, teniendo presentes aquellas consignas que en otras ocasiones, o circunstancias parecidas, se ha dicho a sí mismo y le han sido de utilidad. Posteriormente, con la ayuda del terapeuta se seleccionarán las que se consideren más adecuadas, en función del problema, el momento y las circunstancias en las que se van a utilizar. En la formulación de las autoinstrucciones o auto-verbalizaciones específicas, ha de tenerse especialmente en cuenta el vocabulario o el tipo de expresiones que la persona utiliza habitualmente para que se sienta cómoda con ellas y las pueda integrar y hacer suyas con mayor facilidad.

En general, pero fundamentalmente en el caso de los niños, el EA suele comenzar por el aprendizaje de instrucciones concretas relacionadas con una tarea específica que se va a realizar para, posteriormente, pasar a un Entrenamiento en Autoinstrucciones más generales o abstractas que, en realidad, son reglas que pueden aplicarse a diferentes tareas, situaciones o acciones, y que se corresponden con los pasos del entrenamiento en solución de problemas. No debe olvidarse que precisamente, una de las indicaciones fundamentales cuando se está llevando a cabo el EA es resaltar la necesidad de practicar las autoinstrucciones y auto-verbalizaciones que se están trabajando en el mayor número posible de situaciones para que el individuo pueda hacerlas suyas, automatizarlas y utilizarlas en tareas diferentes a las que se realizó el entrenamiento.

Un programa de autoinstrucciones típico incluye afirmaciones relacionadas con los siguientes aspectos:

- *Identificación de la situación problemática:* Interrogarse sobre la situación hace explícito el problema y sus componentes y permite la comprensión del contexto que debe abordarse
- *Centrar la atención sobre el problema:* Mediante preguntas y respuestas sobre la tarea se recibe retroalimentación informativa y se produce la focalización de la atención en ella.
- *Reglas específicas sobre las contingencias y la forma de encauzar la situación hacia la solución:* Son autoinstrucciones sobre el proceso de actuación, cómo actuar en las diferentes fases y frente a cambios en la situación.
- *Qué hacer con los errores cometidos:* Las autoinstrucciones sobre cómo actuar frente a un resultado inadecuado o no esperado facilitan la flexibilidad cognitiva.
- *Auto-refuerzo:* Las autoinstrucciones de auto-refuerzo son una autoevaluación de los resultados obtenidos que tienen también efecto motivador.

Un ejemplo de autoinstrucciones para el abordaje de una tarea de examen podría incluir los siguientes pasos y verbalizaciones:

- Definición del problema: (e.g.: *¿qué tengo que hacer? Tengo que comenzar a realizar el examen de Terapia de Conducta*).
- Aproximación al problema: (e.g. *¿cómo es el examen? Es tipo test*).
- Focalización de la atención: (e.g. *¿en qué tengo que fijarme? En cada una de las respuestas que voy leyendo no en todas a la vez*).
- Auto-refuerzo: (e.g. *muy bien, estoy contestando una a una y saltándome las que no me sé*).
- Verbalizaciones para hacer frente a los errores: (e.g. *me he equivocado en esta pregunta, creo que la respuesta es otra distinta a la que he marcado. No importa, voy a tratar de corregirlo e intentar ir más despacio y fijarme bien para no equivocarme de nuevo*).
- Auto-evaluación: (e.g. *¿he contestado todas las preguntas que me sé? Voy a comprobarlas todas. Parece que está bien*).
- Auto-refuerzo: (e.g. *muy bien. He conseguido no ponerme muy nervioso y contestar lo que me sé*).

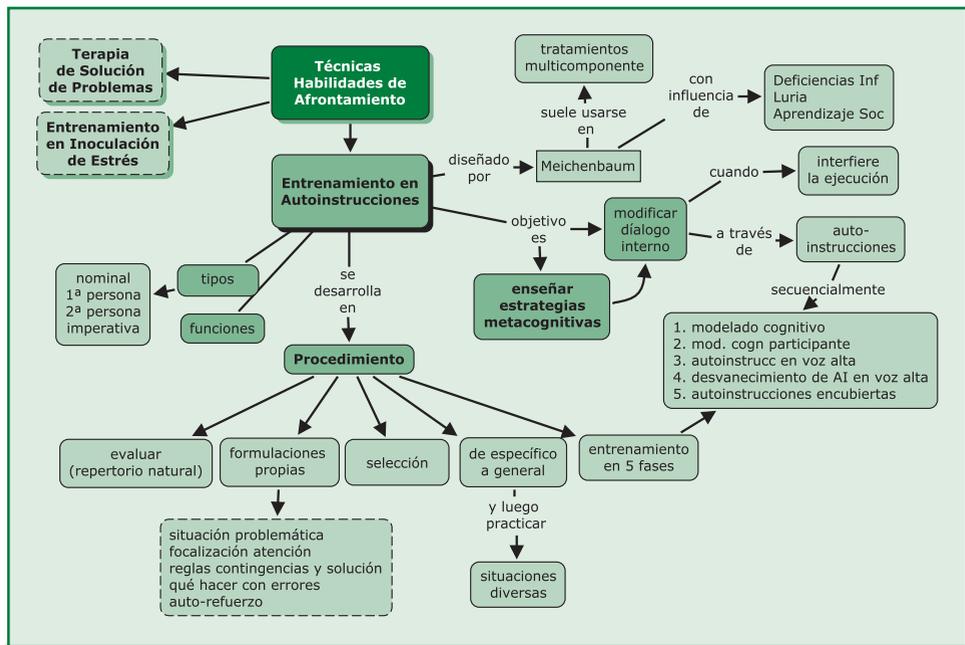
Cuando el Entrenamiento en Autoinstrucciones se realiza en niños pequeños, las siguientes indicaciones pueden ayudar a facilitar la marcha y éxito del entrenamiento (Meichenbaum, 1977):

- Comenzar el entrenamiento con actividades de juego como tarea inicial.
- Trabajar con dos niños para que entre ellos puedan servirse de modelo si las circunstancias lo permitan.
- Procurar no forzar el ritmo del niño en la elaboración y entrenamiento de autoinstrucciones apropiadas.
- Asegurarse de que el niño preste atención a los contenidos y entienda la utilidad de las autoinstrucciones que va aprendiendo y que no las esté únicamente memorizando.
- Desarrollar y mantener una buena sintonía entre el terapeuta y el niño, para que exista una comunicación fluida sobre lo que realmente está pensando y sintiendo.
- Cuando se trabaje con tareas que generan ansiedad, realizar un entrenamiento gradual, comenzando por aquellas que provocan respuestas de baja intensidad
- Trabajar con técnicas de imaginación que puedan ayudar al niño a practicar e interiorizar las autoinstrucciones que se están entrenando
- Combinar el Entrenamiento en Autoinstrucciones con técnicas de reforzamiento.

2.5. Estudios de eficacia del Entrenamiento en Autoinstrucciones

Como señalamos anteriormente, aunque el entrenamiento EA fue desarrollado y utilizado inicialmente con población infantil, se produjo una rápida generalización a grupos de adolescentes y adultos con una amplia gama de problemas. No se encuentran en la literatura revisiones de investigaciones que estudien la eficacia comparativa del Entrenamiento en Autoinstrucciones con respecto a otras técnicas de intervención. Sin embargo, son muchos los estudios bien controlados que aportan evidencia empírica sobre la eficacia del EA como técnica independiente o combinada con otros procedimientos de intervención. A título de ejemplo cabe señalar los estudios que han mostrado la efectividad del uso del EA como guía para abordar tareas relacionadas con el trabajo en adultos con retraso mental (Rusch, Hughes y Wilson, 1995), conductas esquizofrénicas (Bentall, Higson y Lowe, 1987; Meichenbaum y Cameron, 1973), respuestas de ansiedad (Cradock, Cotler y Jason, 1978), ira (Foreman, 1980), comportamientos desadaptados en trastornos de personalidad (Overhoser y Fine, 1994), obesidad (Dunkel y Glaros, 1978), bulimia (Kettlewell, Mizes y Wasylshyn, 1992), imagen corporal desajustada (Cash y Lavalley, 1997), problemas de dolor (Gil, Carson, Sedway, Porter, Schaeffer y Orringer, 2000), déficit de asertividad (Jacobs y Cochran, 1982; Kazdin y Mascitelli, 1982), entrenamiento en solución de problemas (Labouvie-Vief y Gonda, 1976), o ejecución cognitiva y motora debido a lesiones cerebrales (O'Callaghan y Couvadelli, 1998; Suzman, Morris, Morris y Milan, 1997).

2.6. Mapa conceptual del Entrenamiento en Autoinstrucciones



3. Entrenamiento en Inoculación de Estrés

3.1. Introducción

La Inoculación de Estrés fue el nombre que se dio a un paquete de técnicas cognitivo-conductuales diseñado inicialmente para el tratamiento de problemas de ansiedad (Meichenbaum y Cameron, 1973). En la actualidad, dada la diversidad de trastornos a los que se aplica, el Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIE) puede considerarse una forma heurísticamente útil de conceptualizar el estrés y los factores que pueden promover el cambio, para proporcionar así ayuda para diseñar tratamientos de cambio específicos y preventivos (Meichenbaum, 1992). El EIE se ajusta a unos principios generales y procedimientos clínicos que conforman la guía de proceder, y que señalan las fases concretas que conforman su diseño. Además de las pautas concretas a seguir en las diferentes fases, y contemplar diferentes técnicas de aplicación, el EIE debe adecuarse a cada individuo, en función de las características específicas de la situación y del problema de estrés que se pretende prevenir o eliminar.

Como señala Meichenbaum (2009), el Entrenamiento en Inoculación de Estrés es de utilidad para afrontar las cuatro categorías de estrés señaladas por Eliot y Eisdorfer (1982):

- **Estresores agudos de tiempo limitado.** Hace referencia a aquellos acontecimientos estresantes que se dan en un momento determinado y son de corta duración. Entrarían en esta categorías estresores relacionados con exámenes médicos puntuales (e.g. mamografías, biopsias, cateterismos, etc.) o situaciones de evaluación específica (e.g. realización de un ejercicio de oposición, examinarse del carnet de conducir, etc.).
- **Secuencias de estrés.** Acontecimientos vitales estresantes concretos importantes como pérdidas afectivas, desempleo, violación, pueden desencadenar una secuencia de problemas de ajuste que van acompañados de nuevas reacciones de estrés (e.g. pérdida de empleo puede llevar a problemas económicos, que a su vez pueden desembocar en problemas matrimoniales, todos ellos generadores de estrés).
- **Intermitencia crónica.** En general viene provocada por la exposición repetida a situaciones estresantes (e.g. exámenes, combates militares, chequeo médico, etc.).
- **Estrés crónico continuado.** Incluye el afrontamiento de enfermedades médicas o psiquiátricas de larga duración o problemas afectivos, familiares y/o de abuso físico o sexual prolongado, situaciones laborales que implican riesgos elevados permanentes como es el caso de policías, guardia civil, etc.

3.2. Fundamentos teóricos del Entrenamiento en Inoculación de Estrés

En el EIE el concepto de *inoculación* es central y se utiliza con el mismo significado que en el modelo médico. Se pretende inmunizar psicológicamente al individuo contra situaciones o acontecimientos estresantes de baja intensidad, afianzando, reforzando e incrementando su repertorio de estrategias de *coping*, con el fin de que posteriormente pueda servir para afrontar diferentes situaciones de mayor intensidad. Se trata, por tanto, de incrementar las estrategias de afrontamiento al exponerse a un estímulo suficientemente potente como para activar el repertorio de *coping*, pero no de tanta intensidad como para que la persona se vea superada por el estresor. Como señala Meichenbaum (1992), en la EIE se presta especial atención a los procesos de *preparación* y *asimilación* de los acontecimientos estresantes puesto que la sorpresa y la falta de preparación dificultan los esfuerzos de afrontamiento y facilitan el desajuste emocional.

Las influencias teóricas fundamentales que sustentan el EIE son el *modelo transaccional del estrés* (Lazarus y Folkman, 1984), el modelo de *determinismo recíproco* de Bandura (1977) y los distintos modelos teóricos que ponen de relieve el impacto del estrés sobre los procesos cognitivo-afectivos. En el modelo del EIE se asume, al igual que en el modelo transaccional del estrés, que el estrés ocurre cuando el individuo percibe que las demandas de la situación superan sus recursos de afrontamiento. Como en el modelo de determinismo recíproco se considera que en el desarrollo del estrés existe una clara interacción e influencia recíproca entre las variables personales y situacionales. El EIE considera que los factores cognitivos, afectivos, fisiológicos, conductuales y ambientales están interrelacionados y que cualquiera de ellos, o su interrelación, pueden ser el origen del desarrollo y mantenimiento de trastornos emocionales.

Los estudios que han resaltado la interacción entre estresores psicosociales y procesos cognitivo-afectivos del individuo cobran una especial relevancia en el EIE, sobre todo aquellos estudios relacionados con la influencia de los acontecimientos traumáticos. Varios autores (Epstein, 1990; Janoff-Bulman, 1990) han puesto de relieve igualmente cómo los acontecimientos estresantes, claramente amenazantes o aversivos, pueden llegar a invalidar o a cuestionar, a nivel profundo experiencial, las creencias básicas fundamentales de las personas relacionadas con la visión de uno mismo y el mundo (e.g. considerar que el mundo no es tan benevolente y justo como pensaba, que los acontecimientos no necesariamente son predecibles y controlables, que la vida puede no tener sentido y que uno mismo puede sentirse indigno, anulado o impotente) (Meichenbaum, 1992).

Partiendo de estos supuestos, se considera que el terapeuta, utilizando un estilo socrático y didáctico, ayuda de forma interactiva a resolver problemas de individuos concretos de manera creativa, utilizando para ello aquellas técnicas y procedimientos

tos terapéuticos a su alcance, en función del tipo de problema, de las características idiosincrásicas de la persona y de la situación.

3.3. La práctica del Entrenamiento en Inoculación de Estrés

Los objetivos de tratamiento del EIE se centran en tres áreas fundamentales:

- La promoción de una actividad autorreguladora adecuada que implica reducir o suprimir la intensidad de auto-verbalizaciones, imágenes y emociones perturbadoras e incrementar o instaurar aquellas que proporcionen un funcionamiento más adaptativo según la situación.
- La modificación de conductas desadaptativas y el incremento o instauración de conductas adaptativas.
- La revisión y modificación de estructuras cognitivas (creencias, supuestos básicos, etc.) que estén promoviendo valoraciones negativas de uno mismo y del mundo.

En el EIE se pueden distinguir tres fases que en ocasiones se solapan entre sí: 1) fase de conceptualización, 2) fase de adquisición y entrenamiento en habilidades y 3) fase de aplicación de las habilidades adquiridas. Describiremos a continuación los aspectos fundamentales que se abordan en cada una de ellas

3.3.1. Fase de conceptualización

Los objetivos generales de esta fase de conceptualización son identificar y definir el problema que presenta la persona, ayudarle a entender su naturaleza y sus efectos en sus emociones y conductas, y definir los objetivos terapéuticos. La importancia concedida a la comprensión del problema y cómo poder abordarlo hace que esta fase reciba también el nombre de *fase educativa*.

Meichenbaum (1992, 2009) recoge algunas de los principales acciones que han de llevarse a cabo en esta primera fase y que están relacionadas con el proceso de evaluación y diagnóstico del problema, y con el de conceptualización.

3.3.1.1. Evaluación y diagnóstico de los problemas

El primer paso consiste en identificar el problema o problemas que presenta la persona. Para ello es necesario ayudar a definir los problemas de forma concreta y específica, en términos conductuales, procurando evitar las descripciones generales. En este mismo sentido, se enseña al cliente a analizar y describir cada uno de los problemas de forma independiente, tratando de no hacer una valoración global de todos ellos.

Una vez realizada la primera aproximación al problema tal y como lo describe la persona, es necesario llevar a cabo una evaluación más exhaustiva que permita averiguar el mayor número posible de variables internas o externas implicadas en el desarrollo y mantenimiento del problema, así como las interrelaciones existentes entre las distintas variables. Para ello en el EIE se recomienda utilizar los distintos procedimientos de evaluación al uso: entrevista con el cliente y personas allegadas; reconstrucción en la imaginación y mediante el recuerdo de la experiencia estresante incluyendo el mayor número posible de detalles; cuestionarios específicos y biográficos, evaluaciones conductuales in vivo, autorregistros, role-playing, etc.

Durante el proceso de evaluación es necesario determinar hasta qué punto las dificultades de afrontamiento a las situaciones estresantes o el malestar emocional que experimenta la persona se debe a un déficit de habilidades específicas o a fallos en el desempeño debido a conductas, emociones o cogniciones desadaptativas o inadecuadas.

El entrenamiento en habilidades de auto-observación, es primordial en esta primera fase porque facilita el desarrollo de las habilidades de auto-observación, autoevaluación y de resolución de problemas que se requieren para la recopilación, integración e interpretación de emociones, cogniciones y conductas.

3.3.1.2. *Conceptualización del problema*

Una vez llevado a cabo el proceso de evaluación inicial, se proporciona una reconceptualización del problema en los términos que permitan abordarlo de forma más efectiva. Esta reconceptualización implica transmitir al cliente que el estrés tiene diferentes componentes y diferentes fases. Se considera más importante que la conceptualización del problema que se realice sea plausible y creíble para el cliente a que esté científicamente validada (Meichenbaum, 2009).

En esta fase de reconceptualización es importante también enseñar al cliente a reconocer las situaciones o estresores que no pueden cambiarse, de los que sí pueden hacerlo con el fin de poder ajustar sus recursos y esfuerzos. Por ejemplo, ante una situación de abuso profesional o sexual, las estrategias de afrontamiento emocional y conductual que se requieren son diferentes si el abuso está ocurriendo en la actualidad o si ocurrió en el pasado.

Finalmente, una parte esencial del proceso de reconceptualización es desmontar las creencias erróneas o los mitos que consideran que: a) existe una homogeneidad en las respuestas emocionales o reacciones al estrés que ha de experimentarse ante determinadas situaciones o acontecimientos vitales (e.g. llorar ante la pérdida de una persona significativa), b) los síntomas de estrés o malestar emocional ante situaciones difíciles son un signo de anormalidad, psicopatología o signos de debi-

lidad y c) las personas no deberían experimentar reacciones de estrés mucho después de que hayan ocurrido los acontecimientos vitales estresantes.

3.3.2. Fase de adquisición y entrenamiento de habilidades

Durante esta segunda fase el cliente, con la ayuda del terapeuta, revisa, aprende y entrena durante las sesiones estrategias de afrontamiento que le permitan abordar las situaciones específicas generadoras de estrés que se detectaron en la fase de conceptualización.

3.3.2.1. Acciones a llevar a cabo durante la fase de adquisición y entrenamiento en habilidades

El procedimiento de intervención en la fase adquisición y entrenamiento de habilidades implica:

- Determinar qué estilo de *coping* es más adecuado para el cliente y para la situación que es necesario afrontar.
- Examinar qué nivel de esfuerzo conlleva afrontar el problema y qué factores internos o externos pueden estar interfiriendo.
- Entrenar estrategias de *coping* centradas en el problema y orientadas a la modificación, evitación y minimización del impacto de los estresores.
- Cuando la situación estresante es incontrolable o inmutable, entrenar estrategias de afrontamiento paliativas.
- Entrenar al cliente a buscar, utilizar y mantener el apoyo social de forma efectiva, identificando el tipo de apoyo que necesita (e.g. emocional, informativo, material).
- Ayudar al cliente en el desarrollo y ejecución de distintas respuestas de *coping* para facilitar la flexibilidad a la hora de la elección, favoreciendo que el nivel de destreza vaya adquiriéndose gradualmente.
- Promover la integración y ejecución de estrategias de afrontamiento mediante ensayo de conducta y técnicas de imaginación de forma progresiva
- Utilizar modelos de afrontamiento reales o mediante video, comentando, discutiendo y proporcionando feedback de las estrategias que se van entrenando.
- Utilizar entrenamiento autoinstruccional para ayudar al cliente a desarrollar mediadores internos tales como respuestas de autorregulación de las estrategias de *coping*.
- Discutir las posibles dificultades y los obstáculos que se van apareciendo al utilizar las estrategias de *coping*.

3.3.2.2. Entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento

Se presta especial atención durante el entrenamiento a los componentes emocionales, conductuales y cognitivos que en la evaluación inicial presentaban mayores déficits o contribuían en mayor medida al funcionamiento inadecuado.

Las habilidades y estrategias específicas que se entrenan dependerán de las características de la persona, de la naturaleza del problema y de otros factores ambientales, no obstante, hay una serie de estrategias de afrontamiento que se utilizan habitualmente en el EIE porque son efectivas para abordar la mayoría de los problemas. El entrenamiento en estrategias de afrontamiento se lleva utilizando técnicas cognitivas, de control emocional y conductuales.

a. Estrategias cognitivas

- *Estrategias de solución de problemas.*

Las estrategias de solución de problemas tienen una especial relevancia en todo el proceso de EIE. Meichenbaum y Deffenbacher (1988) resaltan cuatro tipos de autoinstrucciones de solución de problemas que se entrenan especialmente: 1) Ver la situación estresante como un problema concreto a resolver, 2) Analizar los requisitos que son necesarios para abordar el problema, 3) Dividir la situación estresante en unidades más pequeñas y manejables y 4) Solucionar el problema estableciendo un plan de acción en función de la meta establecida.

- *Entrenamiento en autorrefuerzo*

El entrenamiento en solución de problemas suele ir acompañado de un entrenamiento específico en autorrefuerzo por los intentos de afrontamiento realizados y por los resultados parciales o totales conseguidos. El entrenamiento en autoinstrucciones positivas relacionadas con autoeficacia y competencia en el afrontamiento y la ejecución, es el procedimiento más utilizado en EIE para fomentar el autorrefuerzo.

- *Reestructuración Cognitiva.*

Se trabaja la identificación y utilización de todas aquellas estrategias cognitivas que se consideran adecuadas para un afrontamiento efectivo y la modificación de los pensamientos disfuncionales o inapropiados. Se utiliza especialmente el análisis de la evidencia confirmatoria o disconfirmatoria de pensamientos o creencias mediante diálogo socrático entre terapeuta y cliente y la realización de experimentos conductuales. Al mismo tiempo, se van confeccionando listas de pensamientos alternativos que podrían ser más adaptativos o relevantes para cada una de las secuencias importantes

en que puede descomponerse cada situación conflictiva. Se presta especial atención al entrenamiento en autoinstrucciones que puede servir de guía para poner en marcha las estrategias más adecuadas en cuatro momentos específicos de afrontamiento de la situación. 1) preparación para enfrentarse al estresor, 2) confrontación con el estresor, 3) afrontamiento de las sensaciones de estrés o malestar si se producen y 4) valoración de los esfuerzos de afrontamiento.

1. *Preparación para enfrentarse al estresor.* Estas autoinstrucciones van encaminadas a ayudar al cliente a centrarse en los requisitos específicos de la tarea o estresor, combatir el pensamiento negativo asociados y recalcar la planificación y preparación que requerirá el afrontamiento (e.g. *¿qué tengo que hacer?: Sólo he de pensar en lo que sé que tengo que hacer y no en si me estoy poniendo nervioso. Concéntrate en lo que tienes que hacer y no en otros aspectos que no son relevantes o te interfieren*).
2. *Confrontación con el estresor.* El objetivo de estas autoinstrucciones es controlar la reacción de estrés, reafirmar que uno puede abordar la situación, interpretar los signos de estrés que van apareciendo de manera constructiva, reforzar el uso de respuestas de afrontamiento entrenadas como la relajación o habilidades específicas, permanecer entrado en la tarea o en la situación (e.g. *No tengo que pensar en mi estrés sino en como tengo que abordar esta situación o problema, Vete paso a paso y divide el estrés o la tarea en unidades manejables no lo abordes globalmente, la tensión o el malestar que siento me sirven de recordatorio de que tengo estrategias de afrontamiento que puedo utilizar para reducirlo. Relájate, respira, y sigue adelante, etc.*).
3. *Afrontamiento de las sensaciones de estrés o malestar si se producen.* Este tipo de autoinstrucciones han de permitir poner en marcha estrategias que permitan afrontar el peor momento que puede ocurrir en una situación como sentirse abrumado, desbordado o sin control. Han de servir de guía para estimularse para permanecer a pesar de todo en la situación, centrarse en lo que está ocurriendo, aceptar los sentimientos y esperar a que disminuyan y a aprender a tener cierto control incluso si sucede lo peor (e.g. *Si comienzas a sentirte nervioso o alterado o estresado, haz una pausa y respira profundamente; Valora el estrés en una escala de 0 a 10 y fíjate como cambia, Trata de centrarte en lo que puedes hacer para mantenerte en la situación o para reducir el malestar, Relájate y ve despacio, No trates de eliminar el estrés totalmente, trata simplemente de reducirlo y mantenerlo en unos niveles aceptables, etc.*).

4. *Valoración de los esfuerzos de afrontamiento.* Las autoinstrucciones han de permitir evaluar lo que realmente le ayudó y lo que no, en qué nivel pudo poner en marcha las estrategias entrenadas, la utilidad de las estrategias utilizadas para afrontar el estresor, reconocer y valorar los avances aunque sean pequeños, reforzarse y felicitarse por el intento (e.g. *No ha sido tan malo como esperaba, he afrontado la situación bastante bien con la estrategia utilizada, creo que he progresado en el abordaje del problema, aunque sé que todavía puedo mejorar, lo he hecho bastante bien, etc.*).

b. Estrategias de control de la activación emocional

En general, se suele enseñar a los pacientes diferentes técnicas de relajación, ejercicios de respiración profunda y cualquier otro procedimiento que sirva al cliente para aliviar los síntomas fisiológicos y la tensión emocional.

Como ya hemos señalado (Ruiz, 1993) para que las técnicas de control de la activación puedan utilizarse como un procedimiento de autocontrol, se enseña además a detectar algunos de los indicios que preceden al incremento de la activación con el fin de controlar la activación, ansiedad o estrés, en el momento en que comienza a producirse. También es importante entrenar al cliente en el uso de técnicas de relajación y control de la activación en los momentos de máxima tensión y en aquellas situaciones que requieren cierto grado de control de la activación pero no es posible o conveniente su eliminación (e.g. actividades de riesgo o que requieren especial atención como colectivos dedicados a la lucha antiterrorista, controladores aéreos, o personas cuyo estresor es el dolor).

c. Estrategias conductuales

Las técnicas conductuales específicas que se entrenan dependen del tipo de problema y de las situaciones que lo provocan. En los casos en que se produzcan conductas de evitación, como en las fobias y miedos, se suelen entrenar técnicas de exposición en imaginación o en la realidad. En problemas de ansiedad a la evaluación (e.g. exámenes o exposición oral), en función de la evaluación realizada, se entrenan técnicas relacionadas con hábitos de estudio, modelado, exposición graduada y todas aquellas técnicas conductuales que favorezcan la eliminación o reducción del problema. Cuando los problemas están relacionados con el dolor, una vez realizada la evaluación pertinente sobre el tipo de dolor y las recomendaciones médicas para abordarlo, se iniciará el entrenamiento en conductas que ayuden a aliviarlo, por ejemplo, eliminar o implantar hábitos, realizar determinados ejercicios, etc.

El entrenamiento en habilidades conductuales supone, por tanto, el análisis y ensayo de estrategias específicas que faciliten el afrontamiento según la problemática concreta presentada por la persona. Al igual que sucede en el entrenamiento en habilidades cognitivas y emocionales, en el entrenamiento en habilidades conductuales, es importante entrenar estrategias adecuadas para afrontar distintos momentos de la situación. Por ejemplo, en el caso del dolor: antes de que comience, cuando se tienen los primeros síntomas, en los momentos que existe dolor, cuando el dolor es de máxima intensidad y cuando el dolor ha finalizado.

d. Habilidades de afrontamiento paliativo

Meichenbaum y Cameron (1987) denominan habilidades de afrontamiento paliativo a todas aquellas estrategias que pueden ayudar a mitigar el malestar producido por una situación cuyo grado de aversividad o amenaza es sostenida y de difícil alteración o controlabilidad, por ejemplo, un dolor intenso y prolongado, enfermedades incurables u operaciones graves inminentes. En este grupo de situaciones se incluirían igualmente el temor o la alerta permanente a la que se ven sometidas las personas que son posibles objetivos de terroristas incontrolados (militares, policías, etc.).

Además de las estrategias cognitivas, conductuales y de control de la activación, señaladas anteriormente, Meichenbaum y Cameron señalan otras estrategias que podrían ser de especial utilidad como la toma de perspectiva, la desviación de la atención, el uso adecuado del apoyo social y la expresión adecuada de los afectos.

- *Toma de perspectiva.* Es una técnica especialmente útil, según estos autores, para aquellas personas que tienden a incrementar o a magnificar subjetivamente el ya elevado grado de aversión que presenta la situación a la que están sometidos. Una forma de ayudar a la persona a tomar una cierta perspectiva es entrenándole a analizar la dimensión temporal del grado máximo de aversión. Es decir, a comprobar que, por ejemplo, en el caso del dolor no *siempre* se mantiene en su máxima intensidad, sino que hay oscilaciones. Se le puede pedir para ello que evalúe en una escala que vaya de 0 a 100 la intensidad de dolor que experimenta a lo largo del día para que pueda comprobar que existen oscilaciones importantes. Este tipo de comprobaciones pueden ayudar a la persona a que en los momentos de máximo dolor pueda decirse a sí mismo “*se que este dolor tan intenso se va a reducir*” en lugar de decirse “*este dolor tan intenso nunca se me va a reducir*”. Igualmente sucede en aquellas situaciones que suscitan alta tensión emocional y que en el

momento que se están padeciendo la persona tiende a pensar, al igual que en caso del dolor, que la situación *jamás terminará*, es *insoportable*, incrementando al malestar real, el que se deriva de la sensación de indefensión al creer que esa situación o malestar *jamás terminará* y que no se tienen los recursos personales suficientes para tolerarlo.

- *Contacto con personas en situación similar*. Otro procedimiento para ayudar al cliente a tomar cierta distancia es ponerse en contacto con personas o grupos que estén pasando por la misma situación. Esto puede ayudarles a sentirse más comprendidos y a valorar si las estrategias de afrontamiento que están utilizando pueden ampliarse con las que a otras personas les están siendo de utilidad.
- *Desviación de la atención*. Puesto que la capacidad atencional es limitada, una forma de reducir el malestar, sobre todo cuando es inevitable, es desarrollando y practicando distintas estrategias de distracción externas (e.g. hablar con alguien, ver la televisión, centrarse en objetos que estén a la vista, etc.) e internas (pensar en algo agradable, imaginarse un viaje, etc.) que permitan restar recursos atencionales a los estímulos dolorosos o aversivos.
- *Apoyo social*. Disponer un apoyo social adecuado es imprescindible para poder afrontar las circunstancias adversas de la vida. Para conseguirlo puede ser necesario llevar a cabo un entrenamiento en habilidades sociales que facilite la comunicación, y ayude a la persona a aprender a hacer explícitas sus necesidades y a realizar estimaciones adecuadas sobre las ayudas que le pueden ofrecer las personas que le rodean. Si su ambiente no le puede cubrir sus necesidades, ha de aprender a buscar dónde y qué tipo de personas pueden proporcionarle lo que no consiga en su medio, evitando con ello el aislamiento y promoviéndose, mediante su acción y la ayuda necesaria, mejores estrategias de afrontamiento.
- *La expresión adecuada de los afectos* es otra de las estrategias que facilitan afrontar el estresor. Podría ser de especial utilidad realizar un entrenamiento en expresión emocional a aquellas personas que controlan en exceso sus sentimientos o aquellas que, por el contrario expresan tanto sus emociones que se convierte en su único tema de conversación y, por tanto, les resulta difícil distraer su atención de su malestar o tomar cierto distanciamiento emocional o poner en marcha estrategias de afrontamiento más adecuadas.

En la Tabla 1 se resumen las principales estrategias de afrontamiento y las técnicas entrenadas en esta fase de adquisición de habilidades descritas anteriormente

Tabla 1. Principales técnicas entrenadas durante la fase de adquisición de habilidades de afrontamiento

ESTRATEGIAS	TÉCNICAS
COGNITIVAS	técnicas de solución de problemas autorrefuerzo reestructuración cognitiva
CONTROL DE LA ACTIVACIÓN EMOCIONAL	relajación ejercicios de respiración profunda
CONDUCTUALES	exposición en imaginación modelado exposición graduada técnicas operantes entrenamiento en habilidades sociales
AFRONTAMIENTO PALIATIVO	toma de perspectiva contacto con personas en situación similar desviación de la atención apoyo social expresión emocional

3.3.3. Fase de aplicación y consolidación de las habilidades adquiridas

En esta fase tercera se pretende alcanzar varios objetivos: (a) poner en práctica ante las distintas situaciones reales las estrategias aprendidas, (b) comprobar la utilidad y eficacia de las habilidades de afrontamiento adquiridas y (c) corregir aquellos problemas que vayan surgiendo durante el proceso de exposición. Evidentemente, esta fase está totalmente interrelacionada con la fase anterior, puesto que, normalmente, a medida que se van adquiriendo habilidades, se van poniendo en práctica inicialmente en las sesiones y posteriormente en situaciones reales.

Como señala Meichenbaum (1992, 2009) las acciones que han de llevarse a cabo en esta tercera fase pueden agruparse en dos bloques: a) las relacionadas con la aplicación de las estrategias de *coping* y b) las que van encaminadas a preparar el mantenimiento de los resultados obtenidos y a fomentar la generalización a otras situaciones aversivas o estresantes.

- a. Promover la aplicación de las estrategias de *coping*. Para ello es necesario:
 - Preparar la exposición a los estímulos o situaciones aversivas o amenazantes utilizando las autoinstrucciones ya entrenadas para facilitar la puesta en marcha de las estrategias de *coping* que se requieren en los dis-

tintos momentos en los que se puede dividir el afrontamiento del estresor (antes, durante, en el momento de máxima intensidad y al finalizar la exposición).

- Llevar a cabo la exposición a los distintas situaciones de forma gradual, comenzando por las que producen menor nivel de malestar, hasta llegar a las de mayor nivel.
- Utilizar la exposición graduada para afrontar cada estresor, partiendo de técnicas de imaginación o role play en las sesiones hasta llegar a la exposición en situaciones reales.
- Utilizar las estrategias de afrontamiento entrenadas para prevenir las recaídas tanto las seleccionadas para utilizar en los momentos o situaciones identificados como de alto riesgo, y las que han sido entrenadas para utilizar ante las distintas reacciones cognitivas, emocionales y conductuales que puede tener ante el estrés.
- Fomentar y reforzar atribuciones de la autoeficacia revisando y valorando tanto los esfuerzos de afrontamiento, en función del nivel de amenaza o aversión del estresor, como del éxito total o parcial.

b. Mantenimiento y generalización. Para ello es necesario:

- Ir gradualmente trabajando la generalización, exponiéndose a diferentes situaciones estresantes (potenciales y reales) para el cliente, para poner en marcha los recursos de afrontamiento adquiridos y generar por sí mismo nuevas habilidades.
- Ir gradualmente distanciando las sesiones, terminando el tratamiento y programando sesiones de seguimiento.
- Implicar a otras personas relevantes o relacionadas con el tratamiento y que estén presentes durante el mantenimiento (e.g. familiares, profesionales, grupos de auto-ayuda de personas en la misma situación, etc.).
- Alentar al cliente a entrenar a otras personas con un problema similar para afianzar las habilidades de *coping* entrenadas.

3.4. Estudios de eficacia del Entrenamiento en Inoculación de Estrés

Aunque las primeras aplicaciones del Entrenamiento en Inoculación de Estrés se realizaron con problemas de ansiedad y de control de ira, el hecho de que este tipo de procedimiento terapéutico pueda considerarse fundamentalmente una metodología de intervención, ha facilitado que en la actualidad se encuentren en la literatura informes de aplicaciones del EIE en prácticamente cualquier problema relacionado con estrés o ansiedad.

Meichenbaum (1992) hace una revisión de los trabajos publicados desde 1972 a 1992 en los que se describen aplicaciones del EIE a problemas y trastornos muy diversos con resultados positivos en todos los casos. Las revisiones de años posteriores han presentado también datos positivos acerca de la eficacia del EIE. En los trabajos revisados se incluyen, tanto los tratamientos llevados a cabo con niños, como con adultos, bien de forma individual o en grupo. Entre los principales problemas o situaciones de estrés a los que se ha aplicado el EIE se encuentran los problemas de ira y falta de control, tanto en adultos (Cahill, Rauch, Hembree y Foa, 2004; Deffenbacher, McNamara, Stark y Sabadell, P., 1991; Novaco, 1975), como en adolescentes (Hains y Szyjakowski, 1990), como en niños (Stern y Fodor, 1989), y también en personas con lesiones cerebrales (e.g. Franzen y Lovell, 1987), personas con retraso mental (Golden y Consorte, 1982) o padres con problemas de control de la ira con sus hijos (Egan, 1983).

Otro de los ámbitos de aplicación más conocido ha sido el de los problemas relacionados con la ansiedad de evaluación, por ejemplo, a los exámenes u otras situaciones de evaluación (Defenbacher y Hahloser, 1981), por ejemplo, ansiedad a las matemáticas (Avia y Ruiz, 1987), a hablar en público (Jaremko, 1980), o vulnerabilidad a la crítica (Kirschebaum, Wittrock, Smith y Monson 1984). Además el EIE ha sido aplicado a trastornos de ansiedad como ataques de pánico, ansiedad generalizada, estrés postraumático (Rabin y Nardi, 1991), y fobias específicas (Meichenbaum y Cameron, Barrios y Shigetomi, 1980), y también en personas que no cumplen criterios diagnósticos que padecen estrés general ocasionado por distintas circunstancias (Suinn, 1990; Tableman, Marciniak, Johnson, y Rodgers, 1982), estrés relacionado con momentos de transición y cambios vitales (Caplan, Vinokur, Price y van Ryn, 1989; Hayslip, 1989) y en pacientes psiquiátricos (Van Broeck, 1985).

Por otro lado, aunque el EIE tiene cierta tradición en el tratamiento del trauma, siendo conocidas sus aplicaciones a víctimas de abusos sexuales, atracos, agresiones o ataques terroristas (Ayalon, 1983; Foa y Rothbaum, 1998), en los últimos años esta área se ha consolidado como uno de los principales contextos de aplicación de la Inoculación de Estrés (Meichenbaum, 2008; Spiegler, David y Guevremont, 2010), fundamentalmente en la intervención con mujeres víctimas de agresión sexual o física (Trzepacz y Luiselli, 2004).

Además de la extensa aplicación del EIE en el ámbito de la salud mental, su uso dentro del ámbito de la medicina conductual está también muy arraigado, destacando en esta área la intervención en enfermedades crónicas o de larga duración (García, Simón, Durán, Cancellor y Aneiros, 2006; Turk, Meichenbaum

y Genest, 1983), o la prevención y preparación para intervenciones o pruebas médicas diagnósticas (Kendall, 1983; Meng y Zastowny, 1982; Moses y Hollandsworth, 1985).

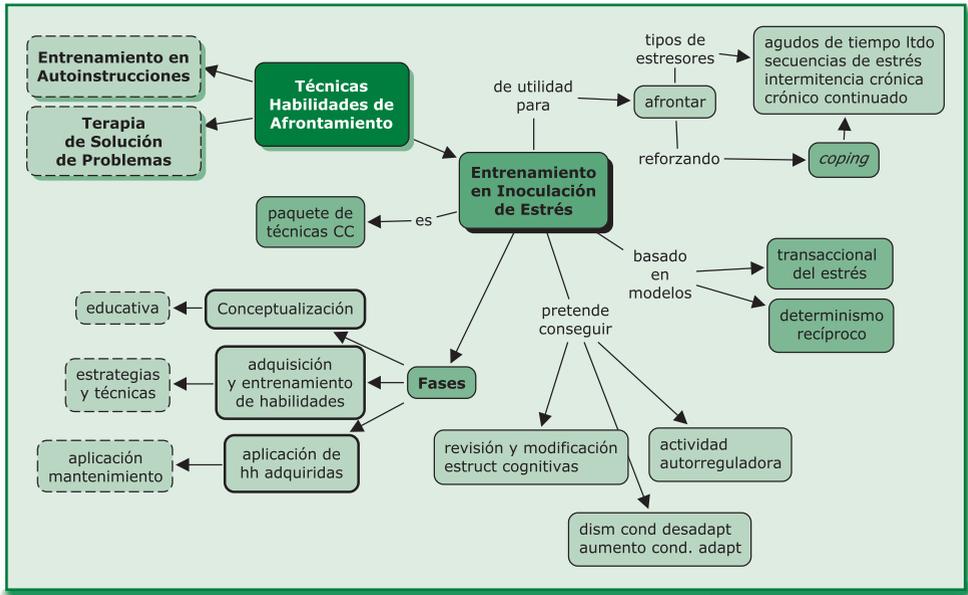
Por otro lado el EIE ha trascendido el ámbito de la salud en general, prueba de ello es su utilización en el contexto deportivo mediante el entrenamiento a deportistas de alto rendimiento (Allen, 1988; Smoll y Smith, 1989), o su aplicación en el ámbito de la empresa a través de los programas IE para el estrés relacionado con actividades profesionales (Meichenbaum y Novaco, 1985; Dunning, 1990).

A pesar de ser muy extenso el número de estudios publicados sobre las aplicaciones del EIE, son pocas las investigaciones controladas llevadas a cabo y que presentan evidencia empírica sobre su eficacia comparativa con otro tipo de tratamientos (Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991; Foa, Dancu, Hembree, Jaycox, Meadows, y Street, 1999), o sobre cuáles de sus componentes tendrían una mayor contribución a los resultados positivos de las intervenciones. Una de las razones que señalan distintos autores para explicar este déficit de investigación en el caso de un programa de intervención tan conocido y diseminado como es el caso del EIE, es el hecho de que se trata de un entrenamiento que utiliza técnicas de intervención que disponen, en la mayor parte de los casos, de evidencia empírica sobre su eficacia y/o efectividad.

No obstante, a pesar de no ser muchas las investigaciones, los resultados de los estudios controlados realizados parecen indicar que el EIE es un tratamiento eficaz para reducir problemas de ansiedad y depresión (Foa, Davidson y Frances, 1999; Hembree y Foa, 2003) y que sus efectos en este tipo de problemas se mantienen a largo plazo. En el caso del trastorno por estrés postraumático (TEPT), la *American Psychiatric Association* recomienda el EIE para el TEPT en sus guías de práctica. Aunque no hay revisiones sistemáticas sobre su aplicación en este trastorno, dos estudios controlados y aleatorizados han estudiado la efectividad del EIE para el TEPT. Uno de ellos comparó el EIE con el *counseling* (Foa et al., 1991), obteniéndose mejores resultados con el EIE; el otro estudio comparó el EIE con la terapia de exposición (Foa et al., 1999), en este caso ambos tratamientos fueron efectivos, pero la eficacia de la terapia de exposición se mantuvo mejor a largo plazo.

En cuanto a los mecanismos de efectividad del EIE, distintas investigaciones coinciden en señalar que el componente fundamental a la hora de explicar los resultados terapéuticos obtenidos es el aprendizaje de las habilidades de afrontamiento (Horan, Hackett, Buchanan, Stone y Stone, 1977; Vallis, 1984).

3.5. Mapa conceptual del Entrenamiento en Inoculación de Estrés



4. Terapia de Solución de Problemas

4.1. Introducción

La Terapia de Solución de Problemas (TSP) es una intervención cognitivo-conductual dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas, es decir, para afrontar las experiencias estresantes de la vida y conseguir de esta forma identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes. Los objetivos de la TSP son reducir la psicopatología, así como optimizar el funcionamiento psicológico y conductual, previendo las recaídas y el desarrollo de nuevos problemas clínicos, y maximizando a su vez la calidad de vida (D’Zurilla y Nezu, 2010).

El Proceso de Solución de Problemas (PSP) puede definirse como la secuencia cognitivo-conductual a través de la cual los individuos tratan de identificar soluciones eficaces para los problemas de la vida cotidiana, generando y utilizando para ello un conjunto de actitudes, destrezas y habilidades de diferente naturaleza (cognitivo, conductual y emocional), que deben ser puestas en marcha coordinadamente, de forma flexible, para adecuarse a la diversidad de escenarios estresantes de la vida. El PSP más que representar una estrategia concreta de afrontamiento, se refiere a un *metaproceso* de comprensión, valoración y adaptación a los acontecimientos estresantes en general.

La Terapia de Solución de Problemas asume en sus principios que la sintomatología psicopatológica de un individuo puede entenderse como la consecuencia negativa derivada de un afrontamiento ineficaz o no adaptativo. Y de hecho, desde el inicio de la TSP a principios de los años 70 este abordaje cognitivo-conductual se ha mostrado efectivo en el manejo de un amplio número de poblaciones clínicas y problemas psicológicos tan diferentes como los trastornos de ansiedad, la depresión, la irritabilidad, dificultades de sueño, sintomatología psicofisiológica (Wilkinson y Mynors-Wallis, 1994), etc. Así mismo, la investigación en el ámbito de la salud ha puesto de manifiesto progresivamente cómo la presencia de un afrontamiento activo puede hacer una diferencia notable a la hora de enfrentarse a problemas médicos de carácter crónico, así como a las dificultades y complicaciones derivadas de ellos. Es el caso del dolor de espalda (Keefe, Crisson, Urban y Williams, 1990), la artritis (Affleck, Urrows, Tennen y Higgins, 1992), trastornos cardiovasculares (García, Valdés, Jodar, Riesco y Flores, 1994) o el cáncer (Fawzy, Fawzy, Hyun, Elashoff, Guthrie, Fahey et al., 1993). No obstante, incluso para aquellas personas que no padecen ningún problema específico, físico o psicológico, el entrenamiento en solución de problemas puede mejorar el estado anímico, la auto-eficacia, la autoestima o los resultados en el trabajo.

La Terapia de Solución de Problemas cuenta con un proceso sistematizado que se adapta al paciente concreto que recibe el entrenamiento, ajustándose a los problemas delimitados que se supone están generando o agravando la sintomatología que presenta este individuo. En general, es una terapia de carácter breve, entre cuatro y doce sesiones de tratamiento, focalizada en aspectos muy concretos y de carácter directivo, que aborda de forma estructurada y ordenada diferentes objetivos como el modificar la naturaleza estresante de una situación o la respuesta emocional suscitada por ella, facilitar la generación de alternativas de solución, analizar y valorar dichas alternativas, establecer la forma de implementación de la solución elegida, etc. Para la consecución de estos objetivos el proceso de intervención incluye elementos como la psicoeducación, ejercicios de resolución de problemas interactivos, tareas prácticas entre sesiones con objetivos motivacionales, y otro tipo de actividades. De esta forma, la TSP pretende ayudar al individuo a adoptar una forma de afrontamiento más realista y positiva, a entender el papel de las emociones de forma más eficaz y a desarrollar creativamente un plan de acción dirigido a reducir el malestar psicológico e incrementar, de esta forma, la sensación de bienestar.

A pesar de la sistematización que caracteriza esta terapia, la Terapia de Solución de Problemas es una intervención flexible en cuanto a los objetivos de tratamiento, método e implementación. Por ejemplo, puede realizarse individualmente o en formato de grupo o pareja, a su vez puede utilizarse como elemento único del tratamiento o formar parte de una intervención cognitivo-conductual más amplia (e.g. una intervención en un caso de ansiedad generalizada), con formato de mínimo

contacto terapéutico o administrarse a través de internet. Así mismo, puede ser un medio para ayudar a los pacientes a superar las barreras que impiden una adecuada adherencia a los tratamientos médicos, psicológicos u otros protocolos psicosociales de intervención (e.g. adherencia a dietas de pérdida de peso, control de diabetes, control de medicación y adherencia al tratamiento psicológico en trastorno bipolar, etc.).

El apartado del presente capítulo dedicado a la Terapia de Solución de Problemas se ha dividido en dos secciones. En la primera se revisa la teoría subyacente a la TSP y sus conceptos fundamentales. En la segunda, se describe la *praxis* clínica de esta forma de intervención y se presentan datos de eficacia en su aplicación a diversos trastornos psicológicos, conductuales y problemas de salud.

4.2. Fundamentos teóricos de la Terapia de Solución de Problemas

El surgimiento de la Terapia de Solución de Problemas estuvo ligado a una serie de hechos que pueden considerarse los antecedentes de la TSP (D'Zurilla, 1986) y que tuvieron gran influencia en el surgimiento de esta orientación, estos son:

- El interés por la creatividad, especialmente presente en los EEUU de la década de los 50 y de donde se encuentran precedentes como la técnica de la *tormenta de ideas* de Osborn (1963), que fue incorporada posteriormente a la TSP.
- El surgimiento del modelo de competencia social aplicado a la psicopatología, en oposición al modelo médico, cuyo rechazo ha estado presente desde la década de los 50.
- La expansión cognitiva dentro de la Terapia de Conducta que ya era especialmente evidente a finales de los 60, y que contemplaba la implicación de variables cognitivas de forma cada vez más indispensable, dotándoles de una mayor relevancia en el origen de los problemas de salud mental.
- El desarrollo de la *teoría transaccional del estrés* de Lazarus y Folkman (1984), centrado en el análisis de las transacciones individuo-ambiente, transacciones que pueden ayudar a entender mejor los problemas de la vida cotidiana y lo procesos de solución de problemas sociales ejecutados.

Desde el contexto que dibujaban estos antecedentes se fraguó la Terapia de Solución de Problemas con el objetivo de abordar y prevenir psicopatología y de incrementar la calidad de vida de los individuos, ayudándoles a enfrentar de forma más adaptativa el estrés de la vida. Así, dependiendo de la naturaleza de la situación problemática, el afrontamiento efectivo puede implicar la mejora de la situación (e.g. mediante la resolución de un conflicto o la consecución de una determi-

nada ejecución), o bien la reducción del impacto emocional de la situación (e.g. mediante la tolerancia, aceptación o la reducción de la sintomatología física).

El desarrollo de la Terapia de Solución de Problemas está fundamentado en dos modelos conceptuales interrelacionados: 1) el modelo de solución de problemas sociales, y 2) el modelo relacional de solución de problemas de estrés y bienestar.

4.2.1. El modelo de solución de problemas sociales

El concepto de *solución de problemas sociales* se refiere al proceso de solución de problemas tal y como ocurre en el contexto social (D'Zurilla y Nezu, 1982). Este proceso de solución de problemas es a la vez un proceso de aprendizaje, una estrategia general de afrontamiento y un método de auto-control. Ya que el proceso de solución de problemas da lugar a un cambio en la capacitación de ejecución frente a determinadas situaciones, el PSP puede considerarse un proceso de aprendizaje, no obstante, además incrementa la probabilidad de conseguir resultado adaptativo a través de muy diversas situaciones, de tal forma que puede considerarse una estrategia de afrontamiento general y versátil. Por otra parte, al tratarse de un proceso de aprendizaje y de una estrategia de afrontamiento auto-dirigida, es también un método de auto-control, con importantes implicaciones de cara al mantenimiento y generalización de los efectos del tratamiento y la prevención de problemas futuros.

El modelo de solución de problemas sociales que se describe a continuación fue inicialmente propuesto por D'Zurilla y Goldfried en 1971, y posteriormente ampliado y revisado (D'Zurilla y Nezu, 1982, 1990, 1999 y 2007; D'Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 2002). A continuación se exponen sus elementos fundamentales: conceptos, dimensiones y variables más relevantes.

4.2.1.1. Principales conceptos de la Terapia de Solución de Problemas

Uno de los objetivos de los autores de la Terapia de Solución de Problemas a lo largo de la historia de desarrollo de esta terapia, ha sido establecer los conceptos propios de este abordaje terapéutico, tanto por razones de tipo teórico, que persiguen la dotación de un *corpus* conceptual para la TPS, como para diferenciarlo de otras intervenciones cognitivo-conductuales como por ejemplo el entrenamiento en habilidades sociales (D'Zurilla y Goldfried, 1971; D'Zurilla, 1986; D'Zurilla y Nezu, 1982; Nezu, 2004).

Los principales conceptos definidos son los de: *solución de problemas*, *problema*, *solución*, *puesta en práctica de la solución* y *competencia social*. Veamos brevemente en qué consisten estos conceptos tal y como los conciben actualmente los autores de la TSP (D'Zurilla y Nezu, 2010):

Solución de problemas Sociales

La *solución de problemas sociales* se define como un proceso cognitivo-conductual auto-dirigido, mediante el que un individuo, pareja o grupo de individuos intenta identificar soluciones efectivas para problemas específicos del día a día. Se trata, por tanto, de una actividad consciente, racional, que exige esfuerzo, y con el propósito de, bien mejorar una situación problemática, o bien reducir el estado emocional negativo generado por la situación, o ambos. Tal y como se apuntó en un epígrafe anterior, este proceso se puede interpretar mejor como un *metaproceso* de comprensión, valoración y adaptación a los acontecimientos vitales estresantes. El proceso de solución de problemas sociales trata con todo tipo de problemas reales, incluyendo problemas impersonales (e.g. problema financiero), problemas personales o intrapersonales (e.g. ideación suicida) o problemas interpersonales (e.g. un conflicto de pareja).

Problema

Un *problema* se define como un desequilibrio o falta de balance entre las demandas de adaptación y la disponibilidad de recursos o respuestas efectivas de afrontamiento. De forma más específica, puede considerarse un *problema* cualquier situación o tarea (actual o anticipada) de la vida, que demanda una respuesta efectiva para conseguir un objetivo o resolver un conflicto, cuando ninguna respuesta efectiva es aparente o está disponible de forma inmediata para el individuo. Los obstáculos para la puesta en marcha de una respuesta efectiva pueden deberse a la novedad de las demandas, la ambigüedad (e.g. un joven que mantiene una relación afectiva donde no está claro si su pareja está realmente implicada en la relación), la imposibilidad de predecir un resultado (e.g. un individuo que se plantea la posibilidad de cambiar de trabajo, sin poder saber con seguridad si se adaptará totalmente al nuevo equipo), la presencia de demandas que entran en conflicto (e.g. una madre que se debate entre dedicar su tiempo libre a sus hijos o a sus intereses de formación), déficit de habilidades (e.g. dar una conferencia cuando nunca se ha hablado en público) o carencia de recursos (e.g. una madre adolescente sin apoyo social).

Un *problema*, además, puede ser un hecho aislado, limitado en el tiempo (e.g. una enfermedad aguda), una serie de hechos similares que se repiten (e.g. el consumo repetido de drogas de un hijo), o una situación crónica y permanente (e.g. un problema de dolor crónico).

Solución

Una *solución* es una respuesta específica o un patrón de respuestas que es el resultado del proceso de solución de problemas cuando se dirige a abordar una determinada situación problemática. Una *solución* efectiva es aquella que consigue

el objetivo del Proceso de Solución de Problemas (cambiar la situación a mejor, modular el impacto emocional o incrementar las emociones positivas), maximizando a la vez las consecuencias positivas y minimizando las negativas. Estas consecuencias incluyen los resultados sociales y personales a corto, medio y largo plazo.

Puesta en práctica de la solución

La *puesta en práctica de la solución* no debe ser confundida con el proceso de solución de problemas. Mientras el Proceso de Solución de Problemas se refiere al proceso de descubrir soluciones ante situaciones específicas, la implementación de la solución (puesta en práctica) se refiere sólo a llevar a cabo la solución o soluciones elegidas para el problema concreto que se ha abordado. Las habilidades de solución de problemas son generales, mientras que la implementación de una solución es específica, variando a través de situaciones y dependiendo del tipo de problema y de la solución concreta elegida. El PSP y la puesta en práctica de la solución no siempre correlacionan, algunas personas pueden contar con pocas habilidades de solución de problemas y no tener ningún problema en la implantación de soluciones, también puede ocurrir al revés. Ambos tipos de habilidades son esenciales para un funcionamiento efectivo y competente socialmente, de esta forma, es frecuentemente necesario en la Terapia de Solución de Problemas el entrenamiento en habilidades de solución de problemas, junto con el entrenamiento de habilidades sociales o conductuales que permitan maximizar la probabilidad de conseguir resultados positivos (D'Zurilla y Nezu, 2007).

Competencia social

El concepto de *competencia social* es visto como un constructo integrativo que se refiere ampliamente a la habilidad para generar y coordinar respuestas adaptativas y, por tanto, flexibles en el afrontamiento de situaciones sociales, generando así mayores oportunidades en el medio.

El individuo competente socialmente es capaz de utilizar los recursos personales y ambientales para lograr un resultado adaptativo para su desarrollo. En este modelo este concepto tienen una clara referencia conductual, primando las habilidades y destrezas que el individuo ponga en marcha de forma activa por encima de otras definiciones o más abstractas que tienen en cuenta, por ejemplo, la construcción de la identidad personal. De hecho, Goldfried y D'Zurilla (1969) utilizan el concepto de competencia de Sócrates quien define un individuo competente como "*Aquel que se maneja bien en las circunstancias que encuentra diariamente, y que posee juicio social adecuado en las situaciones de grupo y que raramente pierde el curso de la acción que desarrolla*".

4.2.1.2. Principales dimensiones del proceso de solución de problemas

El modelo de solución de problemas original (D’Zurilla y Goldfried, 1971; D’Zurilla y Nezu, 1982 y 1990) establece que los resultados del proceso de solución de problemas estaban determinados por dos procesos parcialmente independientes: la *orientación al problema* y las *habilidades de solución de problemas*, ya recientemente las *habilidades de solución de problemas* se han empezado a conocer como *estilo de solución de problemas* (D’Zurilla et al. 2002; D’Zurilla y Nezu, 2007).

La relevancia de estos factores sobre el resultado final, exitoso o disfuncional, del proceso de solución de problemas se ha puesto de manifiesto a través de los sucesivos estudios realizados con el Inventario de Solución de Problemas Sociales (ISPS). Este inventario fue diseñado a partir del modelo de solución de problemas sociales (D’Zurilla y Nezu, 1990) y engloba dos escalas: la escala de *orientación al problema* y la escala de *habilidades de solución de problemas*. Los ítems de cada escala reflejan características de solución de problemas (cognitivas, emocionales y conductuales) constructivas y disfuncionales. La asunción de que los procesos de *orientación al problema* y las *habilidades de solución de problemas* son procesos independientes pero relacionados, está apoyada por los datos que han mostrado que los ítems de la escala de *orientación al problema* correlacionan más con la puntuación total de la escala, que con la puntuación de la escala de *habilidades de solución de problemas*, lo inverso también es cierto para la escala de *habilidades de solución de problemas* (D’Zurilla y Nezu, 1990).

La integración del modelo de solución de problemas sociales y los resultados de los subsiguientes análisis factoriales realizados con el ISPS dio lugar a un modelo de solución de problemas sociales revisado con cinco dimensiones implicadas en la consecución de una solución eficaz o ineficaz (Maydeu-Olivares y D’Zurilla, 1995, 1996; D’Zurilla et al., 2002). Este modelo comprende dos dimensiones diferentes, pero relacionadas, de *orientación al problema* (positiva y negativa), y tres dimensiones que corresponden a tres *estilos de solución de problemas* (racional, impulsivo y evitativo). Estas cinco dimensiones pueden ser medidas mediante el Inventario de Solución de Problemas Sociales Revisado (D’Zurilla et al., 2002). Estas dimensiones se exponen a continuación.

Orientación al problema

La *orientación al problema* es un proceso *metacognitivo* con una función motivacional, y que se refiere a las creencias y actitudes generalizadas de una persona sobre los problemas y el estrés del entorno cotidiano, así como sobre su habilidad para resolverlos exitosamente. Dicho de otra forma, la *orientación al problema* implica la puesta en marcha de un conjunto relativamente estable de esquemas

cognitivo-emocionales que reflejan la conciencia general y valoración de los problemas de la vida, así como la propia habilidad para resolver problemas (e.g. valoración de amenaza frente a valoración de reto, creencias de auto-eficacia, expectativas de resultado) (D'Zurilla y Nezu, 2010).

La Terapia de Solución de Problemas diferencia entre dos tipos de orientación hacia el problema:

- *Orientación al problema positiva.* Consiste en un sistema de creencias constructivo y optimista que caracteriza los problemas como retos. En este caso, un individuo consideraría los problemas como parte normal de la vida y una oportunidad para sacar beneficio de alguna forma, además los consideraría eventos solucionables al existir en el individuo expectativas positivas de resultados, percibiéndose auto-eficaz, con habilidad, para solucionar los problemas efectivamente, y sin responder emocionalmente de forma desproporcionada. En la orientación positiva a los problemas el individuo considera que la resolución de problemas requiere tiempo, esfuerzo y persistencia y existe un compromiso consigo mismo con el afrontamiento de los problemas, en vez de su evitación.
- *Orientación al problema negativa.* Consiste en un sistema de creencias negativo que caracteriza los problemas como amenazas para el bienestar social, la funcionalidad de un individuo, y la salud. Un individuo con orientación negativa hacia los problemas consideraría éstos como interferencias inútiles en la búsqueda bienestar y la calidad de vida que no deberían existir, dudando de su propia habilidad para solucionarlos (baja auto-eficacia), o creyéndolos irresolubles (bajas expectativas positivas de resultados) y sobre-reaccionando a ellos emocionalmente cuando alguno tiene lugar, siendo esta sobre-respuesta emocional una señal de baja tolerancia a la frustración o a la incertidumbre (D,Zurilla y Nezu, 2010).

Al tener la orientación al problema una función motivacional, la orientación positiva se convierte en un generador de afecto positivo y de motivación hacia la aproximación al problema, aspectos que pueden facilitar posteriormente esfuerzos adaptativos de solución de problemas. De esta forma, la orientación positiva a los problemas sirve para incrementar los esfuerzos de abordaje sucesivos, mientras que la negativa funciona inhibiendo los intentos adaptativos de afrontamiento.

La Terapia de Solución de Problemas provee estrategias para cambiar la orientación negativa hacia el problema hacia la positiva, haciendo especial hincapié en dirigir los recursos hacia el análisis y la confrontación del problema, en vez de la evitación.

Estilo de solución del problema

El *estilo de solución de problemas* se refiere al tipo de actividades cognitivo-conductuales que un individuo pone en marcha en su intento de afrontar los problemas de la vida. Es *estilo de solución de problemas* puede ser bien positivo o adaptativo, conduciendo al afrontamiento exitoso, bien negativo o disfuncional, conduciendo al afrontamiento ineficaz y el malestar emocional. El estilo positivo se considera de carácter racional y conducente a la adaptación, en el caso del estilo negativo se identifican en él dos formas que conducen a la desadaptación: el estilo impulsivo y el evitativo.

Las fases implicadas en un *estilo de solución de problemas racional* son: 1) definición y formulación del problema, 2) generación de alternativas de solución, 3) toma de decisiones y 4) implementación de la solución y evaluación de los resultados de la acción. Según la Terapia de Solución de Problemas este es el mejor método de abordaje de los problemas. El solucionador de problemas racional cuenta con las siguientes habilidades: recoge cuidadosa y sistemáticamente información y hechos sobre un problema, identifica las demandas y los obstáculos, establece objetivos realistas, genera posibles alternativas de solución, anticipa las posibles consecuencias de las soluciones generadas, valora y compara las diferentes alternativas, elige la que se considera, para él y en ese caso, la mejor solución y pone en marcha la solución monitorizando dicha puesta en marcha, así como el resultado que se va obteniendo. La dimensión de *estilo de solución de problemas* no incluye las habilidades de implementación que también son necesarias para que el proceso de solución de problemas resulte efectivo en situaciones específicas.

En el caso de los *estilos de solución de problemas negativos* o disfuncionales, el estilo impulsivo y descuidado se caracteriza por la toma rápida de decisiones, sin un análisis adecuado de la opción elegida o de otras alternativas de solución al problema, o por intentos inconclusos de solución del problema. Por otra parte, el estilo evitativo se caracteriza por el aplazamiento de la toma de decisiones y/o la dependencia de otras personas a la hora de abordarlos. Este estilo conduce al incremento de la cantidad de problemas a resolver, pues los problemas se aplazan pero no se resuelven, así como al aumento progresivo de su complejidad y dificultad de solución.

En general, se identifican importantes diferencias entre los individuos eficaces y los ineficaces en la solución de problemas. En comparación con los solucionadores eficaces, los ineficaces informan de un mayor número de problemas vitales, más problemas de salud y síntomas físicos, mayor ansiedad, más síntomas depresivos, y peor ajuste o funcionamiento psicológico. Al mismo tiempo, una orientación negativa hacia los problemas se ha visto que está asociada a estados anímicos negativos (tanto en un contexto de rutina, como en condiciones de estrés), pesimismo, expe-

riencias emocionales negativas y depresión clínica. Además, los individuos con una orientación negativa hacia los problemas tienden a preocuparse más y a emitir más quejas sobre su salud.

4.2.1.3. El papel de las emociones sobre el proceso de solución de problemas

La presencia de la activación emocional ante la aparición de problemas en la vida es un hecho inevitable. Las respuestas emocionales pueden facilitar, inhibir o interferir el proceso adaptativo de solución de problemas, dependiendo de la cualidad subjetiva o valoración, positiva o negativa, del estado emocional desencadenado, así como de la intensidad de la respuesta emocional generada, y de su duración.

Aunque la respuesta emocional juega, o debería jugar, un papel adaptativo durante el proceso de solución de problemas: a la hora de reconocer los problemas, de motivar el afrontamiento y mantenerlo, o de analizar alternativas y valorarlas, etc., son numerosas las interferencias o errores que se pueden cometer sin la presencia de una regulación emocional adecuada; de esta forma, los desaciertos pueden ir desde la no identificación de un problema, a no reconocer las señales de su presencia, a la evitación del afrontamiento cuando los esfuerzos inmediatos se dirigen a eliminar de forma inmediata la ansiedad que produce la presencia de éste, pasando por la valoración catastrófica de la situación, que puede llevar a la inhibición del Proceso de Solución de Problemas o al análisis desajustado de las demandas situacionales y los recursos personales (mediado por el proceso activado de razonamiento emocional).

El conocimiento, análisis y modulación o control de las respuestas emocionales es, por tanto, un elemento imprescindible para el desarrollo efectivo y eficiente del proceso de solución de problemas. Cuando no se da de esta forma, es necesario un entrenamiento en regulación emocional que dote al individuo del autocontrol mínimamente requerido para llevar a cabo el proceso.

4.2.2. El modelo relacional de solución de problemas de estrés y bienestar

La principal asunción de la Terapia de Solución de Problemas es que los problemas psicopatológicos pueden entenderse como consecuencia de estrategias de afrontamiento ineficaces o desadaptativas. El fallo en resolver los problemas de la vida puede engendrar importantes problemas conductuales y emocionales. Los problemas de la vida pueden ser eventos negativos significativos (situación de divorcio, vivencia de un duelo, quedarse sin trabajo, sufrir una enfermedad importante, etc.), así como problemas menores cotidianos (conflictos interpersonales, problemas financieros, disminución del apoyo social, etc.). Como ya se ha comentado, el cómo los individuos resuelven o afrontan sus problemas tiene mucho que ver, e incluso

puede determinar, el grado en que experimentarán problemas conductuales o psicopatológicos de forma crónica (e.g. depresión clínica, ansiedad generalizada, adicciones, dolor crónico, problemas de ira, problemas en las relaciones interpersonales, etc.).

El modelo relacional de solución de problemas integra el modelo relacional del estrés de Lazarus (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1999) con el modelo de solución de problemas sociales que se ha expuesto en los epígrafes anteriores. En el modelo de Lazarus el estrés se define como la relación entre un individuo y el ambiente, donde las demandas del ambiente superan los recursos para el afrontamiento que percibe el sujeto. Esta definición relacional del estrés es similar a la definición de *problema* en el modelo de solución de problemas sociales, por tanto, un *problema* es también un estresor.

En el modelo relacional de solución de problemas el estrés es visto como la función de relaciones recíprocas entre tres principales variables: 1) *situaciones estresantes de la vida*, 2) *estrés emocional*, y 3) *afrontamiento de solución de problemas* (D'Zurilla y Nezu, 2010).

Las *situaciones estresantes de la vida* son experiencias vitales que enfrenta una persona y que suponen demandas de ajuste personal, social o biológico. Estas situaciones estresantes pueden ser sucesos vitales mayores, que implican un gran cambio en la vida del individuo (e.g. divorcio, muerte de la pareja, pérdida del trabajo, accidente grave, etc.) o sucesos cotidianos menores, que pueden denominarse problemas diarios y que suponen menor impacto emocional, funcional y demandas de cambio o adaptación, que un evento mayor. Ambos tipos de situaciones estresantes se relacionan en la medida en que un evento mayor puede desencadenar numerosos problemas menores, de la misma forma, la acumulación de problemas menores puede contribuir o desencadenar un problema mayor (e.g. los problemas cotidianos pueden contribuir a un divorcio).

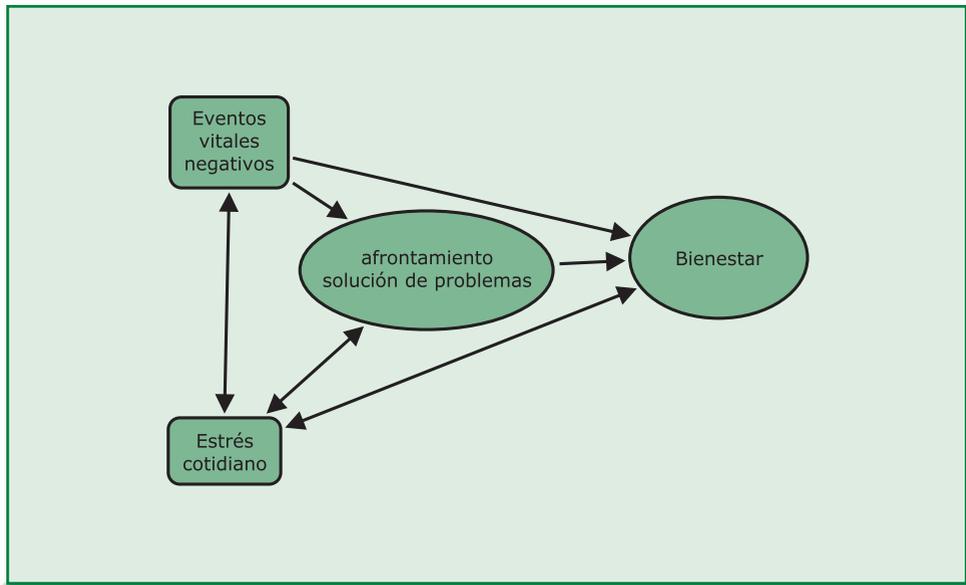
El concepto de *estrés emocional* se refiere a la respuesta emocional inmediata de una persona ante un evento estresante, respuestas que es modulada, transformada o modificada por el proceso de valoración cognitiva y de afrontamiento. Las emociones negativas suelen predominar cuando el individuo 1) valora la situación como amenazante o dañina, 2) duda de habilidad para afrontarla, y 3) pone en marcha estrategias de afrontamiento ineficaces o contraproducentes. El concepto de estrés emocional forma parte de un constructo más amplio, el de bienestar, que abarca el funcionamiento físico, cognitivo, conductual y social.

El concepto más importante del modelo relacional de solución de problemas es el de *afrontamiento de solución de problemas*, un proceso que integra los procesos de valoración cognitiva y las actividades de afrontamiento dentro del marco general de

la solución de problemas sociales. Una persona que aplica de forma efectiva una estrategia de solución de problemas 1) percibe la vida como un reto, 2) cree que es capaz de resolver el problema de forma exitosa, 3) define el problema y establece metas realistas, 4) genera diferentes alternativas de solución, 5) elige la mejor opción, 6) implementa la solución y 7) evalúa cuidadosamente los resultados. A diferencia del modelo de estrés de Lazarus, que considera la *solución de problemas* como una estrategia de afrontamiento centrada en el problema que se limita a objetivos dirigidos a resolver la situación problemática, en el modelo relacional de solución de problemas la *solución de problemas* se concibe de forma más amplia y versátil, y puede estar dirigida a objetivos de solución de problema, de modulación de la respuesta emocional, o a ambos.

La Figura 1 muestra esquemáticamente las relaciones entre los principales componentes del modelo relacional de solución de problemas. Como se puede comprobar, eventos mayores y menores se influncian unos a otros y tienen un impacto directo negativo en el bienestar del individuo, además tienen también un impacto indirecto a través del impacto sobre el afrontamiento de la solución de problemas. El modelo asume que la solución de problemas influncia la relación entre eventos estresantes y bienestar mediante una función mediadora o moderadora (D'Zurilla y Nezu, 2010).

Figura 1. Modelo Relacional de Solución de Problemas de estrés y bienestar.



Adaptado de D'Zurilla y Nezu (2007)

El modelo establece dos hipótesis mediacionales: la primera basada en el modelo ABC, donde las situaciones estresantes (A) proporcionan la ocasión para la puesta en marcha de la conducta de solución de problemas (B), que tiene consecuencias personales y sociales (C) que afectan al bienestar. Si la solución de problemas no es efectiva, el bienestar del individuo se resiente. La segunda hipótesis mediacional asume que la solución de problemas es una variable interviniente en una cadena causal, en la cual los eventos estresantes tienen un impacto negativo sobre la habilidad de solución de problemas y la ejecución. Al contrario que en la hipótesis ABC, las flechas desde los eventos estresantes a la solución de problemas se interpretan como relaciones causales negativas y no sólo como efectos facilitadores.

En cuanto a la hipótesis moderadora, la asunción principal es que los eventos estresantes interactúan con la habilidad de solución de problemas para influenciar el bienestar. De forma más concreta, la relación entre estrés y bienestar es más fuerte cuando la habilidad de solución de problemas es menor que mayor. En otras palabras, una pobre habilidad de solución de problemas incrementa el impacto del estrés en el bienestar, mientras que una buena habilidad de solución de problemas reduce el impacto negativo del estrés sobre el bienestar. Esta hipótesis moderadora coincide con el planteamiento de la hipótesis mediacional ABC.

El modelo asume también la influencia recíproca entre los problemas diarios y la habilidad de solución de problemas. Por un lado, los problemas pueden tener un impacto negativo sobre la habilidad de solución de problemas, por otro, una solución de problemas no efectiva puede llevar al desarrollo de mayor número de problemas diarios y más complejos. Por último, la relación entre eventos estresantes y bienestar es asumida por el modelo como una relación recíproca, es decir, además del impacto directo o indirecto de los problemas diarios sobre el bienestar, se asume que el bienestar tiene también impacto sobre eventos estresantes futuros, por ejemplo, resultados de ajuste negativos como un problema de ansiedad o depresión, probablemente incrementará la probabilidad de ocurrencia de problemas diarios, de forma inversa, un ajuste positivo, por ejemplo, una adecuada sensación de competencia o autoestima, puede reducir la frecuencia de los eventos estresantes (D'Zurilla y Nezu, 2010).

4.2.3. Apoyo empírico de los fundamentos teóricos de la Terapia de Solución de Problemas

El apoyo a la teoría de la Terapia de Solución de Problemas proviene de la investigación sobre las posibles relaciones que implican a la variable *solución de*

problemas y de la investigación sobre el proceso terapéutico de la TSP. De forma general, los resultados son consistentes con las asunciones del modelo de solución de problemas sociales y el modelo relacional de solución de problemas de estrés y bienestar. La mayor parte de las investigaciones se han centrado en la relación entre la habilidad para resolver problemas y el grado de bienestar, ajuste o adaptación de un individuo. Estos estudios se han realizado con muestras clínicas y no clínicas, con amplia variedad de edades, nacionalidades, razas y sintomatología severa. En todos ellos se ha identificado una estrecha relación entre el nivel de habilidad de solución de problemas y el grado de ajuste positivo o negativo de los individuos, existiendo una relación directamente proporcional entre ambas dimensiones (Chang, D’Zurilla y Sanna, 2004; D’Zurilla y Nezu, 2007; Nezu, 2004).

Dentro de los estudios que han abordado la relación habilidad de solución de problemas y ajuste, algunos de ellos se han centrado en el papel moderador o mediador de la habilidad de solución de problemas sobre la relación eventos estresantes y bienestar. Específicamente la habilidad de solución de problemas se ha identificado como un moderador de la relación entre sucesos negativos de alto impacto y depresión (Nezu, Nezu, Sarydarian, Kalmar y Ronan, 1986; Nezu, Perri, Nezu y Mahoney, 1987; Nezu, Nezu, Faddis, DelliCarpini y Houts, 1995) y ansiedad (Nezu, 1986; Nezu et al., 1995). A su vez, la habilidad de solución de problemas se ha visto que modera la relación entre problemas personales y/o interpersonales y estrés cotidiano y ansiedad (Londahl, Tverskoy y D’Zurilla, 2005), y agresión (Tverskoy, Londahl y D’Zurilla, 2007). Además, la habilidad de solución de problemas media la relación entre estrés cotidiano y bienestar emocional (Folkman y Lazarus, 1988), depresión (Kant, D’Zurilla y Maydeu-Olivares, 1997) y ansiedad (Kant et al., 1997).

Unos pocos estudios han examinado la relación entre las mejoras en ajuste después de la Terapia de Solución de Problemas y el incremento de la habilidad de solución de problemas, buscando apoyo a la hipótesis de que la TSP reduce la sintomatología y el desajuste a través de un incremento en la habilidad de solución de problemas sociales. Se ha identificado una relación significativa entre incrementos en medidas de habilidad de solución de problemas después de una TSP y reducciones en medidas de desajuste psicológico, incluyendo estrés psicológico (D’Zurilla y Maschka, 1988), depresión clínica (Nezu y Perri, 1989), y ansiedad relacionada con el padecimiento de cáncer y depresión (Nezu, Nezu, Felgoise, McClure, y Houts, 2003).

4.3. La práctica de la Terapia de Solución de Problemas

4.3.1. Objetivos de la Terapia de Solución de Problemas

El objetivo general de la Terapia de Solución de Problemas es incrementar la habilidad del individuo para afrontar las experiencias estresantes cotidianas y promover una mayor competencia cognitiva y conductual en el manejo de dichas situaciones. La TSP entrena al individuo en cómo aplicar estrategias de afrontamiento adaptativas, tanto para prevenir como para abordar las dificultades estresantes de la vida. Entre los objetivos específicos de la Terapia de Solución de Problemas se incluyen:

- Incrementar la orientación positiva a los problemas y reducir la orientación negativa
- Promover la aplicación y el desarrollo de estrategias específicas de carácter racional dirigidas a la solución de problemas (e.g. identificar apropiadamente el porqué una situación es un problema, generar situaciones alternativas, llevar a cabo un análisis de coste-beneficio para decidir qué ideas incluir en un plan de solución global, implementar la solución, monitorizar su efecto y valorar sus resultados).
- Minimizar la tendencia a poner en marcha procesos de solución de problemas disfuncionales y no adaptativos (e.g. responder con la primera alternativa que viene a la mente sin analizar sus ventajas e inconvenientes, o aplazar su abordaje pensando que se necesita un momento adecuado).

4.3.2. Proceso y procedimiento de la Terapia de Solución de Problemas

Las etapas de aplicación de la Terapia de Solución de Problemas son básicamente tres: a) evaluación, b) intervención y c) mantenimiento y generalización. La terapia comienza con la evaluación conductual del problema o problemas informados por la persona que acude a la consulta. El objetivo es establecer cuáles son las habilidades básicas de solución de problemas con las que la persona que consulta cuenta de base, si cuenta con una orientación positiva hacia los problemas, si tiene un estilo de solución de problemas adaptativo, si cuenta con habilidades prácticas para poner en marcha el proceso, si ha sido capaz de desarrollar en otros momentos, o frente a otros problemas, un proceso de solución de problemas eficaz y eficiente. Se trata de detectar los errores en el proceso así como las carencias o déficit que están impidiendo alcanzar la mejor solución.

La recogida de esta información se realiza a través de la entrevista conductual y de los instrumentos psicométricos desarrollados para este fin. Entre los cuestionarios e inventarios más conocidos y utilizados para evaluar los aspectos indicados destacan el *Means-Ends Problem-Solving* (MEPS, Platt y Spivack, 1975), el *Problem Solving Inventory* (PSI, Heppner y Peterson, 1982), el *Problem-Solving Self-Monitoring* (PSSM, D'Zurilla, 1986) o el *Social Problem Solving Inventory* (SPSI, D'Zurilla y Nezu, 1990), este último fue revisado posteriormente contando actualmente con el *Social Problem Solving Inventory-Revised* (SPSI-R, D'Zurilla et al., 2002). El SPSI tiene varias versiones en castellano (Calero, Luna, Vera-Villaruel y González, 2001; Calvete y Cardeñoso, 2001; Maydeu-Olivares, Rodríguez-Fornells, Gómez-Benito y D'Zurilla, 2000).

La información aportada por estos instrumentos y estrategias de evaluación, permitirá la formulación del caso, es decir, la elaboración de un modelo del caso a tratar. Como se ha señalado en el capítulo dedicado a la evaluación conductual, la fase más importante de este proceso es el análisis funcional, de esta forma, la formulación de un modelo que contemple las variables (e interacciones) significativas que afectan al problema y de las cuales depende, es esencial para el diseño del tratamiento. Nezu, Nezu y Lombardo (2004) han elaborado y publicado un modelo para la formulación de casos específico para la Terapia de Solución de Problemas, este modelo permite la organización de la información de tal forma que la puesta en práctica del entrenamiento se realice de la forma más apropiada y óptima.

4.3.2.1. Fases del entrenamiento en solución de problemas

En su formulación inicial D'Zurilla y Goldfried (1971) establecían cinco fases para el entrenamiento específico de solución de problemas:

1. Orientación general
2. Definición y formulación del problema
3. Generación de alternativas de solución
4. Toma de decisiones
5. Verificación

Estas fases fueron posteriormente revisadas y cambiado el nombre en dos de ellas, así la fase de *orientación general* pasó a denominarse *orientación hacia el problema*, y la fase de *verificación* ha pasado a denominarse *implementación de la solución y verificación* (D'Zurilla y Nezu, 2007). Estas etapas conforman una secuencia lógica de aplicación, que no debe interpretarse como un proceso unidireccional, sino que el retroceso desde una fase posterior a otra anterior forma parte del proceso normal hasta la finalización del mismo.

Orientación hacia el problema

La fase de orientación al problema es una etapa básica de cuyos resultados dependerán los resultados del resto de las fases de la terapia. Parece lógico pensar que antes de intentar solucionar un problema se desarrolle una actitud positiva hacia la situación-problema y la propia capacidad para afrontarlo y resolverlo. El desarrollo de una actitud positiva no debe interpretarse como la generación de actitud ingenua o incauta que no presta atención a los obstáculos, debilidades personales o posibles consecuencias adversas del afrontamiento, y se ocupa sólo percibir las fortalezas, los facilitadores y de proveer mensajes sesgados de carácter positivo. El desarrollo de una actitud positiva se refiere cuestiones como a fomentar las creencias de auto-eficacia, las habilidades en el reconocimiento de los problemas, la concepción de la vida como un proceso de aprendizaje y de los problemas como oportunidades para ello. Así mismo, la optimización de la regulación emocional para reconocer y afrontar mejor los problemas, y la adquisición de la capacidad de pensar antes de actuar, son habilidades que son básicas y necesarias para conseguir una óptima orientación hacia los problemas.

Definición y formulación del problema

En esta fase se debe recopilar información relevante sobre el problema a partir de los hechos, es importante tener en cuenta que no siempre toda la información relevante está accesible a la conciencia del individuo, no es infrecuente que datos relevantes puedan estar siendo obviados (e.g. un padre que se enfrenta a un problema de comportamiento del hijo, y que obviando los hechos que serían indicativos de consumo de drogas por parte del hijo).

Como se ha indicado la información debe provenir de hechos y no de interpretaciones, asunciones o procesos de razonamiento emocional. Además esta información debe recogerse en términos concretos y objetivos. D'Zurilla y Nezu (2007) proponen la utilización del *role-playing* en imaginación esta fase, con el objetivo de distinguir la información basada en hechos, de la procedente de otros procesos subjetivos.

La clarificación de la naturaleza del problema es otro de los objetivos que se aborda en esta fase. En este caso se trata de identificar y corregir cualquier distorsión sobre la situación problema que pueda interferir con la definición del problema, para ello, la revisión de las distorsiones cognitivas recogidas en la Terapia Cognitiva de Beck puede ser útil. Quizá uno de los errores más frecuentes en este punto es el anclaje del individuo en lo que la situación debería ser y no en lo que es en realidad. De esta forma, sólo cuando el individuo acepta la realidad de la situación y es capaz de definirla es posible avanzar hacia etapas posteriores. Una vez definido el problema se establecerán metas realistas. El establecimiento de metas realistas supone

aceptar que a veces el problema no puede ser resuelto y sólo puede abordarse la respuesta personal (cognitiva, emocional o conductual) ante él, otras veces la resolución es parcial, y otras, las soluciones conllevan tiempo y requieren tolerancia a la incertidumbre. Todo este proceso de preparación debe llevar al individuo a reevaluar el significado del problema, y a comprenderlo y definirlo de forma más ajustada.

Generación de alternativas de solución

En esta fase se deben poner en marcha estrategias que lleven a generar numerosas soluciones para el problema. Dos de los principios que deben guiar este proceso son el de la *cantidad* y *diversidad*. Cuantas más soluciones mayor probabilidad de encontrar una apropiada y cuanta más diversidad mayor potencial de adaptación o ajuste a los factores implicados en el problema, de esta forma la diversidad y la cantidad permiten combinar elementos de distintas soluciones hasta llegar a la solución óptima. El terapeuta juega aquí un papel esencial a la hora de proporcionar soluciones al problema, pero también será útil que el individuo comente con personas cercanas, aquellas que han resuelto un problema similar o que ayudan a ello, para así obtener información sobre el tipo de estrategias que han resultado efectivas en esos casos.

Otro principio que debe ser aplicado en esta fase es el de *aplazamiento del juicio*, mientras se están generando alternativas no es el momento de entrar a valorar su adecuación o viabilidad, pues este proceso crítico puede mermar la creatividad o la posibilidad de generar soluciones que, si bien podrían parecer disparatadas, inviables o inmorales, pueden aportar elementos útiles que se integren en la solución final.

Toma de decisiones

Una vez se ha generado un grupo de soluciones se procede a valorar las diferentes alternativas. Es útil analizar si es posible combinar algunas opciones que lleven a una solución más adaptativa, y descartar haciendo un análisis somero de ventajas e inconvenientes aquellas que no son realistas o que resultan inviables. La idea es hacer una primera criba que lleve a escoger 3 o 4 alternativas que serán analizadas en términos de ventajas/inconvenientes con más detalle.

Para ello, se analizará cada alternativa anticipando las consecuencias positivas y negativas de su implantación, y valorando en una escala subjetiva entre 0 (no tiene ningún valor para mí) y 10 (tiene mucho valor para mí) cada una de las consecuencias positivas y negativas. La idea es obtener para cada opción un valor cuantitativo para las consecuencias positivas y otro para las negativas, que resuma la información y facilite la comparación entre opciones. Una vez realizado este proceso se

procederá a tomar la decisión. Aunque el análisis coste-beneficio suele ser la estrategia más utilizada para escoger la solución que se implantará, hay otros factores que pueden tenerse en cuenta y que pueden determinar en algunos casos la elección final, estamos hablando de factores subjetivos de carácter perceptivo, actitudinal, religioso, etc.

Una vez elegida la solución es útil que el individuo conteste a algunas preguntas que le pueden dar una idea sobre si ha optado por una buena opción. Algunas de estas preguntas pueden ser:

- ¿La idea es práctica y se puede llevar a cabo?
- ¿Es realista? o ¿Es muy costosa?
- ¿Cuánto tiempo requiere?
- ¿Puede ser implementada por ti o requiere que otras personas se impliquen?
- Las consecuencias que se anticipan de su puesta en práctica ¿llevan a resolver el problema?

Implementación de la solución y verificación

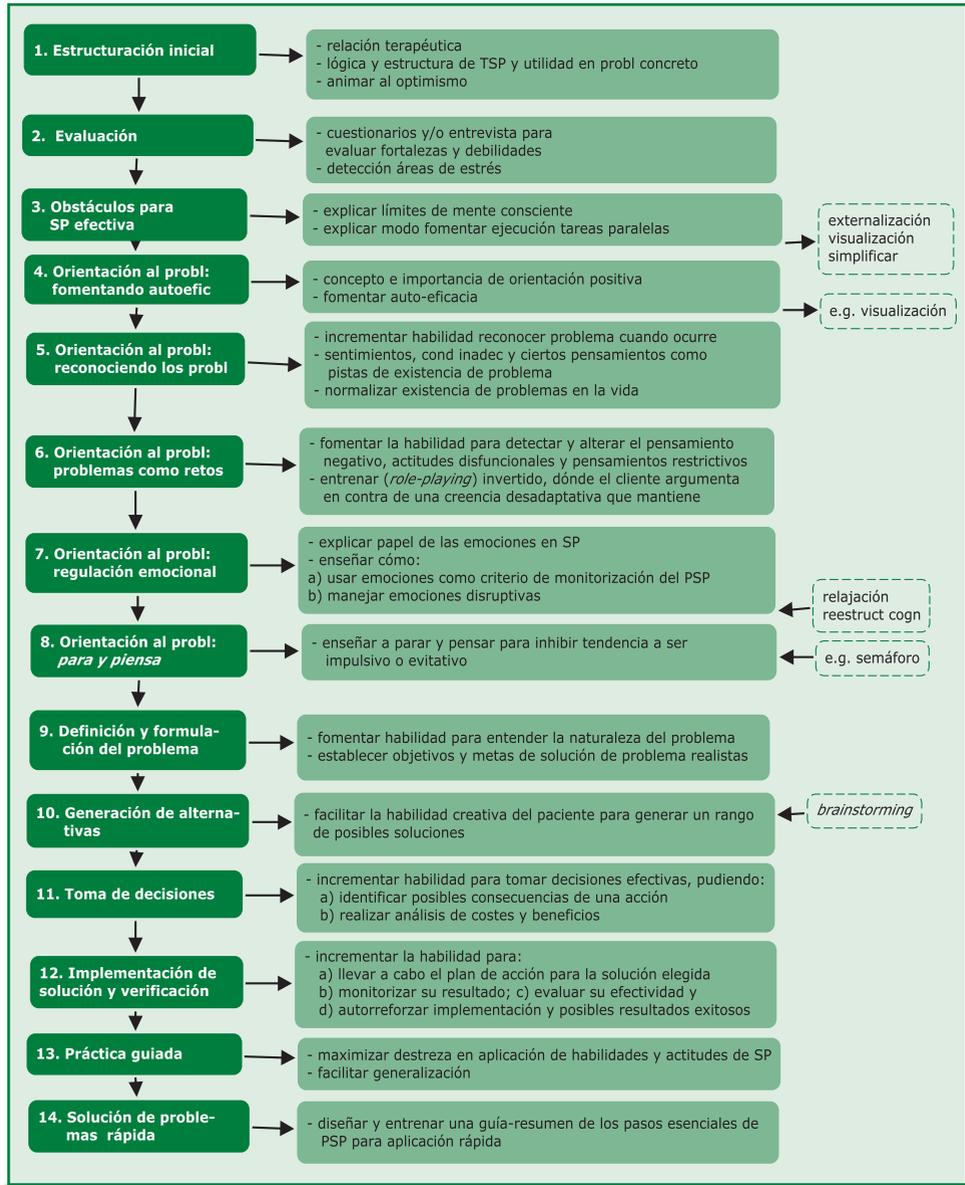
En esta última fase se planifica la puesta en marcha de la solución, estableciendo los pasos y recursos necesarios para cada uno de ellos. Una vez diseñado el plan de acción se llevará a cabo cada uno de los pasos y se valorarán paralelamente los resultados que se van obteniendo con la implantación progresiva del plan de acción. El marco conceptual utilizado por D'Zurilla (1986) para esta fase es la teoría del control y la concepción cognitivo-conductual del auto-control: a) ejecución, b) auto-observación, c) auto-evaluación y d) auto-reforzamiento.

La *ejecución* es la puesta en práctica de la solución, la *auto-observación* se refiere a la observación de la propia conducta en la ejecución de la solución y la observación de los resultados que se obtienen, la *auto-evaluación* compara el resultado que se va obteniendo con el resultado anticipado o predicho, para pasar al *auto-reforzamiento* en caso de que los resultados obtenidos se adecuen a los anticipados, y, en caso contrario, revisar el proceso, retomando fases anteriores.

4.3.3. Pautas generales y consideraciones clínicas

La puesta en práctica de las fases de la Terapia de Solución de Problemas que ha sido expuesta se lleva a cabo a través de la aplicación de 14 módulos de tratamiento que conforman el protocolo general de la TSP (D'Zurilla y Nezu, 2007). La Figura 2 recoge el tema que se aborda en cada uno de los módulos, los objetivos clave y algunas estrategias para lograrlos.

Figura 2. Módulos y objetivos clave de entrenamiento y actividades de la Terapia de Solución de Problemas



Adaptado de D'Zurilla y Nezu (2010).

Dado que la Terapia de Solución de Problemas es eficaz en un amplio y diverso número de problemas (psicológicos, conductuales o de salud) así como individuos y grupos es poco probable que un protocolo general y estandarizado resulte igualmente apropiado o eficaz en todas las aplicaciones. Es por ello, que dependiendo de

los objetivos particulares de la terapia, el tipo y relevancia de las situaciones problemáticas, las fortalezas o debilidades de los participantes o el énfasis requerido en los diferentes componentes o aspectos de la habilidad de solución de problemas y de ejecución, este protocolo deba variar y adecuarse a las necesidades particulares del caso abordado. De esta forma, los 14 módulos de entrenamiento que conforman el protocolo se centran en los distintos componentes del tratamiento, pero sin constituir una secuencia de elementos ordenada y con periodos de tiempo establecidos *a priori* para cada uno de ellos.

El objetivo es que los clínicos e investigadores utilicen dichos módulos para diseñar una Terapia de Solución de Problemas adaptada a las necesidades específicas. De esta forma, en un contexto clínico la elección de los módulos a implantar dependería de los objetivos del tratamiento, de las situaciones problema identificadas, y del análisis pormenorizado de la habilidad de solución de problemas del individuo concreto, que establezca las debilidades y fortalezas. De otro modo, en un contexto de investigación la elección de los módulos dependerá de los objetivos concretos del estudio (e.g. evaluar el protocolo general o sólo la eficacia de determinados módulos o elementos).

En términos generales, y dependiendo del tipo de población, el entrenamiento puede proceder de tres formas diferentes después de la sesión inicial introductoria: 1) Cada subsecuente sesión se dedica a una dimensión específica de la solución de problemas (e.g. el entrenamiento en orientación al problema se provee en la sesión 2, el entrenamiento en definición y formulación del problema en la sesión 3, la generación de alternativas en la 4, y así sucesivamente). 2) El entrenamiento en orientación al problema se lleva a cabo en la siguiente sesión (o dos sesiones) después de la inicial, seguido de una sesión dedicada a las cuatro habilidades de solución de problemas racionales, para seguir con diversas sesiones de práctica guiada. 3) El entrenamiento en orientación al problema se enfatiza a lo largo de diversas sesiones al principio (Nezu, 2004).

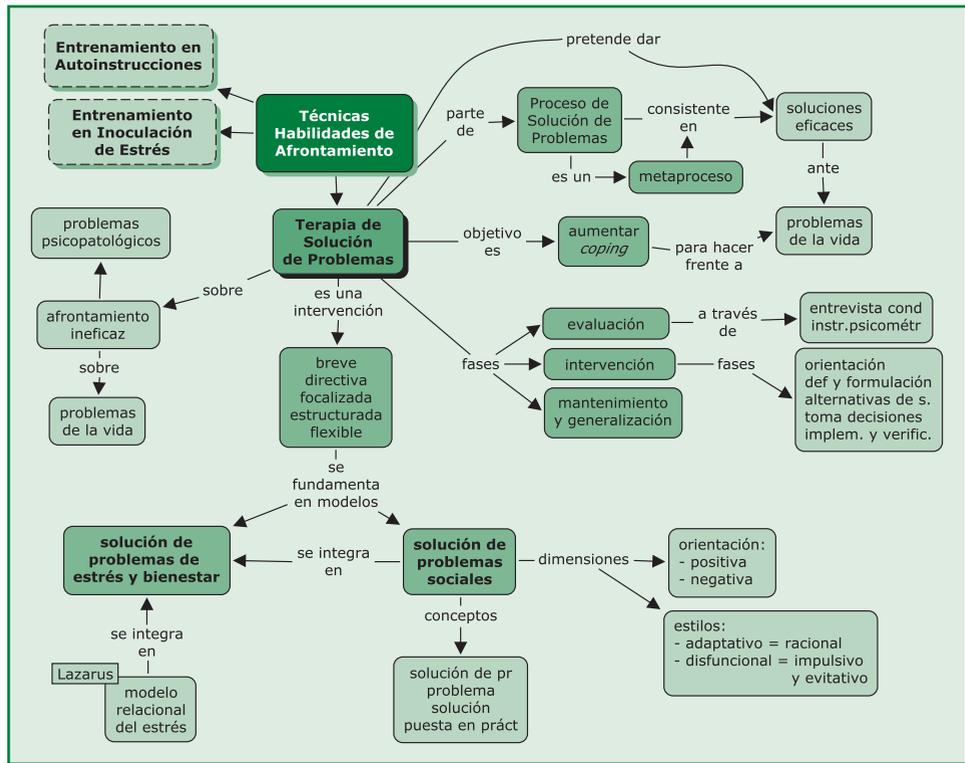
4.4. Estudios de eficacia de la Terapia de Solución de Problemas

Los estudios sobre evidencia de eficacia de la Terapia de Solución de Problemas son numerosos y muy diversos desde hace décadas. Antes de esta última década la TSP se había mostrado como tratamiento efectivo en los siguientes problemas y grupos de pacientes: suicidio, fobia social, problemas maritales, problemas padres-hijos, en atención primaria, retraso mental en adultos con problemas psiquiátricos concomitantes, dolor de espalda, artritis, pacientes con heridas craneales y en problemas de abuso de drogas (para una revisión de estos estudios puede consultarse D'Zurilla y Nezu, 2007).

En los últimos años (desde el 2000 a la actualidad) los estudios de eficacia se han centrado principalmente en la esquizofrenia, la depresión unipolar, la depresión geriátrica, el trastorno de ansiedad generalizada, cuidadores, obesidad, cefaleas, cáncer, diabetes y agresores. La evidencia en estas áreas sugiere contundentemente que

la TSP es una intervención eficaz y flexible para una gran variedad de problemas y pacientes (una revisión exhaustiva de estas áreas de intervención puede consultarse en D'Zurilla y Nezu, 2010). De forma más concreta, cabe destacar los datos en depresión dónde los meta-análisis específicos realizados recientemente sobre la Terapia de Solución de Problemas aplicada a la depresión muestran conclusiones muy positivas, que apoyan la efectividad de la Terapia de Solución de Problemas para la depresión, tanto si se tienen en cuenta los resultados post-tratamiento o de seguimiento (Bell y D'Zurilla, 2009; Cuijpers, van Straten y Warmerdam, 2007). Por otra parte, el meta-análisis realizado por Malouff, Thorsteinsson y Schutte (2007) revisando 32 estudios, y un total de 2.895 participantes con diversos problemas físicos y mentales provee una fuerte evidencia sobre su eficacia. Específicamente esta investigación muestra que aunque la TSP no resulta significativamente más efectiva que otros tratamientos psicosociales ($d=0.22$), la TSP fue significativamente más efectiva que ningún tratamiento ($d=1.37$) o que un placebo de atención ($d=0.54$). Algunos factores moderadores de dichos efectos fueron si el protocolo aplicado incluía entrenamiento en orientación al problema, si las se asignaban tareas para casa, o si uno de los autores-padres de la Terapia de Solución de Problemas ayudaban a llevar a cabo el estudio (D'Zurilla y Nezu, 2010).

4.5. Mapa conceptual de la Terapia de Solución de Problemas



5. Conclusiones y consideraciones finales

Las terapias de afrontamiento y de solución de problemas que han sido revisadas en este capítulo constituyen actualmente algunos de los tratamientos cognitivo-conductuales con apoyo empírico de mayor utilidad y amplitud de aplicación. Entre sus características, probablemente la estandarización y flexibilidad, son los aspectos que más pueden haber contribuido a su diseminación, tanto a lo largo del tiempo y como de las diferentes áreas de intervención. La sistematización sin duda ha contribuido a su adaptación y permanencia en el tiempo, pues ha proporcionado una estructura de práctica clínica clara y fácilmente observable, que ha permitido el diseño e implementación de numerosas intervenciones e investigaciones, que a su vez han sido fácilmente replicables. Por otra parte, aún cuando los tres programas de intervención (Entrenamiento en Autoinstrucciones, Entrenamiento en Inoculación de Estrés y Terapia de Solución de Problemas) contemplan una estructura que guía el proceso y procedimiento de intervención, dicho armazón procedimental carece de rigidez, permitiendo una flexibilidad en las aplicaciones que también, sin duda, ha contribuido a su adaptabilidad y subsistencia.

A lo largo de las ya cuatro décadas de permanencia en el ámbito de las intervenciones cognitivo-conductuales, desde su aparición como terapias cognitivas durante los años setenta del siglo pasado, el Entrenamiento en Autoinstrucciones, en Inoculación de Estrés y la Terapia de Solución Problemas se han ido perfilando teórica y procedimentalmente para contar en estos momentos con protocolos de intervención que permiten su aplicación en casi cualquier problema, individuo o grupo de individuos, o situación. Por otra parte, su versatilidad y utilidad convierten también a estas intervenciones en elementos casi imprescindibles del diseño de programas de intervención cognitivo-conductual multi-componente que caracteriza la intervención cognitivo-conductual en la actualidad.

Por último señalar, en que en una época dónde la protocolización de tratamientos se ha vuelto un objetivo a perseguir, particularmente en la terapia cognitivo-conductual, es importante señalar el énfasis de los autores del EA, el EIE y la TSP en la necesidad de adaptación y adecuación de los protocolo a las circunstancias y casos concretos que sean abordados, abundando en la necesidad de estar siempre el protocolo al servicio de la intervención concreta y no al contrario.

6. Resumen

- En este capítulo se han descrito tres intervenciones Cognitivo-conductuales cuyo objetivo fundamental es el incremento de las habilidades de afrontamiento para reducir el estrés y malestar emocional así como para incrementar la autoeficacia y la competencia personal. Estas intervenciones son: el

Entrenamiento en Autoinstrucciones, 2) el Entrenamiento en Inoculación de Estrés y 3) el entrenamiento o Terapia de Solución de Problemas.

- El Entrenamiento en Autoinstrucciones (EA) fue diseñado por Meichenbaum (1969) con el objetivo de instaurar o modificar el diálogo interno cuando lo que el individuo se dice a sí mismo interfiere con la ejecución de una tarea específica, o dificulta el abordar adecuadamente una situación.
- Desde la psicología básica, las autoinstrucciones son consideradas estrategias metacognitivas cuyo objetivo es favorecer la autorregulación de la conducta, así como la creencia y confianza en la propia capacidad
- Las autoinstrucciones cumplen varias funciones entre las que cabe destacar: Preparar al individuo para utilizar autoinstrucciones específicas en situaciones concretas, focalizar la atención, guiar la conducta, proporcionar refuerzo y retroalimentación sobre la ejecución, evaluar los resultados de la ejecución y reducir ansiedad.
- En general el Entrenamiento en Autoinstrucciones suele utilizarse como parte de un programa de intervención multicomponente, en combinación con otras técnicas.
- La Inoculación de Estrés fue el nombre que se dio a un paquete de técnicas cognitivo-conductuales diseñado inicialmente para el tratamiento de problemas de ansiedad (Meichenbaum y Cameron, 1973).
- Las influencias teóricas fundamentales que sustentan el EIE son el *modelo transaccional del estrés* (Lazarus y Folkman, 1984), el modelo de *determinismo recíproco* de Bandura (1977) y los distintos modelos teóricos que ponen de relieve el impacto del estrés sobre los procesos cognitivo-afectivos.
- El Entrenamiento en Inoculación de Estrés se lleva a cabo en tres fases interrelacionadas: fase de conceptualización, fase de adquisición y entrenamiento en habilidades de afrontamiento y fase de aplicación de las habilidades adquiridas.
- Los principales objetivos de fase de conceptualización son identificar y definir los problemas, y proporcionar una explicación o reconceptualización del problema que ayude al cliente a entender su naturaleza y sus efectos en sus emociones y conductas.
- En la fase de adquisición y entrenamiento en habilidades de afrontamiento se revisan, aprenden y entrenan durante las sesiones estrategias de afrontamiento cognitivas, conductuales y de control emocional que permitan abordar las situaciones específicas generadoras de estrés.
- Durante la fase de aplicación del EIE se ponen en práctica en situaciones reales y de manera progresiva las estrategias y técnicas entrenadas durante las sesiones.

- La Terapia de Solución de Problemas es una intervención cognitivo-conductual dirigida a incrementar la habilidad de un individuo de afrontar las experiencias estresantes de la vida y conseguir de esta forma identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes
- La principal asunción de la Terapia en Solución de Problemas es que los problemas psicopatológicos pueden entenderse como consecuencia de estrategias de afrontamiento ineficaces o desadaptativas.
- El modelo de solución de problemas original establece que los resultados del proceso de solución de problemas están determinados por dos procesos parcialmente independientes: *la orientación al problema* y *las habilidades de solución de problemas*. En la actualidad las habilidades de solución de problemas se conocen como *estilo de solución de problemas*.
- El objetivo general de la Terapia de Solución de Problemas es incrementar la habilidad del individuo para afrontar las experiencias estresantes cotidianas y promover una mayor competencia cognitiva y conductual en el manejo de dichas situaciones
- Las etapas de aplicación de la Terapia de Solución de Problemas son básicamente tres: 1) evaluación, 2) intervención y 3) mantenimiento y generalización.
- El entrenamiento específico en solución de problemas consta de cinco fases: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas de solución, toma de decisiones, e implementación de la solución y verificación.

7. Bibliografía recomendada

D'Zurilla, T.J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao. Desclée De Brouwer.

- Es esta monografía D'Zurilla describe los fundamentos teóricos de la primera formulación de la Terapia de Solución de Problemas, el procedimiento de aplicación y algunas de sus principales aplicaciones.

Meichenbaum, D. (1987). *Manual de Inoculación de Estrés*. Barcelona. Martínez Roca.

- En este libro Meichenbaum va describiendo con detalle cada una de las fases del Entrenamiento en Inoculación del Estrés. Es más bien manual realizado con fines divulgativos y de aplicación por lo que los fundamentos teóricos presentados son muy limitados.

Muñoz, M. y Berméjo, M. (2001). *Entrenamiento en Inoculación de Estrés*. Síntesis.

- Este libro es una guía detallada sobre cómo llevar a cabo el Entrenamiento en Inoculación de Estrés. Se describen aplicaciones a distintos problemas.

8. Referencias bibliográficas

- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H. y Higgins, P. (1992). Daily *coping* with pain from rheumatoid arthritis: patterns and correlates. *Pain*, 51, 221-229.
- Allen, T.W. (1988): The cognitive bases of peak performances: A classroom intervention with student athletes. *Journal of Counseling and Development*, 67, 202-204.
- American Psychiatric Association (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 3-31.
- Avia, M.D. y Ruiz, M.A. (1987). Systematic desensitization, stress inoculation, and nonspecific therapy on the treatment of mathematics anxiety. *Estudios de Psicología*, 31, 41-52.
- Ayalon, O. (1983). *Coping with terrorism: The Israeli case*. En D. Meichenbaum y M. Jaremko (Eds.): *Stress prevention and management: A cognitive Behavioural approach*. N.Y. Plenum Press.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall.
- Bell, A.C. y D'Zurilla, T.J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 348-353.
- Bentall, R.P., Higson, P. y Lowe, C. (1987). Teaching self-instructions to chronic schizophrenic patients: Efficacy and generalization. *Behavioural Psychotherapy*, 15, 58-76.
- Cahill, S.P., Rauch, S.A., Hembree, E.A. y Foa, E.B. (2004). Effect of cognitive-behavioral treatments for PTSD on anger. En S. Taylor (Ed.): *Advances in the treatment of posttraumatic stress disorder: Cognitive-Behavioral perspectives*. NY. Springer.
- Calero, M.D., Luna, M.J., Vera-Villaruel, P. y González, M.C. (2001). Un estudio de validez del inventario de solución de problemas sociales (social problem-solving inventory-R, SPSI-R). *Psicología Conductual*, 9, 373-387.
- Calvete, E. y Cardeñoso, O. (2001). Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos. *Psicothema*, 13, 95-100.
- Caplan, R.D., Vinokur, A.D., Price, R.H. y van Ryn, M. (1989). Job seeking, reemployment, and mental health: a randomized field experiment in *coping* with job loss. *Journal of Applied Psychology*, 74, 10-20.
- Cash, T.F. y Lavalley, D.M. (1997). Cognitive-behavioral body-image therapy: Extended evidence of the efficacy of a self-directed program. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 15, 281-294.
- Cradock, C., Cotler, S. y Jason, L.A. (1978). Primary prevention: Immunization of children for speech anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 389-396.
- Chang, E.C., D'Zurilla, T.J. y Sanna, L.J. (2004). *Social problem solving: Theory, research, and training*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Cuijpers, P., van Straten, A. y Warmerdam, L. (2007). Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 22, 9-15.
- Defenbacher, J. y Hahloser, R. (1981): Cognitive and relaxation coping skills in stress-inoculation. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 211-215.
- Deffenbacher, J., McNamara, K., Stark, R. y Sabadell, P. (1991). A combination of cognitive relaxation, and behavioral coping skills in the reduction of anger. *Journal of College Student Development*, 26, 114-212.
- Dunning, C. (1990). Mental Health sequelae in disaster workers: Prevention and intervention. *International Journal of Mental Health*, 19, 91-103.
- Dunkel, L.D. y Glaros, A.G. (1978). Comparison of self-instructional and stimulus control treatments for obesity. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 75-78.
- D'Zurilla, T.J. (1986). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. Nueva York: Springer.
- D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- D'Zurilla, T.J. y Maschka, G. (1988). *Outcome of a problem-solving approach to stress management: I. Comparison with social support*. Paper presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy Convention, Nueva York, NY.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A. (1982). Social problem solving in adults. En P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1). NY: Academic Press.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem-Solving Inventory (SPSI). *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 156-163.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2^a ed.). Nueva York: Springer.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). NY: Springer Publishing Co.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (2010). Problem-solving therapy. En K.S. Dobson (Ed.): *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd Ed). NY: Guilford Press.
- D'Zurilla, T.J., Nezu, A.M. y Maydeu-Olivares, A. (2002). *Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R): Technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Egan, K. (1983). Stress management and child management with abusive parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 292-299.
- Eliot, G.R. y Eisdorfer, C. (1982). *Stress and human health*. NY: Springer-Verlag.
- Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Hyun, C.S., Elashoff, T.R., Guthrie, D. Fahey, J.L. y Morn, D.L. (1993). Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence & survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.

- Foa, E, Dancu, C, Hembree, E, Jaycox, L, Meadows, E y Street, G (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.
- Foa, E.B., Davidson, J.R.T. y Frances, A. (1999): The Expert Consensus Guidelines: Treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 4-76.
- Foa, E.B. y Rothbaum, B.O. (1998): *Treating the trauma of rape: Cognitive-Behavioral therapy for PTSD*. NY. Guilford.
- Foa, E, Rothbaum, B, Riggs, D y Murdock, T (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). *Coping as a mediator of emotion*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Foreman, S.A. (1980). A comparison of cognitive training and response cost procedures in modifying aggressive behavior of elementary school children. *Behavior Therapy*, 11, 594-600.
- Franzen, M.D. y Lovell, M.R. (1987). Behavioral treatments of aggressive sequelae of brain injury. *Psychiatric Annals*, 17, 389-396.
- García, J., Simón, M.A., Durán, M., Cancellor, J. y Aneiros, F.J. (2006). Differential efficacy of a cognitive-behavioral intervention versus pharmacological treatment in the management of fibromyalgic syndrome. *Psychology, Health & Medicine*, 11, 498-506.
- García, L., Valdes, M., Jodar, I., Riesco, N. y de Flores, T. (1994). Psychological factors & vulnerability to psychiatric morbidity after myocardial infarction. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 61, 187-94.
- Gil, K.M., Carson, J.W., Sedway, J.A., Porter, L.S., Schaeffer, J.J. y Orringer, E. (2000). Follow-up coping skills training in adults with sickle cell disease: Analysis of daily pain and coping practice diaries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 85-90.
- Golden, W.L. y Consorte, J. (1982). Training mildly retarded individuals to control their anger through the use of cognitive behavior therapy techniques. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 13, 182-187.
- Goldfried, M. R. y D'Zurilla, T. J. (1969). A behavioral-analytic model for assessing competence. En C. Spielberger (Ed.), *Current topics in clinical and community psychology*, Vol. 1. Nueva York: Academic.
- Hains, A.A. y Szyjakowski, M. (1990). A cognitive stress-reduction intervention program for adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 79-84.
- Hayslip, B. (1989). Alternative mechanism for improvements in fluid ability performance among older adults. *Psychology and Aging*, 4, 122-124.

- Hembree, E.A. y Foa, E.B. (2003). Interventions for trauma-related emotional disturbances in adult victims of crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 187-199.
- Heppner, P.P. y Peterson, C.H. (1982). The development and implications of a personal problem solving inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 29, 66-75.
- Horan, J., Hackett, G., Buchanan, J., Stone, C. y Demchik-Stone, D. (1977). *Coping with pain: A component analysis of stress inoculation. Cognitive Therapy and Research*, 1, 211-221.
- Jacobs, M.K. y Cochran, S.D. (1982). The effects of cognitive restructuring on assertive behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 63-76.
- Janoff-Bulman, R. (1990). Understanding people in terms of their assumptive worlds. En D.J. Ozer, J.M. Hearnly y A.J. Stewart (Eds.): *Perspectives on personality: Self and emotion*. Greenwich, CT: JAI Press.
- Jaremko, M.E. (1980). The use of stress inoculation training in the reduction of public speaking anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 735-738.
- Kant, G.L., D'Zurilla, T.J. y Maydeu-Olivares, A. (1997). Social problem solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 73-96.
- Kazdin, A.E. y Mascitelli, S. (1982). Behavioral rehearsal, self-instructions, and homework practice in developing assertiveness. *Behavior Therapy*, 13, 346-360.
- Keefe, F.J., Crisson, J., Urban, B.J. y Williams, D.A. (1990). Analyzing chronic low back pain: the relative contribution of pain coping strategies. *Pain*, 40, 293-301.
- Kendall, P.C. (1983). Stressful medical procedures: Cognitive-behavioral strategies for stress management and prevention. En D. Meichenbaum y M. Jaremko (Eds.), *Stress prevention and management: a cognitive behavioral approach*. NY: Plenum Press.
- Kettlewell, P.W., Mizes, J.S. y Wasylshyn, N.A. (1992). A cognitive-behavioral group treatment of bulimia. *Behavior therapy*, 23, 657-670.
- Kirschebaum, D.S., Wittrock, D.A., Smith, R.A. y Monson, W. (1984). Criticism inoculation training: Concept in search of strategy. *Journal of Sport Psychology*, 6, 77-93.
- Labouvie-Vief, G. y Gonda, J. (1976). Cognitive strategy training and intellectual performance in the elderly. *Journal of Gerontology*, 31, 327-332.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. Nueva York: Springer.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- Londahl, E.A., Tverskoy, A. y D'Zurilla, T.J. (2005). The relations of internalizing symptoms to conflict and interpersonal problem solving in close relationships. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 445-462.
- Luria, A. (1961). *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behaviors*. NY: Liveright.
- Mahoney, M.J. y Arnkoff, D.B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.

- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B. y Schutte, N.S. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 46-57.
- Maydeu-Olivares, A. y D'Zurilla, T.J. (1995). A factor analysis of the Social Problem-Solving Inventory using polychoric correlations. *European Journal of Psychological Assessment*, 11, 98-107.
- Maydeu-Olivares, A. y D'Zurilla, T.J. (1996). A factor-analytic study of the Social Problem-Solving Inventory: An integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 115-133.
- Maydeu-Olivares, A., Rodríguez-Fornells, A., Gómez-Benito, J. y D'Zurilla, T. J. (2000). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Social Problem-Solving Inventory/Revised (SPSI-R). *Personality and Individual Differences*, 29, 699-708.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. NY. Plenum.
- Meichenbaum, D. (1992). Stress Inoculation Training: A 20-year update. En R.L. Woolfolk and P.M. Lehrer (Eds.), *Principles and practices of stress management*. NY. Guilford.
- Meichenbaum, D. (2007). Stress Inoculation Training: A preventative and treatment approach. En P.M. Lehrer, R.L. Woolfolk y W.E. Sime (Eds.), *Principles and practice of stress management*. NY. Guilford.
- Meichenbaum, D. (2008). Bolstering resilience: Benefiting from lessons learned. En D. Brom, P. Horenczyk y E. Ford (Eds.), *Treating traumatized children: Risk, resilience and recovery*. Nueva York: Routledge.
- Meichenbaum, D. (2009). Stress Inoculation Training. En W.T. O'Donohue, J.E. Fisher (Eds.), *General Principles and Empirically supported techniques of Cognitive Behavior Therapy*. N.J.: Wiley & Sons, Inc.
- Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1973). Training schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attentional controls. *Behavior Therapy*, 4, 515-534.
- Meichenbaum, D y Deffenbacher, J.L. (1988). Stress Inoculation Training. *Counseling Psychologist*, 16, 69-90.
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Meichenbaum, D. y Jaremko, M.E. (1993). *Stress reduction and prevention: A cognitive behavioural approach*. NY. Plenum Press
- Meichenbaum, D. y Novaco, R. (1985). Stress inoculation: A preventative approach. *Issues in Mental Health Nursing*, 7, 419-425.
- Meng, A. y Zastowny, T. (1982). Preparation for hospitalization for parents and children. *Maternal-Child Nursing Journal*, 11, 87-94.

- Moses, A.N. y Hollandsworth, J.G. (1985). Relative effectiveness of education alone versus stress inoculation training in the treatment of dental phobia. *Behavior Therapy*, 16, 531-537.
- Nezu, A.M. (1986). Negative life stress and anxiety: Problem solving as a moderator variable. *Psychological Reports*, 58, 279-283.
- Nezu, A.M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35, 1-33.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Faddis, S., DelliCarpini, L.A. y Houts, P.S. (1995). *Social problem solving as a moderator of cancer-related stress*. Paper presented to the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Felgoise, S.H., McClure, K.S. y Houts, P.S. (2003). Project Genesis: Assessing the efficacy of problem-solving therapy for distressed adult cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1036-1048.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. y Lombardo, E.R. (2004). *Cognitive-behavioral case formulation and treatment design: A problem-solving approach*. Nueva York: Springer Publishing Co.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Saraydarian, L., Kalmar, K. y Ronan, G. F. (1986). Social problem solving as a moderator variable between negative life stress and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 489-498.
- Nezu, A.M. y Perri, M.G. (1989). Social problem solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 408-413.
- Nezu, A.M., Perri, M.G., Nezu, C.M. y Mahoney, D.J. (1987). *Social problem solving as a moderator of stressful events among clinically depressed individuals*. Paper presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy Convention, Boston, MA.
- Novaco, R. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: D.C. Heath.
- O'Callaghan, M.E. y Couvadelli, B. (1998). Use of self-instructional strategies with three neurologically impaired adults. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 91-107
- Osborn, A. (1963). *Applied imagination: Principles and procedures of creative problem solving*. NY: Charles Scribner's Sons.
- Overhoser, J.C. y Fine, M.A. (1994). Cognitive-behavioral treatment of excessive interpersonal dependency: A four-stage psychotherapy model. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 8, 55-70.
- Platt, J.J. y Spivack, G. (1975). *Manual for the Means-ends Problem-Solving Procedures (MEPS): A measure of interpersonal cognitive problem-solving skills*. Philadelphia, Hahneemann Community Mental Health/Mental Retardation Center.
- Rabin, C. y Nardi, C. (1991). Treating post traumatic stress disorder couples: A psychoeducational program. *Community Mental Health Journal*, 27, 209-224.

- Ruiz, M.A. (1993). Técnicas Cognitivas y Terapias Cognitivo-Conductuales. En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (Eds.), *Manual Práctico de Modificación de Conducta*. Vol. 2. Madrid: FUE..
- Rusch, F.R., Hughes, C. y Wilson, P.G. (1995). Utilizing cognitive strategies in the acquisition of employment skills. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.), *Handbook of psychological skills training: Clinical techniques and applications*. Boston: Allyn y Bacon.
- Smoll, F.L. y Smith, R.E. (1989). Reducing stress in youth sport: Theory and application. En F.L. Smoll, R.A. Magell y M.J. Ash (Eds.), *Children in sport*. Champaign, Il.: Human Kinetics.
- Spiegler, M.D. y Guevremont, D.C. (2010). *Contemporary Behavior Therapy*. Wadsworth.
- Stern, J.B. y Fodor, I.G. (1989). Anger control in children: A review of social skills and cognitive behavioral approaches to dealing with aggressive children. *Child and Family Behavior Therapy*, 11, 1-20.
- Suinn, R.M. (1990). *Anxiety management training*. NY. Plenum.
- Suzman, K.B., Morris, R.D., Morris, M.K. y Milan, M.A. (1997). Cognitive-behavioral remediation of problem solving deficits in children with acquired brain injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 202-212.
- Tableman, B., Marciniak, D., Johnson, D. y Rodgers, R. (1982). Stress management training for women on public assistance. *American Journal of Community Psychology*, 10, 357-367.
- Trzepacz, A.M. y Luiselli, J.K. (2004). Efficacy of stress inoculation training in a case of posttraumatic stress disorder (PTSD) secondary to emergency gynecological surgery. *Clinical Case Studies*, 3, 83-92.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. NY. Guilford Press.
- Tverskoy, A., Londahl, E.A. y D'Zurilla, T. . (2007). *The role of social problem solving in the relationship between conflict and aggression in close relationships*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, Stony Brook University, NY.
- Vallis, M. (1984). A complete component analysis stress inoculation in pain tolerance. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 313-329.
- Van Broeck, N. (1985). Cognitive and behavior modification in the treatment of psychophysical complaints by children. *Gedragstherapie*, 18, 127-141.
- Vigotsky, L.S. (1972). *Thought and language*. NY: Wiley. (Traducción al castellano: *Pensamiento y lenguaje*, Buenos Aires: Pléyades, 1977).
- Wilkinson, P. y Mynors-Wallis, L. (1994). Problem-solving therapy in the treatment of unexplained physical symptoms in primary care: a preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 591-598.

Mindfulness

Arabella Villalobos, Marta Isabel Díaz y M^a Ángeles Ruiz

1. Introducción

2. ¿Qué se entiende por *mindfulness*?

3. Origen de *mindfulness* y fundamentos teóricos

4. Definición de *mindfulness*

5. Componentes de *mindfulness*

6. Mecanismos de acción

7. Aplicaciones de la meditación con *mindfulness*

7.1. Programa de reducción del estrés basado en *mindfulness* (MBSR)

7.1.1. Estructura del programa MBSR

7.1.2. Técnicas del MBSR

7.1.3. Procedimiento del programa MBSR

7.1.4. Aplicaciones y resultados del programa MBSR

7.2. Terapia cognitiva basada en *mindfulness* para la depresión (MBCT)

7.2.1. Estructura y procedimiento del programa MBCT

7.2.2. Aplicaciones y resultados del programa MBCT

8. Mapa conceptual de *mindfulness*

9. Consideraciones finales

10. Resumen

11. Bibliografía recomendada

12. Referencias bibliográficas



John Kabat-Zinn obtuvo su doctorado en biología molecular en el *Massachusetts Institute of Technology (MIT)* en 1971. Fundador de la Clínica de Reducción del Estrés del Centro Médico de la Universidad de *Massachusetts* y profesor emérito de medicina de la misma Universidad. Su programa de entrenamiento en *mindfulness* se desarrolla en un centro comunitario de salud de la ciudad de Worcester, que asiste a una población multiétnica de escasos recursos económicos. Entre los años 1992 y 1996 el programa se implementó, en diversas unidades carcelarias del Estado de *Massachusetts*, para mejorar la calidad de vida de los presos y del personal.

<http://www.mindfulnesscds.com/author.html>

Palabras clave

- *Mindfulness*
- Meditación
- Atención plena
- Defusión
- Aceptación
- *Body scan*
- Auto-observación

Objetivos

Este capítulo ha sido escrito con el objetivo de que el lector o lectora...

- Conozca los orígenes, definición, componentes y mecanismos de acción de *mindfulness*.
- Entienda el cambio de perspectiva que supone *mindfulness* en relación con la forma tradicional de hacer Terapia Cognitivo Conductual.
- Entienda en qué consiste el cambio en la relación con eventos internos que promueve la práctica de *mindfulness* y cómo este cambio puede ejercer un efecto beneficioso.
- Conozca cómo se integra la práctica de *mindfulness* dentro de la Terapia Cognitivo Conductual actual.
- Conozca con detalle los dos programas de intervención que lo incluyen como elemento esencial y que han mostrado mayor utilidad en la clínica.
- Conozca diversas formas de meditación mediante *mindfulness*.

1. Introducción

La técnica de *mindfulness* se integra dentro de las intervenciones y *terapias de tercera generación* (TTG). Tal y como se expuso en el primer capítulo sobre la historia de la Terapia Cognitivo Conductual, este nuevo enfoque terapéutico se caracteriza por adoptar una perspectiva más experiencial, enfatizando la importancia de cambiar la relación con la experiencia interna (sensaciones, cogniciones o emociones) a través de la aceptación, en lugar de pretender eliminarla o modificarla. De esta forma, al grupo de terapias que surge incluyendo los componentes de *mindfulness* y aceptación, se les ha denominado por algunos autores terapias de tercera generación (Hayes, 2004; Baer, 2006; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). Se establece así una diferencia con respecto a las formas anteriores de hacer terapia cognitivo conductual denominadas primera y segunda generación: la *primera generación* constituida por terapias y técnicas derivadas de los principios de aprendizaje, y la *segunda generación* conformada por aquellos acercamientos que trabajan en la corrección de patrones de pensamiento para mejorar la salud mental.

Aunque los enfoques terapéuticos basados en el *mindfulness* y la aceptación tienen una larga historia (Olenzki, 2005), sólo recientemente ha surgido el interés por el papel de estos constructos en el campo de la salud mental, integrándose en la psicoterapia a través de enfoques con una clara vocación empírica. Específicamente, la inclusión de la práctica de *mindfulness* en la psicoterapia occidental obedece a la necesidad de ampliar y optimizar los enfoques terapéuticos existentes para reducir la vulnerabilidad cognitiva al estrés y las respuestas emocionales negativas. Según diversos estudios, *mindfulness* da cuenta de enormes beneficios, tanto para vivir una vida satisfactoria, como para ayudar a afrontar problemas físicos y psicológicos. Por esta razón, su incorporación dentro del quehacer terapéutico está cobrando una importancia creciente, siendo numerosos y diversos los programas de intervención que en la actualidad incluyen la práctica de *mindfulness*. Para algunos autores *mindfulness* es el elemento central e integrador de sus intervenciones, habiendo desarrollado programas de intervención específicos a partir de esta práctica (Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams y Teasdale, 2002; Marlatt, 2005), para otros (Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2003; Linehan, 1993), *mindfulness* es un componente más dentro de su sistema de tratamiento. En todos ellos, el enfoque terapéutico resulta novedoso y radicalmente diferente en relación con las generaciones anteriores.

2. ¿Qué se entiende por *mindfulness*?

Atención plena, o *conciencia plena*, son los términos en castellano para hacer referencia al término inglés *mindfulness*, a su vez *mindfulness* es la traducción de una antigua palabra india, *Sati*, que significa conciencia, atención y recuerdo. El tér-

mino *mindfulness* normalmente se refiere tanto al aspecto procedimental, es decir, a la práctica de una antigua práctica budista de meditación, como también a la genuina experiencia derivada de ella, la conciencia plena. Siendo así, resulta difícil dar una definición operacional pues no es fácil describir la subjetividad de dicha vivencia. No obstante, y a pesar de las controversias sobre qué es o no es *mindfulness*, los clínicos e investigadores comparten la afirmación de que es una experiencia caracterizada por la conciencia del momento presente, sin juicios y con aceptación.

La experiencia de *mindfulness* guarda relación con el hecho de *estar en contacto*, de examinar quien somos, de cuestionar nuestra visión del mundo y de cultivar la capacidad de apreciar plenamente cada momento de la vida (Kabat-Zinn, 1994). Se trata de una estrategia de meditación que pretende la conexión con el aquí y ahora, o simplemente de prestar atención cotidianamente, haciéndonos conscientes de lo que estamos sintiendo, pensando y haciendo en el momento presente, pues la divagación de la mente por los derroteros inciertos del futuro e irreversibles del pasado suele llevar al abandono de lo que único que es real para el ser humano: su capacidad de actuar en el momento y sobre el contexto presente.

Alcanzar el estado de *mindfulness* requiere una práctica diligente. El hábito diario de meditación va facilitando la suspensión del juicio, la observación y la aceptación, sin pretender nada más que observar, sin querer cambiar los procesos cognitivos y emocionales que resultan en las distintas esferas de nuestra experiencia. En definitiva, el objetivo del *mindfulness* es cambiar las relaciones que las personas establecen con los pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas que activan y mantienen los estados del trastorno mental.

3. Origen de *mindfulness* y fundamentos teóricos

Al hablar de Mindfulness es necesario hacer referencia a las técnicas de meditación orientales, Vipassana y meditación Zen, que son prácticas habituales dentro del budismo. De hecho, para algunos autores *mindfulness* es “*el corazón de la meditación budista*” (Thera, 1992; Kabat-Zinn, 2003), no obstante, en su adaptación a occidente, *mindfulness* no se identifica solamente con la meditación, sino que se concibe también como un estado de conciencia con la atención abierta y receptiva hacia la experiencia y los acontecimientos que están ocurriendo (Brown y Ryan (2003), o bien se considera como un proceso de *observación* no enjuiciadora de la corriente de estímulos internos y externos, tal y como éstos surgen (Baer, 2003).

Aunque existen otras tradiciones budistas (*Mahayana* y *Vajrayana*) se considera *mindfulness* como la piedra angular del budismo *Theravada* difundido hace 2500 años por el buda Siddharta Gautama en Asia meridional y sudoriental. *Theravada* es

una palabra del idioma pali, compuesta por *thera* que significa antiguo y *vada* que se traduce como doctrina, y significa *la doctrina o enseñanza de los antiguos*. En la doctrina budista, la mente es el punto inicial y lo que se pretende es liberarla y purificarla. Para ello, una de las principales técnicas es la meditación *Vipassana*, que es clave para alcanzar el *nirvana* y supone una experiencia directa de nuestra realidad, constituyendo una técnica de auto-observación. En el idioma que se utilizaba en la India en la época del Buda *passana* significaba ver las cosas de forma corriente, con los ojos abiertos, mientras que *vipassana* es observar las cosas tal y como son, no como parecen ser. En esta meditación se describen varios pasos:

- *El primero* consiste en abstenerse de cualquier acto físico o verbal que pueda perturbar la paz y la armonía de los demás. Se establece el compromiso de no matar, no robar, no tener una conducta sexual inadecuada, no mentir y no tomar sustancias tóxicas. Así se posibilita la serenidad suficiente como para poder continuar.
- *El segundo* paso es aprender a controlar la mente adiestrándola para que se concentre en un único objeto, se puede usar como objeto de observación la respiración, los objetos mentales, las sensaciones o todo a la vez. La mente está atenta a su tarea registrando lo que ocurre de forma clara y totalmente desapegada. No involucrarse con los acontecimientos o la ecuanimidad son las claves para ver la realidad tal cual es.
- *El tercer paso* complementa los anteriores y consiste en purificarse desarrollando la visión cabal de la propia naturaleza. Esta es la culminación de la enseñanza del Buda: la auto-purificación a través de la auto-observación.

Como se ha indicado, la aplicación de *mindfulness* también incluye prácticas de la meditación *Zen*. La palabra *Zen* es la pronunciación en japonés de la palabra china *Chan*, que a su vez deriva del sánscrito *Dhyana* que puede traducirse por meditación. Esta meditación se centra en la respiración y en las posiciones del cuerpo (caminar, estar sentado y tumbado). Una adaptación de estas prácticas se emplea en los programas *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR, Kabat-Zinn, 1990) y *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT, Segal et al., 2002 y 2007), que hacen de *mindfulness* su elemento central.

Posiblemente la divulgación de *mindfulness* se debe sobre todo al monje budista vietnamita Tich Naht Hanh, exiliado en Francia, que utiliza por primera vez el término en su libro *El milagro de mindfulness* (1975), y que tuvo gran resonancia en el mundo occidental. Su desarrollo en los años posteriores y especialmente a partir del año 2002 evidencia, no sólo el interés de muchos autores por estudiar la eficacia de los enfoques terapéuticos que lo incorporan, sino también la necesidad de realizar cambios en los procedimientos terapéuticos tradicionales (centrados en el control y

la eliminación de síntomas) que resultaban restrictivos e ineficaces a la hora de abordar trastornos complejos, graves o especialmente resistentes.

Se ha señalado cómo la tercera generación de terapeutas de conducta se adscribe a un marco conceptual diferente en la forma de abordar los problemas y su concepción de la psicopatología, y que las nuevas terapias conductuales pertenecientes a esta tercera generación toman la aceptación como un elemento nuclear de sus intervenciones. Estas terapias parten de que un acercamiento más amplio y flexible a las experiencias emocionales propias puede promover una sensación de bienestar, a pesar de que dichas experiencias resulten profundamente molestas y dolorosas. De hecho, la reticencia a entrar en contacto con estas experiencias, la búsqueda permanente de modos de escape y evitación (evitación experiencial), así como la rigidez y los juicios peyorativos a la hora de valorar esas experiencias, se han propuesto como los factores clave del mantenimiento de los problemas emocionales. La conceptualización de salud y trastorno que manejan estas TTG contiene de forma implícita la noción de que las experiencias emocionales intensas, percibidas por el sujeto como fuera de su control, retan el sentido de eficacia del individuo en su acercamiento a los estímulos cotidianos. El afrontamiento de las situaciones cotidianas conlleva numerosas respuestas emocionales, todas ellas explicables y normales, pero no todas aceptadas. La psicopatología aparecería cuando los sujetos no admiten las experiencias de malestar como resultado de la interacción con el contexto, e incrementan los problemas intentando evitar el dolor o malestar emocional que producen.

Estos nuevos planteamientos suponen además un acercamiento novedoso en TCC a la respuesta emocional. Las emociones no se consideran inadecuadas simplemente por el hecho de ser molestas, incómodas o dolorosas, pues de hecho, forman parte del funcionamiento efectivo y saludable del individuo (tanto las percibidas como negativas como las positivas). Las TTG toman como referencia las nociones sobre el proceso emocional que aporta la psicología básica o experimental (Ekman y Davidson, 1994a y 1994b), desde donde se entienden los procesos emocionales, no como entidades disruptivas del funcionamiento del individuo que deben ser controladas, sino como expresiones legítimas de comportamiento con un sentido adaptativo. En este punto existe una clara diferencia con los enfoques cognitivo-conductuales clásicos donde la consideración de la emoción se realiza desde una perspectiva racional y de control. Es de esta forma, como el *mindfulness* entronca con las llamadas terapias de tercera generación que se exponen en el capítulo 11, al proporcionar un medio que no pretende controlar sino facilitar la aceptación radical de las experiencias internas y externas, y promover el contacto con el momento presente, único escenario de la vida.

4. Definición de *mindfulness*

A pesar de la dificultad, diversos autores han procurado definir qué es y en qué consiste el *mindfulness*. Han tratado así de proveer un sustrato conceptual y operacional que distinga o caracterice este proceso experiencial, y lo han hecho a partir del análisis de conductas concretas, manifestaciones experienciales y procesos psicológicos implicados (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Cardomy et al., 2004). Ese proceso definitorio tiene importantes implicaciones, pues la clarificación de sus elementos puede facilitar la exploración de sus mecanismos de acción y le hace más susceptible de investigación controlada experimentalmente.

Las definiciones existentes se centran en tratar de describir la experiencia subjetiva que conlleva la práctica del *mindfulness* y sus componentes asociados, entre ellas, en nuestro país, cabe destacar la de Vallejo (2006), para él *mindfulness* "puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva. Los términos atención, conciencia y referencia al momento concreto están incluidos de lleno en su significado. Viene a plantear, por tanto, un empeño en centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva. Una opción por vivir lo que acontece en el momento actual, el aquí y el ahora, frente al vivir en la irrealidad, el soñar despierto".

Siguiendo con la descripción de la experiencia proporcionada por la práctica de *mindfulness*, Simón (2007) indica que es "algo muy simple y familiar, algo que todos nosotros hemos experimentado en numerosas ocasiones de nuestra vida cotidiana. Cuando somos conscientes de lo que estamos haciendo, pensando o sintiendo, estamos practicando *mindfulness*. Lo que sucede es que habitualmente nuestra mente se encuentra vagando sin orientación alguna, saltando de unas imágenes a otras, de unos a otros pensamientos. *mindfulness* es una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento. Es la práctica de la autoconciencia" (páginas 7 y 8). La definición de Simón, al igual que la anterior, hacen referencia a los elementos de atención y conciencia sobre el momento presente, y destaca que la experiencia de *mindfulness* no tiene necesariamente que estar asociada a la práctica de la meditación, siendo algo más cercano, simple y cotidiano de lo que *a priori* pueda parecer (Kabat-Zinn, 1994). En este sentido, es interesante destacar la opinión de Brown y Rayan (2004) sobre la conciencia plena, considerándola una capacidad natural del ser humano, habiendo personas que tienen esta capacidad más desarrollada sin haber practicado la meditación. Destacan también variaciones individuales en cuanto a la capacidad de darse cuenta y mantener la atención en lo que ocurre en el momento presente, variando esta capacidad dependiendo de diversos factores, por lo que la consideran tanto un rasgo como un estado.

Bishop et al. (2002 y 2004) han propuesto una definición en función de sus componentes, siendo éstos: (1) la autorregulación de la atención hacia (2) la experiencia inmediata, estando caracterizada esa atención por la apertura, la curiosidad y la aceptación. De esta forma, el *mindfulness* incluye tanto la conciencia del momento presente, como la forma particular de dicha conciencia (no reactiva y sin juicios de valor).

Jon Kabat-Zinn (1990), el autor probablemente más reputado internacionalmente en *mindfulness*, lo define como “prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar” y señala, además, tomándolos del Zen los siguientes elementos fundamentales relacionados con la actitud de la práctica de la atención plena:

- *No juzgar*: Implica abandonar la tendencia a categorizar y a juzgar la experiencia como buena o mala y a reaccionar mecánicamente a la etiqueta que hemos puesto en vez de a la experiencia en sí misma
- *Paciencia*: Significa ser capaces de respetar los procesos naturales de los acontecimientos y de los eventos internos y no pretender precipitarlos ni forzarlos. Según Kabat-Zinn (1990) consiste en estar abierto a cada momento sabiendo que las cosas se descubren cuando les toca.
- *Mente de principiante*: Se trata de permanecer libres de las expectativas basadas en experiencias previas. Ser conscientes de que con frecuencia nuestros pensamientos y creencias sobre lo que ya sabemos impiden ver las cosas tal y como son.
- *Confianza*: Se refiere a responsabilizarnos de ser nosotros mismos y aprender a escuchar nuestro propio ser y a tener confianza en él.
- *No esforzarse*: Se trata de abandonar el esfuerzo por conseguir resultados. Con la práctica regular de la conciencia plena, encaminada hacia los propios objetivos, el resultado se producirá por sí mismo
- *Aceptación*: Significa ver las cosas como son en el presente. Supone aceptarnos como somos antes de pretender cambiar. Habitualmente la aceptación es el paso final de un proceso emocional intenso en el que primero negamos lo que ocurre, después nos llenamos de ira y finalmente ya vencidos logramos aceptarlo. Este proceso tan costoso, puede cambiarse por el cultivo intencional la aceptación. No se trata de que nos tenga que gustar todo o de adoptar una postura pasiva, sino de llegar a la voluntad de ver las cosas como son.

Aunque se pueden agregar otras definiciones, todas ellas tratan de poner en palabras las vivencias a las que se suele llegar con la práctica del *mindfulness*, y coinciden en los elementos de atención, conciencia y aceptación de la experiencia presente. Kabat-Zinn insiste, además, en la relevancia del compromiso la autodisciplina y la intencionalidad durante la práctica. Es importante advertir que el hecho de que la definición de *mindfulness* contenga el término *intencional* significa, como señala Vallejo (2006), que la persona elige de forma activa en qué impli-

carse y sobre qué centrarse dependiendo de los objetivos o valores propios, y una vez que una situación es elegida se vive tal y como es, con aceptación.

La mayoría de los autores señalan que para comprender el significado de *mindfulness* la clave es la práctica; no hay otra forma de conocer cómo puede transformar la vida y la relación con el miedo, la ansiedad, la depresión o el pánico (Brantley, 2010). En definitiva, supone asumir un compromiso, disponer de la energía y disciplina suficiente para practicar, prestando una cuidadosa atención con actitud cordial y sin juicio previo. Durante la práctica se aprende a centrar la atención donde se quiera, evitando que sensaciones, preocupaciones, pensamientos, etc., nos aparten del presente.

En esencia, *mindfulness* puede considerarse como un fin en sí mismo, una forma de vivir, practicando mientras realizamos nuestras actividades habituales el ser conscientes de lo que estamos haciendo. Ahora bien, mantener la atención en lo que ocurre sin pretender cambiarlo y aceptándolo es algo difícil. Llegar a la conciencia plena, exige mucho esfuerzo para cambiar los hábitos de falta de atención y distracción que hemos desarrollado a lo largo de toda una vida (Brantley, 2010). Por otro lado, es difícil detenerse y sentir el momento presente en toda su plenitud, especialmente cuando nos abrimos para acoger lo doloroso e indeseable que hay en nuestra vida, ya que habitualmente practicamos lo que algunos autores denominan *mindlessness*, un estado en el que no prestamos atención al realizar las actividades, no percibimos las sensaciones que ocurren en nosotros y nos preocupamos del futuro o permanecemos dándole vueltas al pasado, actitud que podría interpretarse como una estrategia de evitación para no atender un pensamiento, emoción u objeto de percepción (Brown y Ryan, 2003).

5. Componentes de *mindfulness*

Conseguir llegar a las experiencias descritas de *mindfulness*, requiere implicarse en una serie de conductas que conllevan cambios cognitivos y actitudinales importantes en relación con nuestra forma habitual de relacionarnos con nuestros eventos internos y contexto externo. Estas conductas intencionales pueden considerarse los componentes esenciales de la práctica de *mindfulness*. Aunque la atención plena, no es un fenómeno exclusivamente cognitivo, sí se caracteriza por dos componentes de ese carácter, el *cultivo de la atención* y de la *concentración* (Simón, 2006). Entre las propuestas realizadas, Bishop et al. (2002) proponen un modelo muy exhaustivo que incluye los siguientes componentes: autorregulación de la atención y orientación hacia las propias experiencias en el momento presente, caracterizada por curiosidad, apertura y aceptación.

a. Autorregulación de la atención

En el contexto de *mindfulness*, la autorregulación de la atención se refiere a mantener la atención en la experiencia inmediata, sin buscar su control, permitiendo, de esta forma, un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente. Para ello es necesario cultivar las siguientes habilidades:

- *Atención sostenida*: Se refiere a la capacidad de mantener un estado de vigilancia durante periodos prolongados de tiempo. Por ejemplo, la atención sostenida en la respiración mantiene la atención ligada a la experiencia actual, de modo que los pensamientos, sentimientos y sensaciones se detectan a medida que surgen en la corriente de la conciencia.
- *Cambio atencional*: Consiste en llevar la atención a la respiración cuando se reconocen los pensamientos, sentimientos o sensaciones. Supone la flexibilidad de la atención para que se pueda dirigir de un objeto atencional (un determinado pensamiento, sentimiento, etc.) a otro (e.g. la respiración).
- *No elaborar pensamientos, sentimientos y sensaciones* a medida que surjan. No se trata de suprimirlos sino de que al considerarlos objetos de observación no capten totalmente la atención y, una vez que son reconocidos, se dirija la atención nuevamente a la respiración y se evite la elaboración de esos pensamientos, sentimientos y sensaciones.

La actividad de la autorregulación de la atención tiene la capacidad de ampliar los límites de la propia atención (Schneider y Shiffrin, 1977). De esta forma se facilita el acceso a información que de otro modo podría permanecer fuera de la conciencia, y se produce una perspectiva más amplia sobre la experiencia. En lugar de observar lo que ocurre a través del filtro de nuestras creencias, suposiciones, expectativas y deseos, la atención se centra en una observación directa y depurada, de diversos objetos como si fuera la primera vez, cualidad que se denomina *la mente principiante*. Es curioso observar en esta práctica una actitud frente a los datos de la experiencia que recuerda a la desarrollada y defendida por el *análisis conductual aplicado*, que desde los tiempos de Skinner defiende un acercamiento inductivo para la obtención del conocimiento, es decir, una aproximación a la realidad limpia y directa, desprovista de todo entramado teórico o ideológico.

b. Orientación hacia la experiencia

Esta orientación se inicia con el compromiso de mantener una actitud de curiosidad, abriendo la mente a la detección de cada uno de los pensamientos, senti-

mientos y sensaciones que surjan, *permitiéndolos* de forma que se reduzcan las estrategias que se usan para evitar tales aspectos. En otras palabras, supone acercarse a la experiencia con una orientación de aceptación y curiosidad, independientemente de la valencia emocional de la misma. El componente de aceptación radical, que Bishop et al. (2002) incluyen en la orientación a la experiencia, es probablemente el componente más importante de la experiencia de *mindfulness*, al menos a nivel terapéutico. La aceptación de cualquier tipo de respuesta cognitiva, psicofisiológica o emocional, como producto de nuestra transacción con el medio es el punto de partida para el cambio que muchas personas desean realizar en su vida, habiéndolo intentado hasta ese momento a través de la evitación (no aceptación), por considerar esas vivencias patológicas o inaceptables. Esta aceptación radical recuerda en cierto modo, y con todas las matizaciones que puedan hacerse al tratarse de un enfoque epistemológica y procedimentalmente muy diferente, a la distinción de Ellis en su Terapia Racional Emotiva Conductual entre problemas primarios y secundarios. Para Ellis, los problemas secundarios son producto de la no aceptación de los problemas primarios, siendo imprescindible abordar estos problemas secundarios antes de los primarios.

De forma muy similar al modelo anterior, Germer (2005a) destaca ocho cualidades que podrían considerarse como elementos claves, componentes o procesos cognitivos implicados en lo que denomina el *momento mindfulness*:

- *No-conceptual*: implica no elaborar los pensamientos sino tomar conciencia de ellos.
- *Centrado en el presente*: es decir, permanecer en la experiencia del momento.
- *No condenatorio*: sin juicios de valor negativos sobre lo que acontece.
- *Intencional*: implica poner la atención en un objeto atencional y volver a él sistemáticamente cuando hay distracciones.
- *Observación participante*: se trata de observar lo que ocurre implicándose plenamente en ello sin distanciarse como si fuera algo ajeno a la propia experiencia.
- *No-verbal*: en la experiencia el referente es emocional y sensorial.
- *Exploratorio*: abierto a la experiencia y a lo que la misma conlleve.
- *Liberador*: se trata de una experiencia que libera los hábitos de malestar producidos por los juicios de valor negativos, la proyección al pasado y al futuro y la necesidad de evitar las sensaciones y emociones.

Vemos que en estas cualidades se mezclan conductas intencionales durante la práctica (e.g. *observación participante* o *centrado en el presente*), con lo que pue-

den considerarse resultados de dicha práctica (cualidad de *liberador*) o con caracterizaciones de la experiencia de *mindfulness* (*no-verbal*).

Otra aportación la hacen Pérez y Botella (2007) señalando una serie de aspectos interdependientes que provienen del *Zen*, pero que en esencia coinciden con los componentes señalados por otros autores:

- *Atención al momento presente*: Este componente aparece en todos los modelos de Conciencia Plena si bien se ha debatido largamente sobre si la atención se centra en los sucesos internos (Bishop et al., 2004) o en las actividades de la vida diaria como sostienen Brown y Ryan (2004). Realmente el objeto de atención puede variar en función del momento, por lo que se pueden compatibilizar ambos planteamientos.
- *Apertura a la experiencia*, Significa observar los eventos sin la contaminación de las propias creencias o prejuicios, como si fuera la primera vez. Se llama "*mente del principiante*" que es una de las actitudes que señala Kabat-Zinn
- *Aceptación*: significa "*experimentar los eventos plenamente y sin defensas, tal como son*" (Hayes, 1994). Este aspecto lo incluyen todos los enfoques de conciencia plena.
- *Dejar pasar*: Consiste en no dejarse atrapar por pensamientos, sentimientos, sensaciones o deseos, no identificarse ni involucrarse con ellos. Este elemento es central en los procedimientos de intervención que tienen como base o incluyen la conciencia plena, pues las personas tienden a involucrarse en sus experiencias, impidiendo de esta forma, su alejamiento.
- *Intención*: Tal y como ya se señaló anteriormente, se refiere a lo que cada persona persigue cuando practica la conciencia plena. Es decir, *mindfulness* tiene un propósito y su práctica es intencional, no es posible llegar a las experiencias descritas sin la intención y tesón de la práctica.

Resumiendo, y aún teniendo en cuenta los diferentes matices que los diversos autores mantienen en cuanto a la delimitación de los componentes de *mindfulness*, se pueden destacar los siguientes elementos comunes:

- Atención orientada al presente.
- Aceptación radical de cualquier experiencia, sin evaluación ni juicio previo.
- Apertura a la experiencia sin elaborar los contenidos de pensamientos que se observan.
- Intencional, que supone elegir de forma activa en que implicarse.

6. Mecanismos de acción

La mayor parte de la investigación sobre *mindfulness* se ha centrado en evaluar la eficacia de las intervenciones que cuentan con este componente terapéutico. Sin embargo, las cuestiones sobre los mecanismos de acción subyacentes a los efectos de las intervenciones, han recibido menor atención, no obstante, algunos modelos y mecanismos han sido propuestos desde la óptica de muy diferentes disciplinas. Por ejemplo, desde la ciencia cognitiva se proponen mecanismos cognitivos mediadores como la conciencia metacognitiva (Teasdale et al., 2002), procesos de *repercepción* (Shapiro et al., 2006) o mediadores atencionales como la modulación del foco atencional (Carmody, 2009); por su parte, desde la neurociencia se proponen vías de mediación neurobiológicas como cambios neurofuncionales (Fletcher et al., 2010). Todos ellos subrayan la complejidad de los fenómenos responsables del cambio, no obstante, ninguno de ellos es capaz de integrar todos los detalles que parecen estar implicados en este proceso de cambio.

A continuación se exponen algunos de estos mecanismos de acción propuestos que parecen contar con mayor apoyo empírico y acuerdo entre los investigadores (Baer, 2003):

Exposición

La terapia de exposición es uno de los procedimientos de intervención más útiles y primordiales dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual. En la práctica de *mindfulness* se trabaja para contemplar las sensaciones, los pensamientos, las emociones como lo que son, sin intentar controlarlos o cambiarlos. Esta observación puede entenderse como una *exposición interoceptiva*, en imaginación y en vivo a los eventos internos, permitiendo quizá de esta forma el reprocesamiento emocional de los contenidos aversivos (Foa y Kozak, 1986).

En este sentido, y como se verá posteriormente en este capítulo, el programa de Kabat-Zinn (1979) de reducción del Estrés basado en la Conciencia Plena dirige la atención a diversas zonas corporales, observando detenidamente durante un tiempo las sensaciones corporales, sean dolorosas o no, sin enjuiciarlas y sin valorar los pensamientos asociados, ni las emociones. Esta actitud podría facilitar la desensibilización y reducir la excesiva reactividad emocional ante estas sensaciones, desensibilización que también podría generalizarse en cuanto a las señales físicas en los trastornos de ansiedad o el pánico, al contemplarlas sin escapar de ellas y sin juicios. Segal et al. (2002) sugieren que exponer a los pacientes depresivos a los contenidos de sus pensamientos puede ayudarles a liberarse del temor a sus estados emocionales y a tomar conciencia de su transitoriedad.

Relajación

Una de las vías para llegar a la relajación es la meditación (Benson, 1975). No obstante, *mindfulness* no es un entrenamiento de relajación, de hecho, cuando se atiende con conciencia plena a las sensaciones corporales sin hacer nada para cambiarlas puede ocurrir que se intensifique la percepción de las mismas y se note mayor tensión muscular, dolor o malestar. Ahora bien, es cierto que la práctica de los ejercicios de *mindfulness* puede conducir a la relajación (Baer, 2003), por ejemplo, el ejercicio de *body scan* utilizado por Kabat-Zinn (1994) en su *Programa de Reducción del Estrés basado en Mindfulness*, contiene elementos análogos a la práctica de relajación. Por otra parte, y desde una óptica inversa, cualquier procedimiento de relajación puede ser adecuado para adoptar la perspectiva de *mindfulness*, si la persona observa simplemente sus respuestas fisiológicas y acepta cualquier sensación, observando si estas sensaciones cambian, o no, sin intervenir en su proceso.

En definitiva, aunque la práctica del *mindfulness* trasciende la metodología de la relajación, esto no contradice que desde el enfoque *mindfulness* exista la intención de cultivar un estado mental y corporal relajado (Delgado, 2009), y que los efectos de esta relajación puedan ser responsables de parte del cambio promovido por la práctica de *mindfulness*.

Mecanismos cognitivos

El papel de la conciencia metacognitiva

El papel ejecutivo de la metacognición como proceso regulador del comportamiento (Flavell, 1976) ha sido propuesto como uno de los mecanismos de acción quizá más establecidos entre las vías de acción implicadas en la práctica de *mindfulness*. La *conciencia metacognitiva* es, de hecho, un componente clave de los acercamientos terapéuticos que utilizan *mindfulness*. Por ejemplo, la Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (Segal, et al., 2002) trata de potenciar esta capacidad para disminuir los procesos de rumiación. Cuando un practicante de *mindfulness* desarrolla un buen nivel de conciencia metacognitiva es capaz de usar esta habilidad para interceptar pensamientos indeseables y elegir una respuesta más adecuada. La metacognición implica la focalización de la atención sobre la corriente de eventos mentales, e intencionalmente interrumpir ese curso con una nueva corriente mental, cuyo objeto de atención son los eventos mentales precedentes. Estos procesos metacognitivos se conocen como regulación de la atención.

Cuando el ser humano toma conciencia de cualquier objeto o evento, se desencadena un tono afectivo inmediato en relación a la experiencia de la que es consciente, este tono afectivo puede ser agradable, desagradable o neutral. Este tono

afectivo se refiere a una respuesta más primaria que lo que supone una respuesta emocional de carácter ya más complejo (Mendis, 2006). Debido a la naturaleza espontánea, rápida y también transitoria del tono afectivo, constantemente activándose y desapareciendo, estas respuestas afectivas pueden pasar desapercibidas, pero pueden ser los desencadenantes inconscientes de cadenas de pensamientos y acciones que conllevan sufrimiento (Grabovac, Lau y Willett, 2011).

Uno de los principales factores que causa y mantiene el sufrimiento en los trastornos emocionales es la relación que la persona ha aprendido a activar con su propia experiencia interna. Un aspecto importante de esta relación es la tendencia de las personas a dejarse llevar y dominar por una cadena de pensamientos que se expande progresiva y firmemente llegando a tomar el control total de la persona. Durante *mindfulness* este proceso puede ocurrir pero la relación que se establece con él es diferente. Se toma conciencia del hecho de estar inmersos en un torrente de pensamientos interminable, que están presentes queramos o no. La cuestión no es eliminar esos pensamientos sino tomar conciencia, observar y distanciarse. El objetivo es darse cuenta de que somos algo más que nuestros propios pensamientos, cortando ese proceso de identificación con ellos que se ha venido produciendo desde hace tiempo. Este proceso es lo que se define como un proceso de *conciencia metacognitiva* (Teasdale et al., 1995).

La meditación por *mindfulness* funciona, no cambiando los contenidos de nuestra mente, sino cambiando la identificación (la relación) con esos contenidos, adoptando un papel de espectador de nuestros propios procesos. De esta forma, el poder *coercitivo* de los contenidos cognitivos y afectivos va decreciendo progresivamente hasta, eventualmente, desaparecer. Los procesos de *descentramiento* y de *desidentificación* son el objetivo final del *mindfulness*. Así como en la terapia cognitivo-conductual estos procesos se consideran un medio para alcanzar un fin (cambiar los contenidos del pensamiento) en este caso son el fin en sí mismo. De esta forma, la *desidentificación* y el desapego de aquello que aparece como real es la base de los enfoques que utilizan *mindfulness*.

Por ejemplo, la rumiación o preocupación es uno de los procesos cognitivos que acompañan a numerosos trastornos psicológicos. Cuando una persona se preocupa acerca de algún problema, incluso cuando parece que está afrontando el problema, realmente su preocupación le está apartando de percibir de forma directa la auténtica naturaleza de la dificultad. Esto sucede porque la preocupación supone siempre realizar un juicio de valor acerca de la experiencia. *Mindfulness* trabaja en el sentido contrario, favoreciendo la actitud de *dejar marchar* los propios pensamientos sin juicio alguno. Esta habilidad tiene implicaciones directas sobre la salud pues impide el estancamiento en círculos viciosos, a veces tremendamente deletéreos.

La utilización del *mindfulness* parece intervenir directamente sobre diversos aspectos de los pensamientos *rumiativos*, explotando la forma repetitiva en la que éstos trabajan. En el ser humano parece existir una especial atracción por la incesante conversación mental que ocurre en nuestra mente, hasta el punto de sentirnos solamente normales cuando nuestras mentes piensan, como si estuviésemos convencidos de que la solución a todos los problemas fuese a través del pensamiento, cuando realmente la solución viene a través de la acción. *Darse cuenta* de que el pensamiento es sólo eso, pensamiento, sin materia concreta, sin tener que ver con la realidad, es el principio que posibilita el proceso de desapego y que debilita los mecanismos disfuncionales. A través de la práctica de *mindfulness* los pensamientos son observados sólo como eventos internos que no reflejan la realidad, y con un carácter transitorio. Esta actitud cognitiva supone una *toma de perspectiva* (descenramiento) que permite no identificarse con ellos, de esta forma, por ejemplo se bloquean los patrones rumiativos propios de los pacientes depresivos (Segal et al 1995).

Los mecanismos metacognitivos no son completamente aceptados como mecanismos de acción de *mindfulness*, sino que el área de estudio y reflexión sobre los mecanismos cognitivos de esa práctica mantiene la controversia acerca de si *mindfulness* es una habilidad metacognitiva o no. Algunos autores como Bishop et al. (2004) consideran que se trata de una habilidad metacognitiva en tanto que al autorregular la atención, centrándola sobre la experiencia presente se observa esta como si fuera la primera vez, sin el filtro de las propias creencias. Sin embargo, para Brown y Ryan (2004) la conciencia y la metacognición son modalidades de procesamiento diferentes: la *metacognición* es un proceso cognitivo dentro del marco del pensamiento, mientras que el *mindfulness* es más perceptual operando sobre los pensamientos, emociones y contenidos de la conciencia más allá del marco del pensamiento. Cardiaccioto (2005) y Germer (2005) también distinguen *mindfulness* de la metacognición, ahora bien Germer sugiere que algunas creencias metacognitivas constituyen lo que se llaman *insights* en la psicología budista que serían *quasi* metacogniciones, en el sentido de que tienen un componente racional y otro intuitivo y, por otro lado, son observaciones sobre eventos mentales (Delgado, 2009). Desde nuestro punto de vista, aunque no todos los componentes implicados en el *mindfulness* puedan calificarse de habilidades metacognitivas, creemos que algunos de ellos (e.g. orientación al presente o dejar pasar), sí implican una toma de conciencia o perspectiva acerca de los procesos y contenidos cognitivos que están sucediendo en la mente, que les llevarían a situarse entre las habilidades de metacognición, pues del mismo modo que las auto-instrucciones monitorizan el proceso de ejecución para depurarlo y optimizarlo de cara a un objetivo, ciertos componentes del *mindfulness* monitorizarían la relación que la persona establece con sus eventos internos, liberándolos de juicios y situándolos en el lugar central de la vivencia del momento.

Algunos modelos cognitivos de *mindfulness* (*Buddhist Psychological Model*, Grabovac, Lau y Willett, 2011) mantienen que la mayor parte de los modelos de cambio pueden quedar reducidos a un modelo de cómo la regulación de la atención y la aceptación intencional disminuye la proliferación mental y los síntomas y mejora el bienestar. Esta perspectiva es compartida por Mikulas (2011) quien considera que las definiciones occidentales de *mindfulness* son realmente definiciones de práctica de la concentración y que muchos de los beneficios atribuidos a *mindfulness*, no son otra cosa que los efectos del entrenamiento en concentración. En cualquier caso, estamos hablando de prácticas dirigidas por procesos metacognitivos, pues implican la observación de los contenidos y procesos cognitivos, y el cambio intencional de ellos.

Mecanismos de reperiencia

Por último, dentro de los modelos o mecanismos cognitivos, Shapiro et al. (2006) proponen un modelo de cambio de perspectiva que denominan *reperiencia*. El modelo de Shapiro et al. señala que las prácticas entrenadas en *mindfulness* (intención, atención y actitud) conducen a un incremento de la disposición hacia el estado de *mindfulness*, es decir, hacia una mayor claridad y objetividad a la hora de acercarnos a las experiencias internas y externas momento a momento. Supone que la persona pueda observar su vida con objetividad, siendo testigos de lo que nos ocurre sin identificarnos totalmente con ello. Este nuevo estilo cognitivo permite la autorregulación, clarificación de valores, exposición y mayor flexibilidad cognitiva, emocional y conductual, frente a los patrones rígidos que intervienen en el mantenimiento del malestar emocional. Esto no significa una disociación de la propia experiencia sino, muy al contrario, la facilitación de la profundización en la misma. Se trata de experimentar lo que es, en lugar de una historia o comentario acerca de lo que es (Shapiro, 2006). La *reperiencia* sería similar o lo mismo que un proceso de descentramiento, y como tal exige habilidades metacognitivas de regulación de la atención y aceptación (Grabovac, Lau y Willett, 2011).

Aceptación

El componente de aceptación en *mindfulness* es determinante para todos los enfoques terapéuticos que lo incluyen y para los diversos programas de intervención. La aceptación de pensamientos, sentimientos, impulsos, dolor y todo tipo de eventos cognitivos emocionales y corporales, sin la valoración de los mismos, permite reaccionar de una forma no automática que activa mecanismos de afrontamiento más eficaces para realizar el cambio deseado, permitiendo también llegar a observar su transitoriedad.

Una mente no entrenada es fácilmente distraída por procesos de pensamiento narrativos o rumiativos, de esta forma, la atención debe redirigirse muchas veces.

Durante este proceso de *refocalización*, la actitud de aceptación puede prevenir la aparición de pensamientos negativos, como auto-valoraciones que pueden llevar a la proliferación mental. De hecho, la aceptación y curiosidad se derivan de la práctica de una actitud compasiva propia del budismo, que previene la formación de estados mentales que tienen su origen en la aversión. A medida que la práctica se hace más intensa, la aceptación relaja la atención y permite que las sensaciones más sutiles y discretas se detecten de forma más fácil. Sin la aceptación intencional, la conciencia se mantiene más rígida, siendo más difícil notar y dejar pasar las series de eventos internos (Mahasi, 2006).

Para Hayes (1994) es la evitación lo que constituye el problema, pues muchas conductas desadaptativas se mantienen por los intentos de evitación de esos pensamientos, sentimientos o sensaciones negativas. Por otro lado, la aceptación podría facilitar que los cambios psicofisiológicos asociados a las emociones, se auto-regulasen mediante sus propios mecanismos naturales de forma beneficiosa (Vallejo, 2006), al eliminar la ansiedad que añade la no aceptación de determinadas sensaciones o respuestas psicofisiológicas.

Auto-observación

Mejorar la auto-observación como resultado del entrenamiento *mindfulness* puede promover el uso de una gama mayor de estrategias de afrontamiento. Algunos autores señalan que las habilidades de auto-observación que se desarrollan mediante la práctica de *mindfulness* pueden ayudar en un variado número de trastornos. Se ha comprobado que en la prevención de recaídas en las adicciones y en la depresión el entrenamiento en la auto-observación mejora la conciencia de pensamientos y emociones que pueden ser señales de posibles recaídas, y permite poder activar los recursos para hacerlas frente (Marlatt, 1994; Teasdale et al., 1995). También en conductas compulsivas se pueden detectar las primeras señales del impulso y atenderlas desde una actitud de aceptación sin reaccionar de una forma automática.

Es importante advertir aquí que no se trata de proponer una auto-observación desadaptativa frecuente en algunos trastornos de ansiedad y depresivos, sino de iniciar y aprender una auto-observación centrada en el presente, que no evalúa y acepta la experiencia sabiendo que se transformará. No obstante, e independientemente de que se considera un elemento importante de la práctica de *mindfulness*, no está todavía claro de que manera la observación de la propia experiencia en el momento presente de una forma no valorativa y no reactiva resulta en un efecto beneficioso (Baer, 2009), si es a través del incremento de la auto-conciencia, la focalización del atención o la aceptación.

Autorregulación emocional

Una de las características más relevantes de una buena parte de los trastornos psicopatológicos son los intentos infructuosos para regular las emociones. El entrenamiento en habilidades *mindfulness* puede producir una regulación emocional, disminuyendo tanto la *sobre-implicación* (rumiación, obsesiones, conductas compulsivas etc), como la *sub-implicación emocional* (distracción, distorsiones cognitivas, autolesiones etc.) (Hayes y Feldman, 2004). También permite una relación más *descentrada* de las experiencias internas que ayuda a disminuir la reactividad emocional y facilita el retorno a la línea base. Estos autores señalan que el entrenamiento en *mindfulness* genera equilibrio emocional asociado a factores tales como aceptar las experiencias internas, claridad afectiva y habilidad para regular las propias emociones y los estados de ánimo. En definitiva, supone vivir con un cierto equilibrio manejando las emociones y manteniendo la ecuanimidad (Delgado 2010).

Algunos autores, proponen que *mindfulness* supone un mecanismo de retroalimentación que permite ir más allá de las emociones negativas y verlas como estados que aparecen y pasan, esta visión de su transitoriedad produce un mayor grado de tolerancia hacia los estados displacenteros y la posibilidad de no generar conductas disfuncionales para evitarlas (Shapiro et al., 2006), en este punto, merece la pena señalar que la explicación de Shapiro no deja de ser una caracterización metacognitiva del *mindfulness*. Por último, simplemente señalar que diversos estudios correlacionales muestran una clara asociación entre la práctica de *mindfulness* y la reducción de las dificultades de regulación emocional (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006; Hayes y Feldman, 2004), queda aún por establecer si esta regulación es un producto mediado directamente o indirectamente por la práctica de la conciencia plena y de qué modo.

Según algunas investigaciones, mediante la voluntariedad de implicarse en funciones mentales de orden superior como la atención, la conciencia o la curiosidad, la técnica de *mindfulness* consigue desactivar las respuestas emocionales intensas a través de la modulación del sistema límbico vía inhibición cortical (Kabat-Zinn, 2005). La práctica de *mindfulness*, por tanto, no sólo aporta una nueva forma de ver y ser en relación con las experiencias internas y externas, sino que además parece proveer un efectivo mecanismo de auto-regulación de la conexión mente-cuerpo (Greeson y Brantley, 2009). A día de hoy, hay una cantidad considerable de datos que fundamentan la elaboración de un modelo de auto-regulación mente-cuerpo basado en la conciencia plena y la aceptación. Entre las vías psicológicas y biológicas a través de las cuales la atención, la conciencia y las actitudes pueden influenciar aspectos psicofisiológicos podemos señalar los siguientes:

- La práctica de *mindfulness* incrementa la habilidad para mantener de forma estable un foco de atención intencional, en contraposición con el automatismo desencadenado por la reactividad emocional. De esta forma, es más fácil la evitación de patrones recurrentes de pensamiento ansiógeno que funcionan de forma automatizada y desadaptativa. Muchas formas de pensamiento perseverante como la preocupación, la ansiedad anticipatoria, o la *rumiación* están asociados con un incremento de la activación simpática y la desregulación de procesos cardiovasculares, neuroendocrinos, metabólicos, neuromusculares o autoinmunes. Si la práctica de *mindfulness* se asocia a niveles bajos de preocupación, *rumiación*, intentos de supresión de pensamiento o evitación experiencial, se esperaría que ésta correlacionase también con niveles bajos de activación fisiológica y de presentación de síntomas somáticos.
- La investigación sobre los efectos reguladores del sistema nervioso autónomo muestra resultados prometedores. Parece que el efecto de la práctica de *mindfulness* produce una activación parasimpática mayor que la producida por un entrenamiento en relajación progresiva (Ditto et al., 2006). Por otro lado, la práctica específica de la meditación por exploración corporal mediante *mindfulness* antes del abordaje de una situación de estrés, parece tener un efecto regulatorio sobre la respuesta del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal ante el estrés, produciendo en él una respuesta de rango normal (Greeson et al., 2001). Así mismo, algunos datos indican que la meditación y el *mindfulness* tiene un efecto inductor de un estado de relajación psicofisiológico, caracterizado por un estado aminorado de alerta, baja reactividad a estímulos internos y externos, y un patrón reducido de *arousal* psicofisiológico (Benson y Klipper, 1975).
- La investigación en neurociencia en el campo de la meditación está poniendo de manifiesto como los procesos de prestar atención intencionalmente, cultivar actitudes internas de aceptación y no emisión de juicios y el establecimiento de actitudes de benevolencia hacia uno mismo y los demás pueden modificar la actividad cerebral, incluyendo procesos perceptivos, procesos cognitivos superiores y procesos de regulación emocional (Cahn y Polich, 2006; Siegel, 2007). De hecho, ha sido posible mostrar cómo el entrenamiento sistemático en *mindfulness* en una situación real produjo cambios observables en la fisiología cerebral, principalmente a través de la activación prefrontal, asociada con emocionalidad positiva.
- Finalmente, la evidencia sugiere que la práctica de *mindfulness* puede impactar positivamente conductas de salud a través de sus efectos cognitivos, afectivos y psicofisiológicos. Se ha visto que la práctica de *mindfulness* se asocia con una mayor flexibilidad conductual en condiciones que con anterioridad producían una rigidez conductual desadaptativa, por ejemplo, conductas de evitación fóbicas.

7. Aplicaciones de la meditación con mindfulness

Desde sus comienzos en 1980 la integración de Mindfulness en el campo de la psicoterapia ha sido muy abundante y actualmente se está incluyendo en el tratamiento de una amplia variedad de trastornos. Algunos programas conciben *mindfulness* como un conjunto de habilidades que pueden ser aprendidas y practicadas fuera del contexto de la filosofía y meditación budista, y otros promueven su aprendizaje a través de la práctica de la meditación formal o de ejercicios más cortos en un formato flexible.

Entre los programas que se basan en la práctica formal de *mindfulness* destacan:

- Programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (*Mindfulness Based Stress Reduction* – MBRS) de Kabat-Zinn (1990).
- Programa de Terapia Cognitiva Basado en Mindfulness (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* -MBCT) de Segal, Willians y Teasdale (2002).
- Programa Basado en Mindfulness para la Prevención de Recaídas (*Mindfulness Based Relapse Prevention* - MBRP) de Marlatt (2005).

Por otra parte, entre las terapias que integran *mindfulness* y aceptación dentro de sus componentes encontramos:

- La Terapia Dialéctica Conductual (*Dialectical Behavior Therapy* - DBT) de Linehan (1993a y 1993b).
- Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy* - ACT) de Hayes, Stroschal y Wilson (1999).
- Terapia de Conducta Basada en la Aceptación (*Acceptance Based Behavior Therapy* – ABBT) de Roemer y Orsillo (2002, 2005 y 2007) que se basa en las anteriores e incluye elementos de MBCT

La Terapia Dialéctica Conductual y la Terapia de Aceptación y Compromiso son revisadas en el siguiente capítulo.

7.1. Programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR)

La figura más relevante del empleo de *mindfulness* en occidente es la John Kabat-Zinn, fundador y primer director de la Clínica de Reducción del Estrés del Centro Médico de la Universidad de Massachussets y profesor del Departamento de Medicina Preventiva de dicha universidad. Kabat-Zinn, obtuvo su doctorado en biología

molecular en el *Instituto Tecnológico de Massachusett* en 1971 y es meditador desde los años 70 y discípulo del maestro Zen coreano Seung Sahn. En 1979 creó el *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)* o Programa de Reducción del Estrés basado en la Atención Plena, que combina la meditación budista con prácticas de yoga, para reducir el estrés y aumentar el bienestar de las personas (Kabat-Zinn, 1982, 1985, 2007). Kabat-Zinn ha sido pionero en el uso médico de la meditación mediante conciencia plena.

Este autor parte de la base de que las reacciones al estrés suceden de forma automática y propone la *respuesta al estrés* como alternativa saludable a la *reacción al estrés*. En la *reacción al estrés*, las respuestas fisiológicas presentan un desequilibrio, reflejando una gran activación orgánica a la hora de afrontar situaciones estresantes, a la vez aparecen una serie de síntomas mentales que pueden considerarse intentos inadecuados para hacerlas frente. En la *respuesta al estrés*, se produce la conciencia de lo que ocurre mientras el suceso estresante se va desarrollando, esta respuesta produce un cambio interno que puede reducir la fuerza de la *reacción* al estrés y el efecto dañino que tiene en las personas. Desde esta perspectiva, la meta que se persigue es incrementar la conciencia del paciente acerca de la experiencia presente momento a momento sin enjuiciarla para así poder *responder al estrés*.

7.1.1. Estructura del Programa (MBSR)

El programa, que se concibe como un enfoque psicoeducacional, se estructura en ocho sesiones semanales de dos horas y media de duración, reuniendo alrededor de 30 participantes, cuenta con material de apoyo grabado que los participantes utilizan para la práctica entre sesiones. El programa está basado en instrucciones formales guiadas de *mindfulness*, yoga o movimientos corporales atentos, además de un periodo diario de entre 45 y 60 minutos de práctica de meditación y conciencia de la vida cotidiana, diferenciando entre la práctica de la meditación formal y la práctica informal de *mindfulness*.

- Como **meditación formal** se considera el tiempo que se dedica diariamente a la práctica de uno de los métodos enseñados en el curso. Los participantes deben comprometerse a practicarla 45 minutos cada día.
- La **práctica informal** consiste en traer *mindfulness* a las diferentes situaciones de la vida cotidiana. A los participantes se les anima a parar y prestar atención con sinceridad y sin juicio dondequiera que se encuentren.

7.1.2. Técnicas del MBSR

Las técnicas que se emplean en el MBSR son las siguientes.

1. Autoexploración corporal (*body scan*).
2. Meditación *mindfulness* o *vipassana*, en posición sentada o bien caminando (ver anexo).
3. Estiramientos y posturas de *Hatha Yoga*.
4. Atención a la vida cotidiana.
5. Ejercicio de comer una uva pasa con atención plena.

1. Autoexploración corporal (*body scan*)

La autoexploración corporal es una técnica que se realiza acostándose boca arriba y haciendo que la mente recorra las diferentes partes del cuerpo. Según Kabat-Zinn (1985) es muy adecuada para desarrollar la concentración y la flexibilidad de la atención. Se practica de forma intensiva durante las cuatro primeras semanas del programa y, junto con la conciencia de la respiración, proporciona las bases de todas las demás técnicas de meditación que se trabajan posteriormente. Es la primera de las técnicas para desarrollar la concentración, la calma y la atención plena.

Las primeras dos semanas los pacientes la practican al menos una vez al día durante seis días a la semana utilizando la primera cinta grabada de práctica. En las dos semanas siguientes la llevan a cabo cada dos días alternándola con ejercicios de yoga. Kabat-Zinn(1985) habla de las dificultades que pueden surgir en la práctica tales como la dificultad para sentir las sensaciones de las partes del cuerpo, o la intensificación de las sensaciones de dolor para lo que recomienda mantenerse abierto y receptivo, respirando y cruzando las zonas de mayor intensidad para seguir con la atención centrada en las siguientes partes corporales. La actitud fundamental que se sugiere es la de *aceptar y no forzar* dejando que el cuerpo vaya reaccionando de manera natural en cada momento

A continuación se presentan las instrucciones para llevar a cabo el ejercicio *body scan*, se trata de instrucciones y sugerencias modificadas a partir de las ofrecidas por Brantley (2010) en su libro *Calmar la Ansiedad*:

1. Comprueba que la temperatura sea agradable y tumbate hacia arriba. Asegúrate de concederte el tiempo suficiente para practicar lentamente este ejercicio, al menos 30 minutos, y poco a poco más tiempo. Practica con mayor lentitud conforme te vayas acostumbrando a la meditación. Cuando estés dispuesto, cierra los ojos.
2. Dedicar un breve tiempo a recordar las actitudes clave que forman la base de la práctica de la conciencia plena. Recuerda especialmente la ausencia de esfuerzo, de valoraciones y la aceptación. Estos son elementos clave para descubrir el estado en que se encuentra tu cuerpo en este momento.
3. Toma conciencia de la sensación del aire entrando y saliendo de tus pulmones y abandónate a ella. Relájate y siente todo el cuerpo. Siente su masa, su peso, los puntos de contacto y de apoyo en el suelo. No intentes cambiar nada de lo que sientes, tan solo déjalo estar. La práctica es experimentar el cuerpo tal cual es, no pensar acerca de cómo es.
4. Dirige ahora tu atención a los dedos de tu pie izquierdo. Nótalos, siéntelos. Deja que la sensación de la respiración se extienda a través de tu cuerpo, hacia y desde los dedos de los pies. Intenta dirigir tu respiración dentro y fuera de los dedos. No lo conviertas en una imagen mental, sólo observa hasta que punto puedes conectar con las sensaciones de la respiración y los dedos de los pies. Trata de que la sensación de la respiración que fluye por tus dedos agudice tu concentración de lo que sientes en ellos. Es como si te hicieras más presente y estuvieras más concentrado en las sensaciones de los dedos de los pies gracias a la respiración.
5. Puede que no sientas nada. Permítete entonces sentir “nada, ninguna sensación”. Si percibes tu mente narrando alguna historia, desengancha de ella, deja que se desvanezca y regresa a la zona de los dedos de los pies.
6. Nota y permite los cambios de sensaciones en los dedos de los pies. Siente la temperatura, el contacto con los calcetines, el calzado o el aire. Agudiza tu atención tanto como puedas. Inúndate por la sensación en todo su detalle y amplitud, dedo a dedo si es posible. Sé uno con la experiencia directa y con la sensación de la respiración. Deja que las sensaciones fluyan y se muestren naturalmente.
7. Cuando estés preparado para continuar, respira profundamente y deja la concentración en los dedos de los pies. Mantén la atención en la sensación producida por la respiración durante unas cuantas inspiraciones, luego repite los pasos 4,5 y 6 concentrándote en las plantas de los pies. A continuación desplaza la atención al talón, a la parte superior del pie y al tobillo. Sigue trabajando así con la respiración y las sensaciones corporales. Continúa extendiendo la conciencia de la respiración dentro y fuera de cada zona a medida que inspiras y expiras con las sensaciones corporales que allí descubras. Mantén las sensaciones de cada zona asociadas a la respiración, expandiendo esta sensación por tu cuerpo. Las sensaciones corporales son el principal objetivo de tu atención, mientras que inspirar y expirar con ellas te ayuda a estar conectado con ellas y presente.
8. Desplázate a lo largo de la pierna izquierda, hasta la cadera aplicando el mismo procedimiento. Continúa manteniendo las sensaciones de cada zona (pantorrilla, rodilla, muslo) en el centro o a medida que inspiras y expiras. Entonces libera las sensaciones de cada zona, estando presente junto a la respiración y avanzado a la siguiente zona. Si tu atención se desvía, vuelve gradualmente la conciencia a la zona en la que te concentras y a la sensación de la respiración. Sé paciente.
9. De este modo sigue avanzando lentamente por el resto de tu cuerpo. Escanea el pie, la pierna derecha, la pelvis, el abdomen y la parte inferior de la espalda. Escanea los dedos, las manos y brazos (primero un lado y luego el otro) y regresa a los hombros. Mantén la concentración en las sensaciones y la respiración conforme desplazas tu atención de una zona a otra. Continúa por el cuello, la cabeza y las diversas zonas del rostro, sin olvidar el interior de la boca y la garganta.

10. Cuando hayas explorado todas las zonas de tu cuerpo, permanece conectado con la respiración y el cuerpo tal como son. Deja que las sensaciones de la respiración lleguen a través de la cabeza y atraviesen todo el cuerpo y que salgan por los dedos de ambos pies simultáneamente, como si tuvieses huecos en tus extremos. Conserva esta dirección (a través de la cabeza, el cuerpo y los dedos de los pies) tanto tiempo como quieras y luego intenta inviertela. Respira a través de los dedos de los pies, deja que la respiración ascienda por el cuerpo y salga por la parte superior de la cabeza. Prácticalo cuando y cuanto quieras.
11. Quizá después ni siquiera sientas tu cuerpo. No te preocupes. Tan solo descansa en el silencio y en la quietud presente. Percibe la profunda paz y serenidad que es posible alcanzar en la experiencia corporal
12. Cuando decidas concluir tu práctica, respira profundamente, abre los ojos y muévete lentamente.

2. Meditación mindfulness

Posición sentada

Esta meditación constituye el núcleo de la meditación formal. Se recomienda adoptar una postura erecta en la que el cuello y la espalda se encuentren en la misma línea vertical para que la respiración fluya con mayor facilidad. Las instrucciones son muy sencillas, consisten en observar cómo la respiración entra y sale y cuando la atención se distrae, con suavidad se la devuelve a la respiración. No se tiene en cuenta qué fue lo que ha distraído la atención y si esto ocurre muchas veces otras tantas se vuelve a centrarla en la respiración de forma que supone un entrenamiento de la mente a reaccionar menos y a estabilizarse más.

Al realizar esta práctica suelen surgir pensamientos de todo tipo especialmente en momentos de situaciones vitales estresantes que han de observarse y volver inmediatamente a la respiración, independientemente del contenido que tengan. Es importante hacer hincapié en que se trata de apartarlos y no de suprimirlos. Esta práctica se presenta en la segunda y los pacientes la realizan como ejercicio entre sesiones, una vez al día durante la segunda semana además de los 45 minutos de exploración corporal.

Durante las primeras semanas en la práctica solo se observa la respiración, pero con el transcurso del tiempo se amplía el foco de atención a sonidos y finalmente al propio proceso de pensamiento. Kabat-Zinn (1985) habla de llegar a lo que se denomina *conciencia sin opción*, que consiste en mostrarse receptivos a todo lo que ocurre en nosotros en cada momento. A continuación se presenta una guía de la meditación sentada:

1. *Sitúa tu asiento en una posición cómoda en el lugar escogido para la meditación formal. Concédete 20 o 30 minutos para esta práctica e intenta minimizar distracciones o interrupciones.*
2. *Recuerda y reflexiona los primeros minutos de tu tiempo de práctica sobre las actitudes básicas para la práctica de la conciencia plena, hacerte presente sin interferencias. Recuerda no juzgar, ser paciente, tener mente de principiante, confianza, distensión, aceptación y desprendimiento. Al principio presta una especial atención a no juzgar. Estate atento para identificar y descartar cualquier estrategia de influir en el miedo, la ansiedad, el pánico o alguna otra cosa, no trates de forzar nada.*
3. *Siéntate en posición erguida con la espalda, el cuello y la cabeza bien alineados. Coloca ambos pies en el suelo y las manos en una posición cómoda. Siéntate de un modo que favorezca la alerta y la atención y cierra los ojos suavemente.*
4. *Concentra tu atención en las sensaciones de tu cuerpo. Nota tus pies en el suelo, la espalda contra la silla, las manos descansando ahí donde estén, al igual que tu rostro y la cabeza. Siente directamente el peso de tu cuerpo. Relájate apoyándote en la silla y el suelo que hay a tus pies. Deja que tu cuerpo se asiente.*
5. *Dirige la atención a tu abdomen. Deja que tu abdomen se relaje y distienda. Déjalo relajado.*
6. *Reúne y concentra tu conciencia en las sensaciones de la inspiración y la espiración. Concentra tu atención en aquel lugar de tu cuerpo en el que te resulta más fácil sentir el fluir de tu respiración. En algunos es el abdomen, en otros es el pecho, en otros la nariz e incluso la boca (si tiendes a respirar con la boca abierta). Deja que tu atención se aposente y concentre exactamente en ese lugar donde las sensaciones de la respiración te resultan más fáciles. Si no estás seguro de dónde debes concentrarte, el abdomen es un buen lugar para empezar. Abandónate a la sensación de la respiración avanzando por tu cuerpo.*
7. *Nota y sigue con atención todo el proceso de tu respiración, en toda su duración, con cada respiración, desde el comienzo de la inspiración, hasta el último hálito de la espiración... y el espacio entre cada respiración.*
8. *Presta atención a las sensaciones físicas que acompañan a tu respiración, acércate a ellas con curiosidad, con atención, permitiendo que las sensaciones se vayan desplegando momento a momento, respiración a respiración, simplemente observando, tratando de no perder nada.*
9. *Nota si tu atención está en tu respiración actual o no, dónde está tu mente, quizá ha empezado a pensar, a contar alguna historia sobre sus experiencias, o quizá analizando, simplemente nota, observa esos pensamientos o juicios como simples hechos que se dan en el campo de tu propia conciencia.*
10. *Nota la naturaleza transitoria de esos hechos mentales, vienen y van, mientras tú continuas oscilándose con el vaivén de su respiración, conscientemente eligiendo observar y dejando ir los pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales e impulsos con la próxima espiración.*
11. *Dirige tu atención hacia el momento presente, recupera tu atención y tráela, usa las sensaciones de tu respiración para conseguir la conciencia del momento presente... recupera la experiencia actual, el aquí y ahora. Sigue practicando así hasta el final de tu sesión de práctica.*
12. *Si el miedo, la ansiedad, el aburrimiento o la impaciencia se intensifican llegando a desconcentrarte, intenta dejarlos estar, inspira y expira con ellos, acepta, se paciente contigo mismo. Estas aprendiendo a respirar conscientemente, a encontrar tu respiración, a dejarla estar y a respirar con, y a pesar de, las distracciones.*
13. *Cuando te encuentres preparado, entra en contacto con la habitación, nota dónde está tu cuerpo y cómo hace contacto con los objetos presentes, quizá presionando suavemente y poco a poco abriendo los ojos, mueve los dedos de las manos y de los pies y estírate si quieres. Atiende a cómo te sientes.*

Meditación mindfulness caminando

Esta meditación supone concentrarse en las sensaciones que se producen en los pies o piernas, sintiendo el movimiento de todo el cuerpo al caminar. Se recomienda comenzar con la intención de hacerlo durante un periodo de tiempo concreto (e.g. diez minutos), en un lugar en el que se pueda andar lentamente de un extremo a otro. Para mantener la atención plena una buena idea es concentrarse todo el rato en un solo elemento integrante de la acción de caminar, si, por ejemplo, se eligen los pies es importante no cambiar el foco a otras partes. Se opta por un paso que potencie la capacidad de concentración, suele ser más lento que el paso habitual. No se trata de ir a ninguna parte sino de estar presente en cada paso. Posteriormente se puede cambiar el ritmo.

1. *Escoja un sitio por el que pueda caminar libremente de un lado para otro, sin sentirse cohibido, y sin que se produzca ninguna interrupción. Camine en ese camino de meditación el tiempo que dure la sesión formal de meditación ambulante. Unos 10 o 20 minutos, elija cuánto tiempo.*
2. *Concentre la atención en su cuerpo y perciba las sensaciones presentes. Coloque los brazos en una postura cómoda: delante o detrás de ti o colgando a ambos lados. Concentre la atención en sus pies y en las sensaciones que los rodean.*
3. *Alce lentamente un pie y empiece a caminar. Camine lentamente, especialmente al principio. Deje que su atención se penetre de todas las sensaciones de los pies y piernas a medida de que camina. Atienda a las sensaciones del pie, hasta las más sutiles, cuando se eleva, al dar paso y el lugar en que apoya en el suelo. Note la sensación de las pantorrillas, como el peso se distribuye al caminar y cómo el resto del cuerpo aprecia el movimiento.*
4. *Cuando la atención se desvíe o la mente se desoriente, reconduzca su atención a las sensaciones de pies y piernas, con paciencia, sin empeño.*
5. *Camine así hasta el final y deténgase una vez que haya llegado y atiende a la experiencia de parar. Esté atento a su cuerpo y advierta cuando surgen la urgencia del movimiento, el deseo o intención de dar la vuelta y caminar. Se consciente de la aparición de la intención. Cuando esté preparado da la vuelta y conecta con tu cuerpo y la sensación de los pies.*
6. *Atienda al primer paso y a las sensaciones que comporta. Perciba todo lo que acontece. Si los pensamientos, sonidos o alguna otra cosa distraen en exceso tu atención, detén tu caminar y concéntrate en ellos, observándolos sin más. Permanezca atento y consciente de la distracción, cuando esté preparado, reconduce poco a poco tu atención a los pies y sigue caminando.*
7. *A medida que avance en su práctica, puede experimentar con velocidades. Si se siente nervioso o inquieto, puede empezar a caminar deprisa. Caminar rápido puede hacer más fácil concentrarse en una sola sensación, como el paso del pie derecho o el modo en el que el pie izquierdo roza el suelo. Deje que esta única sensación acapare su atención, utilizándola para potenciar el contacto con el presente en mitad de un movimiento acelerado. A medida que se sienta más atento y en contacto con el presente, puede aminorar el paso.*
8. *Permanezca así hasta el final del tiempo que haya decidido meditar, cuando esté preparado pare y preste atención a sus piernas, a las sensaciones que su peso sobre ellas. Tome conciencia de todo su cuerpo presente en la habitación y entre en contacto con lo que le rodea.*

Una vez que se ha practicado caminar con atención plena como ejercicio formal se puede practicar en muchas otras ocasiones en las que se dan desplazamientos, por ejemplo cuando se va de compras, o simplemente nos dirigimos a cualquier sitio. A continuación se expone una guía para la meditación ambulante:

3. Estiramientos y posturas de Hatha Yoga

El *Hatha Yoga* realizado con *atención plena* constituye la tercera técnica más importante de meditación que se emplea en el programa. Se basa en ejercicios de estiramiento y fortificación que se realizan con gran lentitud y teniendo conciencia en cada momento de la respiración y de las sensaciones que se producen al colocar el cuerpo en las distintas posturas.

La práctica del Yoga debe realizarse con la misma actitud que la meditación sentada y la exploración corporal, sin esforzarse. Cuando se realizan los estiramientos se aprende a trabajar hasta los límites, manteniendo la conciencia del momento presente y mostrando paciencia. Se trata de no someter el cuerpo a exigencias, pero sí de llevarlo lo más lejos que pueda ir. La regla básica es que cada persona en esta práctica se responsabilice de la lectura de las señales que le envía su cuerpo, respetando sus mensajes.

Kabat-Zinn (1985) señala que para las personas con problemas de salud es importante que trabajen en los estiramientos hasta los límites, pues en general cuando algo no va bien en alguna parte del cuerpo la tendencia es a no hacer uso de ella (aplicando la regla todo-nada), este mecanismo de protección puede parecer razonable, pero lo cierto es que a partir de los estiramientos se disuelve la tensión y se observa que se puede llegar más allá.

4. Atención plena en la vida cotidiana

Se recomienda prestar atención a cada momento de la vida cotidiana y a cada acción que se realiza. Se puede vivir con conciencia fregar los platos, limpiar la casa, trabajar con el ordenador, acariciar el gato, estar molesto, etc. En el momento que prestamos atención plena a lo que hacemos nos situamos exclusivamente en el presente, incluso tomando conciencia de pensamientos emociones y sentimientos que a lo largo de la práctica continuada se acallan y dejan espacio para la serenidad y la armonía. No se trata de pretender eliminar los estados molestos (e.g. respuestas emocionales de enfado, disgusto, ansiedad, etc.), sino de entrar en contacto con ellos aceptándolos, sin valorarlos y desvinculándonos de la corriente de pensamiento que pueda haberse iniciado. De esta forma, paradójicamente, estos estados suelen diluirse de forma más rápida, dejando espacio a la calma y la serenidad.

5. Ejercicio de comer una uva pasa con atención plena

Este ejercicio se plantea en la primera sesión y ofrece a los participantes un ejemplo de una manera nueva de relacionarse con una experiencia común y cotidiana, a través de ella se descubre que comer una uva pasa con atención plena revela muchas cosas inesperadas. Brantley (2010) señala varias razones con respecto a la importancia de este ejercicio. En primer lugar, se demuestra que la conciencia plena es una cualidad que poseemos todos, en segundo lugar, en general, los participantes se sienten divertidos y se sienten más vivos después de una comida consciente, y por último, es una manera de empezar a practicar el método de la *conciencia plena* desde la propia experiencia de algo tan sencillo y cotidiano como el comer.

A continuación se expone un guía para el ejercicio de comer conscientemente una pasa, modificada de Kabat-Zinn (1990):

Coja en su mano cuatro o cinco pasas. Siéntase cómodamente y mírelas, como si nunca hubiera visto lo que tiene en la mano. Trate de utilizar todos los sentidos, mire las pasas. Deje que la curiosidad le invada, y deseche cualquier narración o valoración de su mente sobre lo que está haciendo. Sólo concentre su atención en las pasas y obsérvelas.

Seleccione una pasa de las que tiene en su mano y sujétela entre tus dedos. Note el contacto con sus dedos. Dele la vuelta y obsérvela más de cerca. Póngala contra la luz y preste atención a ver si la luz la atraviesa o no. Tómese tiempo, no tenga prisa y atienda a cualquier movimiento mental que le aparte de la pasa, no se sumerja tampoco en una historia sobre la pasa o cualquier otro tema. Si su mente se aleja o se centra en otra cosa, no se fuerce, simplemente vuelva a concentrarse en la pasa, poco a poco.

Coloque la pasa cerca de su oído y frótela con sus dedos. ¿Oye algo o no? Pruebe con el otro oído. Fricciónela con distinta intensidad ¿emite la pasa algún sonido? Esté atento a cualquier pensamiento o juicio de tu mente, con paciencia deje que se disuelvan, y vuelva a atender a la pasa. Tómese el tiempo que necesites y note si siente urgencia y prisa en la práctica. Advierta la impaciencia o frustración, y acéptelas, volviendo una vez más su atención a la pasa.

Acerque ahora la pasa a su nariz, ¿huele a algo o no? ¿es un olor dulce, suave o apenas huele? ¿Es agradable o desagradable? Concéntrese sólo en el olor, sin perderse en relatos, sin hacer comentarios si le gusta o no.

Lleve la pasa a la boca sin introducirla en ella. Atienda a lo que ocurre en su boca, quizá ya se forma saliva, más en alguna zona concreta, atienda al interior de su boca, si su lengua se mueve o no. Preste atención lo más minuciosamente que pueda.

Tras un tiempo, abra suavemente tus labios, coloca la pasa entre ellos y deje que la pasa se introduzca en su boca. Esté atento a cómo siente la pasa en su boca, si sucede algo más. Deje que la pasa se mueva en su boca antes de masticarla, esté atento a qué sucede y siente. Note si la superficie es lisa rugosa o cómo es. Observe si lo que sucede en su mente son pensamientos, relatos o juicios. Despréndase de ellos y regrese nuevamente a su foco de atención, las sensaciones que se despliegan en su boca con la pasa.

Después de un tiempo empiece a masticar la pasa. Perciba el primer bocado ¿a qué sabe la pasa? ¿Cómo es su sabor: dulce, agrio, terroso, amargo u otra cosa? ¿Cambia el sabor al masticar? Perciba el lugar de la boca donde el sabor es más intenso. Intente estar presente en los cambios que ocurren mientras mastica. Note los detalles sutiles que puede descubrir acerca del sabor de la pasa y de la actividad de masticar. Observe cómo desaparece el sabor y cómo se produce la acción de tragar, note si queda algún

sabor una vez que ha masticado y tragado, perciba si en algún rincón de su boca persiste algún sabor anterior. Sea consciente del momento presente y simplemente observe.

Tras un momento dirija su atención a la segunda pasa. Obsérvela y reflexione acerca de lo que hay en la pasa y en cómo se produce. Piense que la pasa es producto de la luz, el agua, la tierra, el calor, la nutrición y el cuidado de la naturaleza y los seres humanos. Piense que formó parte de una viña, se convirtió en uva, fue cosechada y puesta a secar, envasada y transportada hasta la tienda donde la encuentre. Ahora está en tu mano. Pensar en algo así puede ayudarte a ver la conexión entre las cosas circundantes, incluso de algo tan simple como una pasa.

Dirija nuevamente su atención a la segunda pasa, como si nunca hubiese visto algo así. Esté atento por si surge la tendencia a aburrirse o romper el contacto con la pasa porque tu mente cree que lo sabe todo sobre las pasas. Trate de concentrarse al menos tanto como en la anterior. Obsérvela, escúchela, huélala, mástiquela, saboréela y tráguela de forma consciente, atendiendo a los detalles de la experiencia de comer esta pasa. ¿Qué le enseña esta experiencia con la segunda pasa?

Después, repita esta práctica con la tercera y la cuarta pasa. Esté atento y presente con cada una de ellas. Note los indicios de impaciencia o aburrimiento, o cualquier forma de pensamiento o evento mental que le separen de la experiencia directa de cada pasa que comes. Esté atento por si su mente deambula o surgen historias o juicios, tenga paciencia, no pasa nada. No ha cometido un error, es así. Ahora está practicando la conciencia plena, siendo consciente de lo que acontece aquí y ahora, con paciencia y aceptación.

7.1.3. Procedimiento del programa MBSR

A cada participante se le recibe de forma individual en los días previos. En este encuentro se habla del pasado, de las preocupaciones actuales y de lo que cada uno espera conseguir. Se explica la naturaleza de las clases y se informa de que asistir a las sesiones puede ser estresante, pues la participación requiere un alto grado de compromiso dado que las tareas para casa (de hasta una hora de duración) constituyen un elemento esencial de este programa.

La primera sesión tiene el objetivo de llegar a ser más conscientes de la tendencia a funcionar y vivir de una manera automática y se trabaja en el ejercicio de tomar conciencia de las diferentes partes del cuerpo (*body scan*), con la instrucción de percibir las partes momento a momento sin pretender modificarlas. También se suele practicar en la primera sesión el ejercicio de comer una uva pasa con conciencia.

Después se introduce la meditación basada en la respiración y también en el cuerpo o en la conciencia de los sonidos. Con independencia del foco de atención elegido se enseña a los participantes a permitir que los pensamientos, sentimientos y sensaciones vayan y vengan, tomando conciencia del modo en que la mente tiende a vincularse a una experiencia juzgándola como positiva o negativa. Siempre se asignan tareas para casa.

Al comenzar el programa se entrega a los participantes dos CDs, cada uno de los cuales incluye entre cuatro y cinco meditaciones guiadas.

Las sesiones posteriores comienzan con la práctica de la exploración corporal o una meditación en postura sedente donde la atención se focaliza en la respiración. En el resto de cada una de las sesiones se mezcla el diálogo, una práctica más profunda, la poesía, historias y ejercicios de consciencia para ayudar a los pacientes a ser más conscientes del momento presente.

Es interesante destacar la última sesión, la octava, puesto que en ella se sugieren y especifican actitudes que ayuden a adoptar *mindfulness* como una forma de vida. Se insiste en la continuidad de las prácticas, tanto formales como informales, en adoptar una actitud distinta, procurando vivir conscientemente cada momento y los instructores suelen decir a los participantes que la octava semana dura el resto de sus vidas.

Kabat Zinn (2004) resume la práctica por semanas de la manera siguiente:

- **Semanas 1 y 2.** Se practica la exploración corporal, seis días a la semana, durante 45 minutos diarios. Además práctica de la meditación sentada con conciencia de la respiración 10 minutos diarios
- **Semanas 3 y 4.** Se alterna la exploración corporal y el yoga, con periodos de práctica de 45 minutos, si es posible seis días a la semana. Además, se continúa la meditación sentada con conciencia de la respiración durante 15 o 20 minutos diarios
- **Semanas 5 y 6.** Se practica la meditación sentada durante 30 o 45 minutos al día alternando con yoga. Si no se ha hecho todavía, comienza también la práctica de la meditación mientras caminamos.
- **Semana 7.** La indicación es practicar el método que resulte más agradable durante 45 minutos diarios, solo o combinándolo con otros. Si se han estado utilizando las cintas intentar no emplearlas esta semana.
- **Semana 8.** Volver a utilizar las cintas. Hacer la exploración corporal al menos dos veces durante esta semana. Continuar la meditación sentada y el yoga.

7.1.4. Aplicaciones y resultados del MBSR

A principios de los años 90, la Clínica de Reducción de Estrés había evaluado la eficacia de su abordaje con pacientes que padecían trastornos de ansiedad y dolor crónico. La mayoría de los participantes experimentaban una reducción duradera de los síntomas físicos y psicológicos así como cambios positivos profundos en la actitud, la conducta y la percepción del yo de los otros y del mundo. Desde entonces, la aplicación del MBSR se ha extendido cada vez más y son numerosos los trabajos que aplican esta intervención en distintos trastornos. Los resultados muestran mejoras prometedoras si bien, en general, los estudios carecen de grupos de control por lo que los investigadores aconsejan cierta cautela en la interpretación de los datos.

Dentro del ámbito del *dolor crónico* los primeros estudios que se realizan (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney y Sellers, 1987; Randolph et al, 1999) muestran mejorías significativas en los índices del dolor (intensidad, frecuencia y duración), en la interferencia del dolor con la vida diaria y en los síntomas médicos y psicológicos. Ahora bien estos estudios cuentan con problemas metodológicos, pues no utilizaron grupos de control o utilizaron como control la lista de espera, que afectan a la fiabilidad de sus resultados. En el caso de la *fibromialgia* Goldenberg et al. (1994) informaron que el programa mejoraba el dolor, la calidad de sueño, el impacto de la enfermedad y otros síntomas. En otros estudios se encontró que mejoraron los síntomas depresivos frecuentes en las personas que padecen fibromialgia, en cuanto a las puntuaciones en depresión somática y cognitiva (Sephton et al, 2007).

Kristeller (2003) estudió los efectos de este programa en *pacientes bulímicos* y constató una reducción de la frecuencia de los atracones y de su severidad, junto a una mejoría en los síntomas de ansiedad y depresión. Tampoco este trabajo contó con grupo control.

En pacientes con diversos tipos de *cancer* se han constatado mejorías del estado de ánimo, alivio de los síntomas de estrés asociados a la enfermedad, y aumento de la calidad de vida y del sueño (Specia et al., 2000; Carlson et al., 2001, 2003, 2004 y 2005).

En general, desde su creación el MBSR se ha aplicado a un amplio abanico de trastornos incluyendo enfermedades cardíacas, sida, dolor crónico, problemas gastrointestinales vinculados con el estrés, hipertensión, trastornos de sueño, ansiedad y ataques de pánico, etc. Aunque su ámbito de aplicación se va adaptado y ampliado a otras enfermedades, su aplicación sigue enmarcándose especialmente dentro del área de la Medicina Conductual. En la actualidad la aplicación de este programa está implantada en gran cantidad de hospitales y clínicas en los EEUU, a través de versiones adaptadas para pacientes hospitalizados.

7.2. *Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para la depresión (MBCT)*

La Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* para la Depresión surge de la necesidad de responder a la alta prevalencia de las recaídas en este trastorno. Segal, Willians y Teasdale (2002), expertos en el tratamiento de la depresión consideraron que el abordaje desde la Terapia Cognitiva constituía un enfoque útil pero restrictivo, pues la modificación de los contenidos de los pensamientos no ofrecía ayuda para otra serie de elementos que podrían estar a la base de la recurrencia depresiva.

Uno de estos elementos lo enuncia Teasdale (1988) al formular la *hipótesis de activación diferencial*, que sugiere que en las personas previamente deprimidas un

descenso del estado de ánimo podría ocasionar un cambio cognitivo hacia autoevaluaciones globales y negativas, reactivando patrones de pensamiento disfuncionales. Otro elemento descrito por Nolem-Hoeksema (1991) es el *estilo de respuesta rumiante*, que se refiere al modo en que las personas depresivas se relacionan con su bajo estado de ánimo, rumiando cognitivamente la situación, es decir, pensando reiteradamente en su sensación de malestar, su apatía, su desesperanza, etc. Esta rumiación se debe a una discrepancia entre el estado percibido y el deseado, creando un proceso circular (por no tener lo que se desea y considera bueno y aceptable) que auto-perpetúa la depresión.

Teniendo en cuenta las características de las personas con mayor vulnerabilidad hacia la depresión, los autores se plantearon ofrecer a los pacientes un cambio de perspectiva en cuanto a la relación que establecían con sus emociones y estado de ánimo negativo. Este cambio podría servir al *descentramiento*, y ayudar a abandonar las pautas rumiativas, constituyendo así una ayuda para prevenir futuras recaídas. Este cambio de perspectiva supondría lo que Teasdale (1999) definió como *insight metacognitivo*, que consiste en considerar las emociones y pensamientos negativos como eventos mentales pasajeros, que no constituyen reflexiones válidas sobre la realidad, ni aspectos fundamentales del yo.

A partir de este planteamiento y con el objetivo de encontrar la forma en la que pudieran facilitar a los pacientes el aprendizaje de esta manera nueva de relacionarse con sus eventos negativos, los autores establecieron contacto con Kabat-Zinn en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts. De este programa tomaron lo que parecía inicialmente más interesante para sus fines, la posibilidad de entrenar a los pacientes en el aprendizaje de habilidades genéricas de control de la atención. De esta forma diseñaron una nueva versión de la Terapia Cognitiva para la prevención de recaídas en la depresión (Segal, Williams y Teasdale; 2002) en la que se combinaban el abordaje de la conciencia plena y el cognitivo y cuyos beneficios esperables eran: a) facilitar a los pacientes tomar conciencia de en qué momento se encuentran cercanos a experimentar cambios de humor peligrosos, b) Debilitar la rumiación cognitiva pues la propia toma de conciencia ocuparía los recursos de procesamiento y no dejaría espacio para la rumiación y c) descentrarse de los patrones más automáticos que los estados de ánimo negativos traen a la mente. También están incluidos en el MBCT ejercicios del Programa de Reducción de Estrés basado en la Conciencia Plena tales como la exploración corporal llevando la conciencia a cada parte del cuerpo y la meditación en postura sedente con respiración, estiramientos, marcha consciente y yoga. El objetivo de estos ejercicios es facilitar una nueva forma de relación con la propia experiencia

En 2002, Segal, Williams y Teasdale estructuraron y publicaron el programa de tratamiento denominado *Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness* para la preven-

ción de recaídas en la depresión que actualmente se aplica, combinando elementos del programa de Reducción de Estrés de Kabat-Zinn (1990) con principios de la Terapia Cognitiva clásica con el objetivo de entrenar a los pacientes a desconectarse de los patrones de pensamiento depresiógenos e impedir así las recaídas.

La habilidad esencial que se enseña en el programa es a reconocer y *desengancharse* de estados mentales caracterizados por patrones *auto-perpetuantes* de pensamientos negativos y de naturaleza rumiativa. Lo que los pacientes deben de aprender es a separarse de ese modo mental y entrar en otro, incompatible, que les permita procesar la información relacionada con la depresión de manera que disminuya la probabilidad de la recaída. La herramienta básica es el empleo intencional de la atención y la conciencia de un modo mental determinado

Aquí es relevante detallar la diferencia que establecen entre el *modo hacer* y el *modo ser*. El *modo hacer* se caracteriza por la discrepancia que se registra en la mente entre cómo son las cosas y cómo se desearía que fueran, y cursa con una sensación permanente de insatisfacción, evaluación y comparación, trayendo el pasado y el futuro para anular el presente y manipulando las ideas con la esperanza de resolver la discrepancia entre la realidad y el deseo. En general, el procesamiento el *modo hacer* no es consciente, y los patrones de pensamiento negativo que se reactivan en los momentos de una potencial recaída son aspectos que entrarían dentro de este modo. En el *modo ser*, el procesamiento se centra en el momento presente y permite una experiencia directa, inmediata e íntima. Implica un cambio en la relación con los pensamientos y sentimientos que se experimentan como eventos pasajeros internos que se convierten en objetos de la conciencia y después se van.

El tratamiento que proponen se contempla como una oportunidad para desligarse del *modo hacer* y practicar el *modo ser*.

7.2.1. Estructura y procedimiento del programa MBCT

El programa Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), Segal, Williams y Teasdale, 2002 y 2007) inicialmente fue utilizado con grupos de hasta 12 pacientes depresivos recuperados y consistía en sesiones de dos horas durante ocho semanas, seguidas de cuatro sesiones de refuerzo a lo largo de un período de seguimiento de un año. Desde entonces ha sufrido algunas modificaciones, el tamaño de los grupos se ha incrementado hasta 15 personas y la duración típica de la sesión ha aumentado de 2 a 2,5 horas, a lo largo de ocho semanas.

Los autores señalan la importancia de que los instructores del programa tengan experiencia personal en la práctica de la conciencia plena puesto que se precisa que encarnen desde *el interior* las actitudes que invitan a cultivar en los participantes.

El Programa MBCT, se constituye en torno a las siguientes metas esenciales:

- Enseñar a los individuos que han sufrido depresión habilidades que ayuden a prevenir una recaída.
- Ser cada vez más conscientes de las sensaciones corporales, pensamientos y sentimientos
- Aceptar conscientemente los pensamientos, sensaciones y sentimientos para poder desarrollar un vínculo diferente de las rutinas automáticas que perpetúan las dificultades
- Ayudar a los participantes a escoger la respuesta más hábil ante los pensamientos, sentimientos o sensaciones que se experimenten.

Los contenidos que se manejan en las sesiones son los siguientes:

Sesión Primera. Abandonando el piloto automático.

Está dirigida a cambiar la manera de funcionar automáticamente, ayudando a los pacientes a que reconozcan este modo de actuar y después a salir intencionalmente de él. Para ello se utilizan ejercicios descritos anteriormente como el de comer conscientemente una uva pasa y la exploración corporal, puesto que según los autores aprender a tener una mayor conciencia del cuerpo será útil para aprender a manejar mejor la emoción.

Segunda Sesión. Enfrentando los obstáculos.

El objetivo es llevar a cabo una serie de actividades para ayudar a la personas a afrontar las barreras con las que se encuentran. Esta barreras suelen consistir en pensar si lo están haciendo bien o mal, la presencia de sensaciones dolorosas, la divagación y los hábitos mentales repetitivos, aburrirse o irritarse durante la práctica etc. La práctica de la exploración corporal permite comentar las dificultades que van surgiendo en el momento, y también las que han surgido en las prácticas formal e informal que se han realizado durante la semana. Se trabaja también la conciencia de eventos agradables y al final de la sesión la meditación sedente con respiración.

Tercera Sesión. Consciencia plena de la respiración.

Esta sesión se centra en la consciencia plena de la respiración, practicando también la caminata consciente y el registro de eventos desagradables. Se insiste en *dejar ir* cualquier sensación o emoción desagradable y no actuar sobre ella. Un elemento exclusivo de la MBCT es el espacio de tres minutos de respiración que Segal et al. (2002) diseñaron para favorecer la toma de consciencia plena durante las situaciones cotidianas perturbadoras.

Cuarta Sesión. Permaneciendo presente.

En ella se trabaja permanecer en el momento presente, explorando las experiencias con indiferencia de forma que se facilite el aprendizaje para responder con plena consciencia, en vez de automáticamente. Se practica la meditación en postura sedente con conciencia de los pensamientos y los sonidos y se pasa un cuestionario de Pensamientos Automáticos de Hollon y Kendal (1980).

Quinta Sesión. Permitir *dejar ser*.

Esta dedicada a cultivar la posibilidad de establecer una relación diferente con la experiencia no deseada, aceptándola, permitiéndola y dejándola ser. Para ello se leen determinados poemas, se dan instrucciones concretas en la meditación sentada tales como decirse a uno mismo "*está bien que sea así*" o "*me voy a permitir sentirlo*", etc.

Sexta Sesión. Los pensamientos no son hechos.

El objetivo clave en esta sesión es ayudar a los pacientes a encontrar algún modo de reducir su grado de identificación con lo que están pensando. Se utiliza la posibilidad que ofrece la meditación sedente para prestar atención y observar a los pensamientos como pensamientos y no como hechos, empleando la frase "*los pensamientos no son los hechos*". A su vez se utilizan metáforas para facilitar la comprensión de este punto.

Séptima Sesión. Cuidando mejor de uno mismo.

El objetivo de esta sesión está centrado en que los pacientes aprendan a emplear la experiencia del día a día para descubrir y cultivar actividades que pudieran utilizarse como herramientas para abordar los periodos en los que el estado de ánimo empeora. Además, se aprende a elaborar un plan de acción para afrontar la amenaza de una recaída.

Octava Sesión. Empleando lo aprendido para afrontar los futuros estados de ánimo.

Al iniciar esta sesión se mira retrospectivamente todo aquello que han aprendido los participantes en sesiones anteriores y se realiza el ejercicio de la exploración corporal para completar la sensación del cierre del círculo. Se procura establecer el mejor modo para que los participantes no abandonen las prácticas que realizan en el programa, aunque se hayan terminado las sesiones, dándose a si mismos una razón para mantenerlas y revisando los planes de acción concretos para prevenir las recaídas.

Es importante señalar que aunque el programa trabaja con el modelo ABC para mostrar que diferentes interpretaciones (B) de una misma situación (A), producen diferentes consecuencias (C), el objetivo de las técnicas de terapia cognitiva que se emplean no está dirigido a cambiar pensamientos distorsionados, sino a facilitar la comprensión del cliente acerca de la influencia de los pensamientos en los cambios del estado de ánimo y en el mantenimiento del piloto automático.

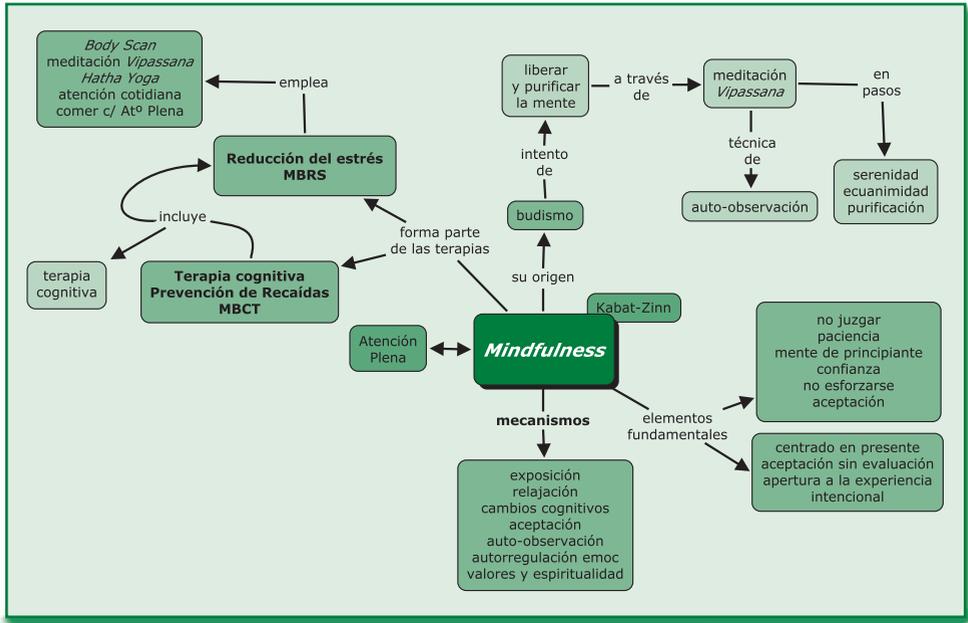
Por último, las tareas que se pautan como trabajo entre sesiones consisten en las prácticas de meditación formales e informales, similares al programa MBSR y conforman un aspecto rutinario del programa MBCT. Esta práctica se establece desde la primera sesión, dejando siempre tiempo suficiente al final de cada sesión para discutir las actividades que se proponen como tareas para casa hasta la siguiente semana.

7.2.2. Aplicaciones y resultados del programa MBCT

La MBCT es recomendada en la actualidad por la *Guía para la Práctica Clínica de la Depresión* (2004) del Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido, para la prevención de la depresión recurrente. Es por tanto, un programa con un amplio y reconocido apoyo empírico. Este programa ha demostrado ser efectivo en la prevención de las recaídas en pacientes con un historial de más de dos recaídas, en un seguimiento de 60 semanas y en comparación con un grupo de control que realizó el tratamiento habitual (Teasdale et al., 2000). También se ha podido constatar que su aplicación reduce la tendencia a la sobregeneralización de recuerdos autobiográficos en personas deprimidas (Williams, Teasdale, Segal y Soulsby, 2000). En nuestro país, Cebolla y Miró (2007) han adaptado el programa para aplicarlo al tratamiento de personas con síntomas de depresión en fase no aguda con resultados muy prometedores.

Actualmente, la investigación de la MBCT se está enfocando en su eficacia para el tratamiento de los síntomas depresivos en general, y no sólo en recaídas. Esta investigación surgió al considerar que el modelo de la recaída debida a la vulnerabilidad cognitiva, podría ser potencialmente aplicado también a los síntomas depresivos en sí mismos.

8. Mapa conceptual de mindfulness



9. Conclusiones y consideraciones finales

La técnica de *mindfulness* es característica de las terapias y acercamientos calificados como tercera generación de la Terapia Cognitivo Conductual, no obstante, su uso no es exclusivo de estas terapias, sino que cada vez más en la actualidad los programas cognitivo-conductuales de carácter tradicional la incorporan como un nuevo recurso clínico para el logro de diferentes objetivos. Esta combinación resulta relativamente sencilla, pues algunas características de la TCC convencional pueden ser compatibles con el modo de hacer de *mindfulness*. Los elementos pertenecientes a los enfoques terapéuticos de *tercera generación* aportan una perspectiva complementaria del problema y promueven estrategias terapéuticas que permiten romper muchos de los círculos viciosos sobre los que se asientan gran parte de los trastornos emocionales. No obstante, sí hay algunas contradicciones importantes entre lo que ha sido la forma tradicional de hacer TCC y los acercamientos a través de *mindfulness*, pues en el primer caso ha primado la eliminación y el control (promoviendo muchas veces la evitación experiencial), y en el segundo la aceptación y normalización de los eventos internos.

Para finalizar este capítulo, y en relación con el uso terapéutico de *mindfulness*, parece también importante remarcar que, a pesar de la ingente investigación sobre los efectos terapéuticos de la técnica de *mindfulness* sobre muy diversos síntomas como el pensamiento recurrente, la expresión emocional negativa o los síntomas psicofisiológicos, el objetivo último y fundamental de *mindfulness* no es la eliminación de síntomas, sino el crecimiento y la transformación personal, mediante la persecución de metas posibles dirigidas por los valores de la persona. Se trata de un cambio mucho más profundo y amplio que aquel al que estamos acostumbrados, normalmente el de la eliminación de síntomas o las limitaciones funcionales. La evidencia empírica aportada por la investigación en neurología ha identificado cambios neurológicos que podrían considerarse las bases de ese penetrante cambio, pues ha podido comprobar de qué forma la práctica prolongada de *mindfulness* implica cambios neurológicos estables en diversas zonas cerebrales esenciales para los procesos de integración. Estos cambios, yendo más allá de la actividad concreta que los provocó, afectan a una gran cantidad de comportamientos y formas de reacción del individuo, de manera que tienen un efecto multiplicador sobre su vida y sus relaciones interpersonales (Simón, 2007).

10. Resumen

- *Mindfulness* es una técnica de meditación, así como una experiencia de la vida cotidiana, que tiene como referencia las prácticas meditativas orientales.
- La técnica de *mindfulness* pertenece a los enfoques denominados tercera generación de la Terapia Cognitivo Conductual.
- La experiencia de *mindfulness* implica conciencia del momento presente, es decir, estar en contacto con la experiencia del momento sin juicios, con aceptación y de forma Intencional.
- Los componentes principales de *mindfulness* son: a) autorregulación de la atención y b) orientación a la experiencia con curiosidad apertura y aceptación.
- La autorregulación de la atención y la posibilidad de percibir lo que ocurre de una manera objetiva (*repercepción*), permiten cambios cognitivos y emocionales que ayudan a conseguir equilibrio y bienestar.
- En su incorporación a la psicoterapia actual *mindfulness* supone una ampliación de las técnicas psicológicas anteriores con un matiz muy importante, la aceptación sin juicios. Esta aceptación posibilita una relación distinta con la experiencia, especialmente con los pensamientos, emociones y sensaciones negativas que caracterizan los trastornos psicológicos.

- Los dos programas de intervención basados en mindfulness que han demostrado utilidad son el *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR, Kabat-Zinn, 1990) y el *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT, Segal et al., 2002) para prevenir las recaídas en los pacientes con depresión. Ambos emplean técnicas que provienen de la meditación, combinándolas con técnicas de yoga en el caso del MBSR y con técnicas cognitivas en el MBCT.

11. Bibliografía recomendada

Brantley, J. (2007). *Calming your anxious mind*. Oakland CA, New Harbinger Publications. (Traducción al castellano: *Calmar la ansiedad*. Barcelona: Oniro, 2010).

- Se trata de un libro especialmente práctico que expone cómo aplicar diversas técnicas y procedimientos basadas en la meditación con atención plena a los trastornos y problemas de ansiedad.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. NY: Bantam. (Traducción al castellano: *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairós, 2003).

- De una forma clara y sencilla pero a la vez detallada el autor expone los fundamentos de su programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP) y el procedimiento de aplicación con todo lujo de detalles y consideraciones. Es una referencia indispensable para el acercamiento en profundidad a este programa de intervención.

Segal, V.Z., Williams, M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression. A new approach to preventive relapse*. NY: Guilford Press. (Traducción al Castellano: *Terapia Cognitiva de la Depresión basada en la Conciencia Plena Un Nuevo abordaje para la prevención de recaídas*. Bilbao: Desclée De Brower, 2008).

- Los autores de la *Terapia Cognitiva de la Depresión basada en la Conciencia Plena* muestran en este libro los fundamentos, lógica de la intervención y procedimiento de aplicación de este programa. El proceso de intervención está completamente detallado, y es una guía obligatoria para el conocimiento de esta terapia y su puesta en práctica.

12. Referencias bibliográficas

- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R.A. (2009). Self-focused attention and mechanisms of change in mindfulness-based treatment. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 15-20.
- Baer, R.A., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Smith, G.T. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 11, 191-206.
- Benson, H. y Klipper, M.Z. (1975). *The relaxation response*. NY: Harper Collins.
- Bishop, S.R. (2002). What do we really know about Mindfulness-Based Stress Reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 35-43.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Brantley, J. (2007). *Calming your anxious mind*. Oakland CA, New Harbinger Publications. (Traducción al castellano: *Calmar la ansiedad*. Barcelona: Oniro, 2010).
- Brown, K.W. y Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Brown, K.W. y Ryan, R.M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 242-248.
- Cahn, B.R. y Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin*, 132, 180-211.
- Carlson, L.E., Labelle, L.E., Garland, S.N., Hutchins, M. y Birnie, K. (2009). Mindfulness-based interventions in oncology. *Clinical Handbook of Mindfulness*, 43, 383-404, DOI: 10.1007/978-0-387-09593-6_21
- Cardaciotto, L.A. (2005). *Assessing mindfulness: The development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance*. Tesis Doctoral no publicada presentada en la Universidad de Drexel.
- Carmody, J. (2009). Evolving conceptions of mindfulness in clinical settings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 270-280.
- Cebolla, A. y Miró, M.T. (2006). Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia* n^o 66/67, 133-157.

- Delgado, L.C. (2009). *Correlatos Psicofisiológicos de Mindfulness y la Preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades Mindfulness*. Granada. Editorial de la Universidad de Granada. Tesis Doctoral.
- Ditto, B., Eclache, M. y Goldman, N. (2006). Short term autonomic and cardiovascular effects of mindfulness body scan meditation. *Annals of Behavioral Medicine*, 32, 227-234.
- Ekman, P. y Davidson, R.J. (1994a). Afterword: Can we control our emotions? En P. Ekman y R. J. Davidson (Eds.), *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*. NY: Oxford University Press.
- Ekman, P. y Davidson, R.J. (1994b). Afterword: How do individuals differ in emotion-related activity? En P. Ekman y R. J. Davidson (Eds.), *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*. NY: Oxford University Press.
- Flavell, J.H. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. En L.B. Resnick (Ed.), *The nature of intelligence*. NJ: Erlbaum.
- Fletcher, L.B., Shoendoerf, B. y Hayes, S.C. (2010). Searching for mindfulness in the brain: A process-oriented approach to examining the neural correlates of mindfulness. *Mindfulness*, 1, 41-63.
- Foa, E.B. y Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- García Monge, J.A. (1998). *Treinta palabras para la madurez*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Germer, C.K. (2005). Mindfulness. What is it? What does it matter? En C.K. Germer, R. D.Siegel y P.R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy*. NY: Guilford Press.
- Goldenberg, D.L., Kaplan, K.H., Nadeau, M.G., Brodeur, C., Smith S., Schmidt C.H. (1994). A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2, 53-66.
- Grabovac, A.D., Lau, M.A. y Willett, B.R. (2011). Mechanisms of Mindfulness: A Buddhist Psychological Model. *Mindfulness*. DOI 10.1007/s12671-011-0054-5
- Greeson, J. y Brantley, J. (2009). Mindfulness and anxiety disorders: Developing a wise relationship with the inner experience of fear. En F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness*. NY: Springer.
- Gresson, J.M., Rosenzweig, S., Vogel, W.H. y Brainard, G.C. (2001). Mindfulness meditation and stress physiology in medical students. *Psychosomatic Medicine*, 63, 158.
- Hanh, T.N. (1976). *Miracle of mindfulness*. Boston: Beacon.
- Hayes, S.C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. En S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance & Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 58-66.

- Hayes, A.M. y Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255-262.
- Hayes, S.C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. NY: Guilford Press.
- Hollon, S.D. y Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy & Research*, 4, 383-395.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. NY: Piadkus.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in every day life*. NY: Hiperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness: Fifteenth anniversary edition*. NY: Bantam Dell.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. y Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. y Sellers, W. (1986). Four year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. NY: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. NY: The Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1994). Addiction, mindfulness, and acceptance. En S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.
- Mendis, N.K.G. (2006). *The Abhidhamma in practice*. Retrieved 29 October 2010 from <http://www.accesstoinsight.org/lib/authors/mendis/wheel322.html>.
- Mikulas, W. (2011). Mindfulness: Significant common confusions. *Mindfulness*, 2, 1-7. doi:10.1007/s12671-010-0036-z.

- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Olendzki, A. (2005). The roots of mindfulness. En C.K. Germer, R.D. Siegel y P.R. Fulton. (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. NY: Guilford
- Parasuraman, R. (1998). *The Attentive Brain*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Pérez, M.A. y Botella, L. (2006) Conciencia Plena Mindfulness y Psicoterapia: Concepto Evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia* 66/67, 77-121.
- Posner, M.I. (1980). Orienting of attention. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 32(1), 3-25.
- Posner, M.I. y Rothbart, M.K. (1992). Attentional mechanisms and conscious experience. En A. D. Milner & M.D. Rugg (Eds.), *The neuropsychology of consciousness*. Toronto: Academic Press.
- Roemer, L. y Orsillo, S.M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Roemer, L. y Orsillo, S.M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. En S.M. Orsillo y L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. Nueva York: Springer, 213-240.
- Schneider, W. y R.M. Shiffrin. (1977). Controlled and automatic human information processing: 1. Detection, search, and attention. *Psychological Review*, 84, pp1-66.
- Segal, V.Z., Teasdale, J.D. y Williams, M.G. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: theoretical rationale and empirical status. En Steven C. Hayes, Victoria M. Follete y Marsha M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance* (pp. 45-65). NY: Guilford Press
- Segal, V.Z., Williams, M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression. A new approach to preventive relapse*. NY: Guilford Press.
- Sephton, S.E., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K. et al. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis and Rheumatism*, 57, 77-85.
- Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A. y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386.
- Siegel, D.J. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. NY: W.W. Norton.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia* 66/67, 5-30
- Teasdale, J.D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.

- Teasdale, J.D. (1999), Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 146-155.
- Teasdale, J.D., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. y Segal, Z.V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. y Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Thera, N. (1973). *The Heart of Buddhist Meditation*. Nueva York: Samuel Weiser.
- Vallejo, M.A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27, 92-99.
- Vallejo, M.A. (2008). Mindfulness o atención plena: de la meditación y la relajación a la terapia. En F.J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Williams, J.M., Teasdale, J.D., Segal, Z.V. Soulsby, J. (2000). Mindfulness-Based Cognitive Therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G.A. Y Walker, D.D. (2005). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 211-228.

Terapias de tercera generación

Arabella Villalobos, Marta Isabel Díaz, M^a Ángeles Ruiz y Marcela Paz González

1. Introducción

2. Fundamentos teóricos y principios básicos

2.1. El contextualismo funcional

3. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

3.1. Marco teórico y conceptual de ACT

3.1.1. Teoría de los marcos relacionales

3.1.2. Conceptos principales de ACT

3.2. Estructura y procedimiento de ACT

3.3. Recursos clínicos

3.4. Evidencia empírica de ACT

4. La Terapia Dialéctica Conductual (TDC)

4.1. Fundamentos teóricos

4.2. Estructura y procedimiento de intervención de TDC

4.3. Recursos clínicos

4.3.1. Procedimientos de mindfulness utilizados en TDC

4.4. Evidencia empírica de TDC

5. Mapa conceptual de las terapias de tercera generación

6. Conclusiones y consideraciones finales

7. Resumen

8. Bibliografía recomendada

9. Referencias bibliográficas



Steven C. Hayes, es profesor de la Universidad de Nevada y fundador de la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Su carrera se ha focalizado en el análisis de la naturaleza del lenguaje y la cognición y la aplicación de este conocimiento al alivio y comprensión del sufrimiento humano. Ha sido presidente de la División 25 (*Experimental Behavior Analysis*) de la *American Psychological Association*, de la *American Association of Applied and Preventive Psychology* y de la *Association for Behavioral and Cognitive Therapy*.

<http://www.stevenhayes.com/>



Marsha Linehan, es profesora de psicología y adjunta de psiquiatría y ciencias de la conducta en la *Universidad de Washington* y dirige un consorcio de proyectos destinados a desarrollar tratamientos para población suicida, con trastornos severos y multidiagnósticos. Es creadora de la Terapia Conductual Dialéctica (DBT), un tratamiento para las conductas suicidas, ampliado al trastorno límite de la personalidad y otros trastornos mentales graves y complejos, especialmente los que implican desregulación emocional grave.

<http://faculty.washington.edu/linehan/>

Palabras clave

- Contextualismo funcional
- Teoría del Marco Relacional
- Desesperanza creativa
- Teoría biosocial
- Trastorno límite de personalidad
- Evitación experiencial
- Aceptación
- Contexto verbal
- Metáforas
- Dialéctica
- Valores

Objetivos

Este capítulo ha sido escrito con el objetivo de que el lector o lectora...

- Comprenda el papel de las terapias de tercera generación en la Terapia Cognitivo Conductual actual, entendiendo los factores que llevaron a su surgimiento.
- Conozca y entienda los supuestos básicos de la filosofía de la ciencia (el contextualismo funcional) que subyace y cimienta a estos nuevos planteamientos derivados del conductismo radical.
- Conozca de qué forma el contextualismo funcional sustenta el análisis conductual aplicado como herramienta única de predicción y control de la conducta.
- Comprenda los fundamentos teóricos, conceptos básicos, estrategias técnicas y forma de proceder básica de las dos terapias de tercera generación más desarrolladas e investigadas hasta la actualidad: La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Dialéctica Conductual (TDC).

1. Introducción

Es un hecho conocido y admitido que la orientación cognitivo-conductual ha demostrado ya a lo largo de muchos años un grado de eficacia y efectividad realmente alto en el abordaje de diversos trastornos emocionales (depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación, etc.), sin embargo, no es menos cierto que las presentaciones más complicadas, crónicas y refractarias al tratamiento de estos trastornos se han mostrado necesitadas de un enfoque terapéutico que permitiese obtener a los afectados una sensación de cambio, bienestar subjetivo y funcionalidad que el enfoque cognitivo-conductual tradicional no era capaz de conseguir (Pollack, Otto, Roy-Byrne, Coplan, Rothbaum, Simon et al., 2008).

A lo largo de los últimos años hemos asistido en la Terapia Cognitivo Conductual a la irrupción en el ámbito clínico y en la investigación de nuevos tratamientos que fundamentan su *praxis* en principios conceptuales diferentes a los esgrimidos desde el clásico enfoque cognitivo-conductual. Acercamientos terapéuticos como la Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan, 1993a y b), la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1987) o la Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* (Segal, Williams y Teasdale 2002) vista en el capítulo anterior, han expandido considerablemente los límites conceptuales de la terapia cognitivo-conductual tradicional, ofreciendo nuevas alternativas terapéuticas para problemas persistentes y resistentes a la terapia como son las recaídas recurrentes, las limitaciones en la funcionalidad o la pobre sensación de bienestar que acompaña a muchos pacientes.

Como se indicaba en el Capítulo 1, estas terapias (Cuadro 1) son conocidas en estos momentos como terapias de tercera generación (TTG), en contraposición con la primera época de la Terapia de Conducta que tomaba sus técnicas de la psicología experimental y una segunda época marcada por el advenimiento de lo cognitivo. No obstante, la denominación de *terapias de tercera generación* puede resultar pretenciosa, pues no se trata de un cambio revolucionario ni radical en la forma de hacer Terapia de Conducta, sino de un viraje hacia aspectos quizá poco valorados u olvidados por ésta hasta hace bien poco (Vallejo, 2007). Elementos como la aceptación, la conciencia plena, la desactivación cognitiva, la dialéctica, los valores, la espiritualidad y las relaciones (Hayes, 2004a) no son nuevos para la psicoterapia, incluso se puede afirmar que las nuevas Terapias de Conducta están abarcando variables, asuntos y tópicos que principal y tradicionalmente han sido propias y exclusivas de aproximaciones de corte humanista-existencial (Pérez, 2001), la diferencia es que ahora son interpretados desde un nuevo entramado teórico sobre el que desarrolla la *praxis* de esta nueva generación de terapias de clara vocación empírica.

Cuadro 1. Terapias de tercera generación más influyentes y desarrolladas en la actualidad

- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999)
- Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) (Kohlenberg y Tsai, 1987)
- Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1993 a y b)
- Terapia Integral de Pareja (Jacobson y Christensen, 1996)
- Terapia de Activación Conductual (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001)
- Terapia Cognitiva con Base en *Midfulness* (Segal, Teasdale y Williams, 2002 y 2004)

A lo largo del capítulo se presentan los fundamentos teóricos que subyacen a estas terapias y se resumen los dos desarrollos terapéuticos de esta tercera generación que se consideran más sólidamente fundamentados y cuya práctica ha recibido mayor interés por parte de la investigación: la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, 2004a) y la Terapia Dialéctica Comportamental (Linehan, 1993a y b).

2. Fundamentos teóricos y principios básicos

Las Terapias de Tercera Generación (TTG) fundamentan su actuación en un paradigma contextual que explica el comportamiento humano (normal y anormal) en términos interactivos, funcionales y contextuales. De esta forma, el trastorno no se encuentra dentro de la persona, sino que es la persona la que se encuentra en unas circunstancias o situación problemática. Estas terapias consideran que los trastornos psicológicos son posibilidades del ser humano, en tanto que no existe un déficit en el individuo que sea la causa de su trastorno, sino sólo problemas derivados de interactuar con el contexto actual, a partir del contexto histórico. Merece la pena destacar la diferencia radical que supone este planteamiento en cuanto a las dos generaciones anteriores que adoptan un modelo de déficit, es decir, promulgan la existencia de una patología o disfunción psicológica (e.g. respuestas condicionadas de ansiedad, conductas de evitación, distorsiones cognitivas, creencias irracionales, etc.) a la base de los trastornos psicológicos, para cuya corrección desarrollan y aplican técnicas específicas. Estas dos generaciones asumen un modelo de salud mental internalista y mecanicista, que se traduce en la elaboración de protocolos de tratamiento altamente estructurados para intervenir sobre los elementos *dañados* que hay en los diferentes trastornos. Por el contrario, tal y como comenta Hayes (2004a y b): *“la tercera ola de la terapia conductual y cognitiva se muestra particularmente sensible al contexto y a las funciones del evento psicológico, y no tanto a su forma; de este modo tiende a enfatizar el papel de las estrategias de cambio contextuales y experienciales”*.

Los dos grandes principios que sirven de base a las intervenciones de las TTG son:

- La **aceptación**. El abandono de la búsqueda permanente del bienestar (evitación experiencial) y, por tanto, la aceptación de los síntomas y del malestar como experiencia vital normal.
- La **activación**. Si la atención y recursos de la persona ya no se dirigen hacia la evitación de los síntomas, es posible promover un cambio conductual hacia la persecución de objetivos valiosos en la vida. En este tipo de terapias la eficacia no se mide por la cantidad de síntomas eliminados, sino por los logros personales del paciente a partir de la clarificación de valores.

Así mismo, las variables de interés consideradas en las terapias de tercera generación conectan directamente con procesos relacionados con: la aceptación, los valores que guían la activación conductual (tanto del cliente como los del propio terapeuta), la propia terapia concebida dentro de una relación dialéctica, la atención al *self*, el contacto con el momento presente, la espiritualidad o la importancia concedida a la relación terapeuta-cliente (Hayes et al., 1999; Luciano, 2001; Pérez, 2001; Wilson y Luciano, 2002). A partir de estos principios y variables, su actuación no se centra en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados (especialmente la cognición o el pensamiento). En lugar de esto, focalizan su interés en la función psicológica de los eventos concretos, e intervienen alterando los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (e.g., Hayes et al., 1999). A través de metáforas, paradojas y ejercicios experienciales, entre otras técnicas, la persona se da cuenta de que intentar controlar sus eventos privados constituye, y forma parte del problema (Mañas, 2007). El hecho de que el enfoque que sostienen se centre en lo funcional, proporciona una mayor libertad y permite incluir técnicas de otras orientaciones psicoterapéuticas tales como la Gestalt, la Logoterapia o el Análisis Transaccional (Barraca, 2006), puesto que lo importante es atender a la función de la conducta, la terapia se organiza en torno a esta función.

Los autores más relevantes de esta corriente (Hayes, 2004b; Jacobson, 1997) sostienen que se trata de terapias que se asientan sobre el *contextualismo funcional*, filosofía de la ciencia que subyace al conductismo radical.

2.1. El contextualismo funcional

El contextualismo funcional ha sido desarrollado como una filosofía de la ciencia (Gifford y Hayes, 1999; Hayes, 1993) y, específicamente, como las bases filosóficas del análisis conductual aplicado del conductismo radical. Es considerado, por tanto como el cimiento filosófico sobre el que se han construido los desarrollos terapéuticos conocidos como *tercera generación*. Sus asunciones básicas son:

- Utiliza como *metáfora raíz* (concepción del mundo y acercamiento a la realidad) el *acto-en-el-contexto*.
- Es especialmente sensible al papel del contexto para la comprensión y análisis de la naturaleza y función de un evento.
- Utiliza el *pragmatismo* como criterio de verdad de la ciencia, es decir, la utilidad que tiene una explicación para controlar o influir en el comportamiento objeto del análisis.
- Especifica las metas u objetivos científicos los cuales son aplicados bajo dicho criterio de verdad pragmática.

En oposición con el paradigma mecanicista propio de generaciones anteriores de la TCC (especialmente el enfoque cognitivo) y del modelo médico de intervención en salud mental, el planteamiento contextual busca las variables externas que generan, en primera instancia, el comportamiento y controlan su probabilidad. El comportamiento se enmarca en su ambiente concreto puesto que las acciones son históricas y contextuales, y han de contemplarse dentro del entorno en el que se producen. Un esquema-resumen de las diferencias básicas en cuanto a los modelos mecanicistas (médico y cognitivo) y contextual se pueden ver en la Tabla 1.

Tabla 1. Diferencias básicas entre modelos

	MODELO MÉDICO		MODELO CONTEXTUAL
	Psicofarmacología	Terapia cognitiva	Terapias de 3 ^a generación
Explicación	Explicación neurobiológica: <ul style="list-style-type: none"> • Estructuras cerebrales dañadas • Mecanismos neuroquímicos desequilibrados 	Explicación psicológica <i>intrapsíquica</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Estructuras cognitivas desajustadas • Procesos cognitivos erróneos 	Explicación psicológica <i>interactiva</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Funcional • Contextual
Mecanismo causal	Desequilibrio neuroquímico (e.g. de la serotonina)	Disfunción cognitiva o carencia (e.g. esquema depresógeno, déficit de habilidades sociales, etc.)	Condición humana posible al relacionarse con su entorno.
Tratamiento	Farmacológico (e.g. ansiolíticos, estabilizadores del ánimo, etc.)	Técnica específica (e.g. reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades, etc.)	Principios generales: <ul style="list-style-type: none"> • Aceptación • Activación
Criterio de eficacia	Reducción o eliminación de síntomas	Reducción o eliminación de síntomas	Ampliación del horizonte personal: <ul style="list-style-type: none"> • Consecución de metas valiosas

Adaptado de Vargas-Mendoza (2006)

Desde la perspectiva del contextualismo funcional el análisis conductual es una ciencia natural de la conducta que persigue el desarrollo de un sistema organizado de reglas y conceptos verbales empíricamente derivados que permitan predecir e influenciar la conducta de forma precisa (Biglan y Hayes, 1996). De esta forma, el estudio del contexto actual e histórico de una conducta permite desarrollar conceptos y reglas analíticas útiles para predecir y cambiar los eventos psicológicos en una variedad de situaciones. Estos conceptos y reglas pueden servir para describir e interpretar fenómenos para los cuales la predicción y la posibilidad de influencia ha sido inviable en términos prácticos (Biglan y Hayes, 1996).

El enfoque del análisis conductual hacia los fenómenos psicológicos es calificado de *seleccionista*, en el sentido de que al igual que en la evolución de las especies las contingencias de supervivencia en un contexto dado seleccionaban los rasgos genéticos que sobrevivirían, en la conducta, las contingencias de reforzamiento en un contexto dado seleccionarán qué clases de respuestas persistirán (o serán probables) en ese individuo. Como estableció Skinner (1981), la evolución de la conducta se describe como una *selección por las consecuencias*. De esta forma, *contextualismo* y *seleccionismo* son conceptos muy relacionados, pues el *seleccionismo* es el modo causal de operar inherente a la filosofía contextual. El *seleccionismo* implica un énfasis en el papel que el contexto histórico y las consecuencias juegan en el moldeado de la forma y la función de una conducta en el contexto actual, énfasis que claramente refleja el criterio de verdad que maneja el contextualismo: la consecución del éxito en un determinado contexto, pues la verdad es situacional y pragmática (Hayes, 2004c).

Como se revisó en el primer Capítulo, el análisis conductual aplicado rechaza explicaciones cognitivas y mentalistas, y pone el interés en las relaciones funcionales entre la conducta y el entorno, cuya identificación permite predecir e influir sobre la conducta. Es importante destacar que en el análisis conductual aplicado *predicción* e *influencia* forman un único objetivo, y que el contextualismo funcional se decanta por los análisis que permiten tanto la predicción, como el influir en los fenómenos psicológicos. Los análisis que permiten sólo la predicción, por ajustada que resulte, se consideran incompletos (Biglan y Hayes, 1996). Según el contextualismo funcional este es precisamente el problema de los modelos que utilizan constructos hipotéticos y mediadores cognitivos (e.g. esquemas, estilos cognitivos, actitudes, expectativas, etc.) para explicar el comportamiento abierto, pues aunque pueden ser muy ajustados a la hora de predecir los eventos psicológicos, no son tan útiles para saber cómo influir o cambiar dichos eventos, por ejemplo, ¿qué causó un error cognitivo? y ¿cómo podemos cambiarlo? El funcionalismo contextual busca la contestación a estas cuestiones en el ambiente actual y en la historia de contingencias (relaciones con el contexto). La forma de cambiar o influir sobre la conducta abierta y encubierta es a través de la manipulación de variables ambientales, pues la

explicación de que un evento mental (e.g. esquema mental) es causa de otro (e.g. error cognitivo) no aporta información sobre cómo cambiar el evento causal (Hayes, 2004c). En relación con la intervención en psicoterapia, cualquier cosa que hagamos para ayudar a alguien lo hacemos en un contexto y formando parte de él, y son las variables contextuales, (incluidas las que rodean la interacción durante las sesiones de terapia) las que determinarán el cambio (Hayes y Brownstein, 1986). Es importante señalar que el *contextualismo funcional* recupera el interés por el *análisis funcional* presente desde los comienzos de la Terapia de Conducta pero que en cierta manera no se había desarrollado puesto que no tuvo totalmente en cuenta la conducta más frecuente y relevante en la situación clínica, es decir, la conducta verbal (Pérez, 2006). Ahora bien en los últimos años, se desarrolla una importante investigación a partir de la obra de Skinner *Conducta verbal* de 1957 (Hayes, 1991 y 1994) que lleva a formular desde las posiciones contextualistas (no mecanicistas) las proposiciones sobre las que se asientan estas terapias de tercera generación.

Partiendo de los planteamientos expuestos, es fácil entender que desde posiciones contextualistas ningún pensamiento, sentimiento o recuerdo sea inherentemente problemático, patológico o disfuncional, sino que dependerá de su función en el contexto. Recuperar el interés por el análisis funcional supone intentar comprender la función de la conducta y no quedarse únicamente en su forma, entendiendo por función de la conducta aprender para que le sirve al sujeto una determinada forma de comportarse por qué necesita actuar así y que gana o pierde a corto y a largo plazo. Así, de la misma forma que el motor de un coche desmontado en una clase de mecánica tiene una función (enseñar) y como tal, nadie pensaría en términos de estar roto (no puede funcionar), los pensamientos (u otros eventos privados) tienen una función en el contexto en el que se dan, que debe ser el foco de atención, y no su consideración patológica en términos absolutos. Sin embargo, cuando un contexto incluye la fusión cognitiva y la evitación experiencial, los pensamientos, sentimientos y recuerdos, frecuentemente funcionan de forma dañina e interferente con la vida, sin embargo, en un contexto de *defusión* y aceptación, los mismos pensamientos, sentimientos o recuerdos funcionan de forma muy diferente, no interfiriendo y con menor impacto, pueden seguir siendo dolorosos o molestos pero no interfieren en el desarrollo de una vida valiosa.

3. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

La Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT - Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002; Hayes, 2004a) se ha desarrollado a lo largo de los últimos 25 años, apareciendo el primer artículo relacionado con ella en el año 1984 (Hayes, 1984). ACT se define como una forma

de psicoterapia experiencial, conductual y cognitiva basada en la *Teoría de los Marcos Relacionales*, teoría del lenguaje y de la cognición humana que se encuadra dentro del conductismo radical, y que considera las cogniciones como conductas y, como tales, sujetas a las mismas leyes que cualquier otro comportamiento.

La Terapia de Aceptación y Compromiso se estructura en torno a dos conceptos centrales, 1) el concepto de *evitación experiencial*, que en muchas ocasiones da cuenta del mantenimiento de los trastornos y, por tanto, del sufrimiento humano y 2) los *valores personales*, entendidos como guías de actuación para caminar en la dirección de la realización personal. Estos conceptos se articulan una serie de premisas que afectan a su forma de intervención:

1. El problema del cliente no es tener pensamientos o sentimientos que se valoran negativamente, sino el modo en que la persona reacciona ante ellos. De acuerdo con esto, los pensamientos, recuerdos, emociones o sentimientos son considerados comportamientos que dependen del contexto actual e histórico y son *normales*, entendiendo por *normales* las reacciones que se han conformado a lo largo de la historia de la persona, constituyen su repertorio y que dadas ciertas circunstancias se hacen presentes.
2. La pretensión de no sufrir o tener que estar bien para poder vivir no se ajusta a la realidad que la vida ofrece. ACT considera el malestar psicológico como parte consustancial de la vida, por tanto, tener una actitud de evitación experiencial es una elección restrictiva que puede resultar destructiva (Wilson y Luciano, 2002).
3. El concepto de salud psicológica se entiende como el desarrollo y mantenimiento de patrones de comportamiento valiosos en las diferentes áreas importantes en la vida de una persona.
4. ACT considera que los pacientes pretenden que la terapia les ayude a resolver sus problemas dentro de la dirección o camino infructuoso que ellos han intentado, será necesario enseñarles que ese camino es inútil e improductivo y será preciso cambiar de planes.
5. Los problemas psicológicos no vienen dados por la presencia de ciertos contenidos psicológicos perturbadores, sino por el papel protagonista que adquieren estos contenidos en cuanto al control del comportamiento, dirigiendo las elecciones de la persona quien relega a un segundo plano sus valores fundamentales.
6. ACT tiene en cuenta en el papel del terapeuta y el propio proceso de éste, que no es tan distinto del de el paciente, y pone un énfasis especial en el contexto terapéutico donde se define el rol del terapeuta no como el especialista que sabe todo, sino como el que acompaña, ayuda y cuida al paciente en su camino personal hacia la realización de su vida.

Como se ha indicado, los fundamentos de la actuación de ACT se derivan de la *Teoría de los Marcos Relacionales*, que a su vez se sustenta en el *contextualismo funcional*. En coherencia con el contexto que supone ACT se utilizará la *metáfora del edificio* (*the house of ACT*, Harris y Hayes, 2009) para explicar la fundamentación teórica y filosófica de ACT. Atendiendo a esta metáfora, ACT puede considerarse como un edificio de tres plantas, en la última planta se encontraría el desarrollo específico de ACT como terapia, una planta más abajo estaría ocupada por la Teoría de los Marcos Relacionales (que se revisa en el punto siguiente), la planta baja del edificio estaría ocupada por el análisis conductual aplicado y su análisis funcional que proporciona el entramado para la formulación de los casos, mientras que finalmente los cimientos del edificio están constituidos por el paradigma del contextualismo funcional revisado en el punto anterior. De forma más específica, el contextualismo funcional aporta a ACT los objetivos de predicción e influencia sobre la conducta utilizando principios y metodologías con base empírica. El análisis conductual aplicado permite obtener datos concretos de las variables contextuales que deben ser modificadas, mientras que la Teoría de los Marcos Relacionales proporciona herramientas conceptuales y empíricas para llevar a cabo el análisis experimental del contexto verbal, donde tienen lugar la mayor parte de las relaciones y transacciones que afectan a la conducta. De esta forma, llegamos a la planta de ACT donde, tomando como base lo anterior, se lleva a cabo un proceso específico de predicción e influencia sobre la conducta para ayudar a los seres humanos a desarrollar vidas plenas y valiosas.

3.1. Marco teórico y conceptual de ACT

3.1.1. Teoría de los Marcos Relacionales

La Teoría de los Marcos Relacionales (TMR) es un enfoque conceptual de clara vocación pragmática que trata de dar cuenta de las conductas humanas complejas, como es el caso de la conducta verbal y cognitiva, tratando de integrar conceptos aparentemente dispares (e.g. conducta gobernada por reglas, comprensión y otros fenómenos cognitivos). El carácter contextual de esta teoría pretende servir de enlace entre las dispares perspectivas de la psicología cognitiva y conductual en su acercamiento a la estructura de la conducta verbal y la cognición humana. La TMR se centra en la conducta verbal, que considera determinada por la habilidad aprendida de relacionar eventos de forma arbitraria y de transformar las funciones de un estímulo en base a su relación con otros (Delgado, 2009). Específicamente focaliza su interés en el fenómeno de las *relaciones de estímulo derivadas*, para explicar la conducta gobernada por reglas.

El siguiente párrafo de Hayes, Barnes-Holmes y Roche (2001) resume brevemente, pero de forma muy precisa los conceptos elementales de la teoría que se explican sucintamente en este epígrafe: “*La teoría de los marcos relacionales es una aproximación analítico-comportamental al lenguaje y la cognición. La TMR entiende el comportamiento relacional como una operante generalizada, y por tanto apela a una historia de entrenamiento con múltiples ejemplares. Los tipos específicos de comportamiento relacional, denominados marcos relacionales, se definen en términos de las tres propiedades de implicación mutua, implicación combinatoria y transformación de funciones. Los marcos relacionales son aplicables arbitrariamente, aunque no se aplican necesariamente de manera arbitraria en el contexto del lenguaje natural*” (p. 141).

Se destacan en este párrafo dos conceptos fundamentales:

- La naturaleza operante del comportamiento relacional aplicable arbitrariamente.
- La relación entre el comportamiento relacional y el lenguaje.

El *aprendizaje relacional* es el punto clave de la conducta verbal, pues responder de forma relacional es responder a un estímulo en términos de otro, un estímulo está definido verbalmente cuando parte de sus funciones se han establecido por su participación en un marco relacional (Hayes y Wilson, 1993).

La *derivación de relaciones* de estímulo es una conducta aprendida, concretamente es una operante generalizada. Se denomina *operante* a una clase de conductas que se forma atendiendo al efecto (función) de dichas conductas en un contexto, no obstante aunque el criterio de constitución de *clase operante* es funcional, por motivos prácticos a veces las clases operantes se describen en términos topográficos (por la forma de la conducta), lo cual puede ser útil, pues cuando las contingencias se aplican sobre las propiedades formales de la conducta, las descripciones funcional y formal de un clase de operantes pueden resultar en lo mismo. No obstante, cuando surgen operantes que no comparten, o comparten muy pocas, características topográficas definitorias, estas se identifican como *operantes generalizadas*, son puramente funcionales. Quizá la clase de operante generalizada más conocida sea la imitación generalizada. Esta clase operante se adquiere a través de la historia de contingencias por imitar, cuando se mantiene un reforzamiento consistente de la conducta imitativa y queda definida por la relación funcional entre un modelo y un imitador. Pues bien, la *respuesta relacional* se considera también una *operante generalizada funcional*. Frente al aprendizaje por contingencias directas, que genera, mantiene o reduce las conductas, el aprendizaje relacional es una operante generalizada, caracterizada por permitir responder a un estímulo sobre la base de las relaciones arbitrarias que se hayan conformado

a través de la historia personal entre dicho estímulo y otros, aún sin que haya elementos físicos comunes entre esos estímulos (Wilson y Luciano, 2002).

El punto básico es tener en cuenta que los humanos tenemos especial facilidad para relacionar eventos de forma arbitraria (la relación entre el sonido de la palabra pelota en español y el objeto es totalmente arbitraria), y se puede hacer esto de muy diversas formas. En cuanto a las relaciones que se establecen entre los estímulos la TMR señala entre otras las siguientes:

- Relaciones de vínculo mutuo
- Relaciones de vínculo combinatorio
- Transformación o transferencia de funciones

Es decir, si aprendemos que el estímulo A es igual a B, y el estímulo B es igual a C, entonces, sin necesidad de aprendizaje adicional, derivamos que, en las mismas condiciones (contexto), B es igual a A, que C es igual a B (relaciones de *vínculo mutuo*), que A es igual a C y que C es igual a A (relaciones de *vínculo combinatorio*). Por otro lado, si aprendemos que A es mejor que B, y que B es mejor que C, entonces derivaremos que B es peor que A, que A es mejor que C, y que C es el peor de todos en esas condiciones. No obstante, el aprendizaje relacional no se agota con estas dos propiedades sino que además, las funciones adquiridas por un estímulo se pueden transferir a otro estímulo con el que se mantenga algún tipo de relación, este tipo de relación se denomina *transferencia de funciones*. Por ejemplo, si para una persona por su historia de contingencias piensa que tener perro es una característica de nobleza y esta característica tiene propiedades reforzantes, si observa a alguien con un perro le transferirá (al nuevo estímulo) dicha característica y esa sensación positiva. Las relaciones derivadas, junto con la transformación de funciones constituyen el aprendizaje o respuesta relacional, y tienen interés en la medida en que parecen ser paralelas a muchos fenómenos del lenguaje (Hayes, Barnes-Holmes, y Roche, 2001).

La respuesta relacional, como operante generalizada, se establece a través de múltiples ensayos a lo largo de la historia del individuo. Aunque muchas especies pueden establecer relaciones no arbitrarias partir de las propiedades formales de las cosas (e.g. responder al estímulo más claro y más oscuro de una serie de estímulos iluminados), los humanos, además, pueden establecer relaciones arbitrarias, respondiendo a claves contextuales y no a propiedades formales de los estímulos. Este control contextual se establece durante los primeros años cuando se adquiere el lenguaje en las distintas situaciones de interacción. Por ejemplo, si a un niño se le enseña a apuntar un objeto que está asociado a una palabra escrita, el niño puede apuntar a la palabra al aparecer el objeto, y esto sin entrenamiento previo. De esta forma, si el sonido de la palabra *pastel* se ha asociado al pastel real, y después se

asocia el sonido de la palabra *pastel* a la palabra *pastel* escrita, entonces en niño establecerá una relación de equivalencia (vínculo mutuo) entre el pastel real y su grafía, aunque esa relación no se haya entrenado previamente. Cuando un niño es expuesto suficientemente a este tipo de entrenamiento relacional, emerge la *operante generalizada* de respuesta relacional derivada. Supongamos aquí que el niño que ha tenido este entrenamiento se le dice “*aquí está tu pelota*”, las claves contextuales (la situación de interacción y la palabra “*está*”) empezarán a asociarse (y podrán predecir) que si el *objeto pelota* es igual al sonido de la *palabra pelota*, entonces el sonido de la *palabra pelota* es el *objeto pelota*; de esta forma, el niño identificará la pelota (objeto) cuando al niño se le pregunte: “¿*dónde está tu pelota?*”, se empezará así a situar el aprendizaje relacional bajo el control de las claves contextuales. De esta forma, un patrón particular de respuesta controlado contextualmente y aplicable arbitrariamente definiría el concepto de *marco relacional*. Este patrón de respuesta se irá estableciendo por reforzamiento diferencial de determinados tipos de respuesta a lo largo de numerosas ocasiones y siempre en presencia de determinadas claves contextuales (Wilson y Luciano, 2002).

Por pertenecer a marcos relacionales que relacionan palabras con eventos, las palabras adquieren las funciones de los mismos (traen al presente dichas funciones, que serían derivadas) y pueden sustituirlos, de forma que llegan a controlar otro comportamiento sin haber sido reforzadas anteriormente en presencia de esa regla (Gómez, López y Moreno, 2008; Gómez, Moreno y López, 2006). La transformación de funciones, es decir que las palabras adquieran las funciones de los eventos, puede explicar muchos problemas psicológicos, así por ejemplo, una persona que piensa “*no debo de ser gorda*” probablemente maneja un marco complejo de relaciones entre eventos como la evaluación de la gordura, los juicios sociales de ser gorda en su contexto social, la ansiedad relacionada con ser gorda y con comer, y habrá construido un conjunto de razones (patrones de regulación verbal) para sus conductas de alimentación y tendrá sus propias explicaciones para justificarlas (López, Muñoz y Ballesteros, 2005).

Se trata pues de pensamientos que toman la función del estímulo o de la situación que representa, generando en la persona una reacción similar ante lo que piensa como si fuera real. Este fenómeno se conoce en ACT como *literalización* del lenguaje, es decir, tomar el lenguaje por su función, como si fuesen los hechos. Las personas que piensan, por ejemplo, que se van a contaminar o que su comportamiento puede acarrear problemas a alguien, notan esos pensamientos como si hubiera ocurrido, lo cual les producirá ansiedad. Cuando no se arriesgan a la exposición de las contingencias y quieren estar seguras al 100% de que no va a pasar nada, con el objeto de eliminar su ansiedad, pueden generar o mantener un trastorno de ansiedad (García Higuera, 2007). “*La desliteralización en ACT tiene como objetivo mini-*

mizar el valor de las palabras, reducir la fijación entre palabras y función, situándolas en lo que son y, por tanto, desmantelando su poder funcional" (Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Paez-Blarrina, 2006, p. 197).

Resumiendo lo anterior, estas funciones que adquieren las palabras o pensamientos a través de los distintos marcos de relación entre los estímulos y en función del aprendizaje relacional, pueden conducir a patrones de regulación verbal (reglas), es decir explicaciones lógicas, que justifican la conducta que se realiza, y que pueden mantenerse aunque resulten inefectivas y se encuentren al margen de las contingencias.

3.1.2. Conceptos principales de ACT

La evitación experiencial

El paradigma contextual que subyace a ACT determina su rechazo a los sistemas de clasificación diagnóstica tradicional, invocando como único elemento de análisis y acción la conducta y su función en el contexto. No existen referencias patológicas que sean independientes de la función en contexto, y aún así, la conducta no se calificaría de patológica al entenderse como producto de la historia de contingencias que se despliega ante las variables contextuales actuales. De esta forma su concepción de la psicopatología es a través del llamado *trastorno por evitación experiencial*, que se define por la ineficacia de la conducta de evitación para conseguir bienestar, no sirviendo la conducta a otra función que la perpetuación y agravamiento del malestar o problemas existentes (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001) La evitación experiencial constituye un patrón conductual inflexible, generado a partir de un patrón de regulación verbal ineficaz, que consiste en evitar el sufrimiento a toda costa, tratando de controlar los eventos privados, sensaciones y sentimientos y las circunstancias que los generan.

La evitación experiencial proviene de una cultura que prioriza el sentirse bien permanentemente, actuando de forma que se consiga un bienestar inmediato, ahora bien este bienestar es muy breve y al poco tiempo el malestar vuelve a estar presente lo que obliga a volver a intentar hacerlo desaparecer de forma que se establece un círculo en el cual la persona queda atrapada y dedica sus días a realizar intentos infructuosos para que desaparezca el malestar.

Este proceso se pone de manifiesto cuando una persona piensa: "*Tengo que controlar mi ansiedad..., tomaré pastillas o estaré en casa... Observo que la ansiedad se reduce por lo que tengo razón, he hecho bien*". Tomar fármacos o no salir, produce de forma inmediata el beneficio del alivio de la ansiedad (reforzamiento negativo), y la sensación de coherencia (tener razón) (reforzamiento positivo). No obstante, a

la larga la vida se va reduciendo y además el problema se mantiene. Para algunos autores este trastorno es el componente funcional central en casos de ansiedad, adicciones, trastornos del comportamiento alimentario, control de impulsos, síntomas psicóticos, estrés postraumático, afrontamiento de enfermedades, procesos relacionados con el dolor etc. No obstante, y en coherencia con perspectiva contextual, la evitación experiencial sólo será patológica cuando acabe limitando lo que la persona quiere hacer con su vida, y no lo será si no produce un desajuste entre lo que uno hace y lo que aspira lograr de acuerdo con sus valores (Luciano, 2001).

Los valores personales

Los valores o las direcciones de valor son reforzadores establecidos vía verbal que tienen que ver con aquello a lo que las personas dan más importancia en su vida, lo que realmente consideran central para sentir que tienen una vida plena y satisfactoria.

Los valores van más allá de las funciones establecidas por procesos directos de condicionamiento y están constituidos a través del comportamiento verbal relacional y simbólico.

El proceso de formación de los valores y qué hacer para conseguirlos, permite explicar por qué encaminamos nuestras acciones hacia algo que, bien puede ir desde lo más elemental como el placer inmediato hasta lo más complejo, por ejemplo el respeto hacia otros, las actuaciones justas, la fidelidad, la sabiduría o la trascendencia.

3.2. Estructura y procedimiento de ACT

ACT parte de la formulación del caso mediante el análisis funcional, determinando cuales son los valores del paciente y su compromiso con ellos, para, a partir de aquí, fijar los objetivos terapéuticos específicos. El objetivo general de ACT será producir una mayor flexibilidad psicológica en situaciones donde la evitación experiencial prevalece y no permite a la persona vivir con plenitud. La flexibilidad psicológica se entiende como la habilidad para contactar más plenamente con el momento presente como un ser humano consciente para cambiar o persistir en lo que se está haciendo, pero siempre encaminado a los fines o valores deseados (Hayes 2004a).

En función de este objetivo se estructura la intervención en la que se utilizan una serie de recursos clínicos propios de cada uno de los momentos del tratamiento. Hay que señalar que ACT no tiene una forma de proceder estructurada, por el contrario supone una guía flexible de tratamiento que cuenta con diferentes estrategias en función de los objetivos y pasos que el proceso de intervención debe abordar, pero que se van adaptando al caso y momento concreto del proceso de intervención.

Los procesos centrales que se movilizarán y abordarán durante la intervención con ACT son los siguientes:

Desesperanza creativa

El proceso de desesperanza creativa (Hayes, et al, 1999; Wilson y Luciano, 2002) tiene que ver con procurar al paciente la toma de conciencia acerca de la inutilidad de sus intentos de solución de sus problemas, éste debe llegar al *insight* de conocer que el camino recorrido hasta ese momento, no sólo no conduce a la solución sino que es parte intrínseca del problema. Esto supone que entienda que los intentos que realiza para solucionar sus problemas no le dan resultado y que tiene que considerar otras alternativas. La desesperanza creativa choca frontalmente con la idea que el paciente tiene al acudir a la terapia y posibilita que genere creativamente otras alternativas más beneficiosas para llevar a cabo una vida gratificante. Es importante estar atentos durante este proceso a que el paciente capte la diferencia entre que sea su estrategia la que *no tenga remedio* (no sea la solución) y que él mismo *no tenga remedio*. En otras palabras, este proceso no tiene que ver con que el paciente sienta desesperanza, sintiendo que no tiene remedio, pues no es él quien no tiene remedio, el único problema son sus intentos inadecuados de encontrar la vía de solución.

Para el cuestionamiento de estos intentos infructuosos de cambio se suelen utilizar metáforas. Una de las metáforas que comúnmente se emplea para este fin es la *metáfora de las arenas movedizas*:

“Sería como si usted estuviera atrapado en arenas movedizas. Por supuesto, intentaría hacer lo que pudiera para salir de ellas, aunque lo que supiera e hiciera, solo le llevara a enterrarse más profundo. Lo único que se puede hacer con las arenas movedizas, es extender el cuerpo y tratar de entrar en contacto, lo más posible con ellas. Quizá lo que a usted le pasa es parecido. No es muy lógico al principio, pero puede ser que lo que usted deba hacer, es parar de batallar y, en lugar de ello, entrar en contacto total con lo que ha estado tratando de evitar”.

Orientación hacia valores

Se trata de facilitar al paciente las condiciones para que pueda clarificar sus metas en la vida en términos de sus valores, así como ayudar también a que pueda alterar las relaciones entre sentir-pensar-actuar que le alejan de lo que quiere en su vida. Se le pide al paciente que indique qué terrenos le son valiosos (e.g. la familia, las relaciones íntimas, la amistad, el crecimiento personal, la espiritualidad, etc.) y qué dirección y camino cree que serían los adecuados para llegar a ellos. Los valores sirven como direcciones para la propia conducta.

En este punto del proceso se le pide que especifique qué razones o motivaciones dirigen sus acciones y que tome conciencia de hasta qué punto están generando o no un coste personal a largo plazo. Por ejemplo un paciente se puede dar cuenta de que casi siempre actúa para que otros le alaben o aprueben, o que actúa para eliminar los sentimientos de culpa o la ansiedad de forma inmediata, etc. y en ello basa la mayoría de sus acciones.

Una estrategia para ayudar al paciente en la clarificación de sus valores es pedirle que escriba un elogio breve sobre sí mismo, a modo de epitafio o forma en que, según lo que le importa, le gustaría ser recordado.

Abordar que el control es el problema

Se pretende demostrarle al paciente que sus intentos de control son el propio problema y ayudarle a que se dé cuenta, por sí mismo, de lo inútil que resultan sus estrategias de control. Por ejemplo, una persona que se siente mal y ansiosa en determinados lugares, puede decidir *lógicamente* no ir a esos lugares para así controlar su malestar y ansiedad razonando que *“sin ir me encuentro mucho mejor, tampoco tengo por qué ir, estando en casa me encuentro muy bien, no tengo ansiedad y eso es lo que quiero”*, no obstante, a pesar de que estas estrategias de control puedan parecer lógicas para muchas personas, lo cierto es no sólo no han servido para solucionar sino que además el problema ha empeorado (cada vez son más los lugares que se evitan), la razón es que en ciertas circunstancias, cuando el control se pretende aplicar sobre los propios eventos privados (sensación de malestar y ansiedad), normalmente se facilita el que la situación se empeore. Frente a esto se propone estar abierto a las experiencias privadas y a poder experimentarlas, que en definitiva supone una exposición *in vivo* a las mismas.

La aceptación

La aceptación es el proceso que da nombre y delimita la ACT. Consiste en abrirse a la experiencia de los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones sin hacer nada para que desaparezcan. En la exposición a los estímulos temidos es necesaria la aceptación, no se pretende la extinción o la habituación, aunque seguramente se llegarán a dar (García Higuera, 2006).

La aceptación no es un proceso pasivo, sino que supone abrirse al sufrimiento en la persecución de los valores y objetivos que se puedan activar en presencia del estímulo temido. Implica tomar conciencia y abrazar las experiencias privadas como ellas son y no como dicen que son, por ejemplo una verbalización de esa experiencia es *“siento mi ansiedad y malestar, lo acepto, es algo que me ocurre simplemente, yo no soy una ansiedad que va por la vida, es una emoción, tengo*

también pensamientos de que tengo miedo, no es terrible ni catastrófico, es sólo esto, pensamientos, emociones, nada más”.

Defusión cognitiva

El proceso de *defusión cognitiva* (Luoma y Hayes, 2003) se refiere al proceso de hacer un cambio en el uso normal del lenguaje y las cogniciones de tal manera que el proceso de pensamiento se hace más evidente y las funciones de los productos de pensamientos se amplían (Luoma y Hayes, 2003; García Higuera, 2006). Se anima a los pacientes a cambiar la relación con los pensamientos y otras experiencias privadas y verlas como eventos mentales que van y vienen. Es decir, ver a los pensamientos como pensamientos, las emociones como emociones y los recuerdos como recuerdos. Muchos pacientes interactúan con el medio como si estuvieran fusionados con sus pensamientos y emociones de malestar, por ejemplo, si una persona nota (piensa, capta,...) que *“mi ansiedad es una emoción, mi pensamiento de que si voy al cine me pondré fatal es sólo un pensamiento, son nubes grises que pasarán”* probablemente podrá ir al cine a pesar de su malestar, continuando así con su vida.

El proceso de *defusión cognitiva* incrementa la probabilidad de aceptación, pues cambia la consideración de los eventos internos, a su vez, la aceptación ayuda a desvincularse de ellos. Para movilizar este proceso se suelen utilizar diferentes ejercicios, entre ellos, el de *ver las nubes que pasan*, que consiste en ayudar al paciente a ver que sus pensamientos y emociones de malestar son como las nubes grises del cielo, no son el cielo aunque a veces lo cubran completamente durante días, y es mejor que las contemple dejándolas pasar.

El yo como contexto

Este proceso trata de situar verbalmente la construcción del yo como persona, como centro desde el que actuar, diferenciándolo de las emociones, pensamientos o recuerdos. Se pretende que los clientes pierdan sus ataduras a los contenidos verbales, considerados como su identidad personal, y que busquen un sentido de identidad que trascienda lo literal.

Es frecuente que por ejemplo un paciente que padece agorafobia se identifique con el problema y diga y piense *yo soy agorafóbico* y esto puede hacer que proceda en su vida de manera que confirme su sentido de identidad e impida que esta persona avance a través de las elecciones adecuadas, lo cierto es que el es algo más que su conducta de evitación, viéndolo como tal puede encontrar no sólo la forma desarrollar un vida valiosa, sino paradójicamente disolver los círculos viciosos que merman su libertad de movimiento.

Una metáfora que se suele emplear en este punto es la de *la casa y los muebles*:

“Imagínese que usted es una casa llena de muebles. Los muebles no son y nunca serán la casa. Los muebles son lo que contiene la casa o lo que está dentro de ella. La casa solo da cabida o contiene a los muebles y les da el contexto para que puedan funcionar como muebles. Ahora, si consideráramos a los muebles como buenos o como malos, esto no diría nada respecto al valor casa, porque una cosa son los muebles y otra la casa. De la misma manera, lo que usted piensa o siente no conforma su identidad: no es usted”.

La acción comprometida

Implica definir metas en las áreas del camino definidas, con aceptación, y a pesar de los obstáculos que puedan aparecer en ese camino. Se pretende que el paciente se comprometa con el cambio de su conducta, no a través de instrucciones directas, sino valorando las conclusiones y decisiones a las que llega al final de la terapia y que está dispuesto a adoptar por sí mismo.

Desde la perspectiva de la Teoría de los Marcos Relacionales, la *acción comprometida* es un patrón de comportamiento constructivo regulado por los valores, entendidos como antecedentes verbales, que se mantiene por sus consecuencias en correspondencia con esos valores (Delgado, 2009).

3.3. Recursos clínicos

Como se ha indicado ACT no tiene establecido un protocolo estandarizado de fases y estrategias que deban aplicarse durante el proceso de intervención, sino que establece una guía general de acción. Dependerá, por tanto, del caso concreto el que sea necesario, o no, abordar todos los procesos (y en qué medida) o usar más o menos recursos, pudiendo ocurrir, por ejemplo, que en algunos casos sólo se precise un mínimo de clarificación de las direcciones de valor y relativamente poca práctica en la aceptación con ejercicios de *defusión* (desliteralizar y fundamentalmente distanciarse de los eventos privados molestos). No obstante, en la mayoría de los casos, la actuación clínica requiere la práctica sistemática en todos los frentes, abordando todos los procesos señalados (Wilson y Luciano, 2002).

En aplicación de ACT el terapeuta habrá de ajustar los distintos componentes de la terapia a los tipos de regulación ineficaz que se observen en el análisis funcional, ajustando las intervenciones y métodos clínicos a cada paciente siempre en la dirección al servicio de la cual están todas las actuaciones en ACT.

Entre los principales recursos clínicos de ACT está el uso de las *metáforas*, cuya utilización es muy frecuente, pudiendo ser narradas por el terapeuta o también representadas en la sesión (e.g. el terapeuta representa lo que provoca malestar al paciente y no le permite avanzar).

Las mejores metáforas son aquellas que cumplen los siguientes criterios (Vargas Mendoza, 2006):

- Contienen elementos que han partido de los pacientes.
- Poseen propiedades no arbitrarias, relacionadas con leyes físicas (e.g. limpiar un vaso sucio).
- Tienen algo en común o son análogos al problema del paciente.
- El paciente tiene experiencia directa con sus contenidos, o con algo similar.

Otro de los recursos clínicos de ACT son los *ejercicios de exposición*. Estos ejercicios se refieren a la exposición de los pacientes a sus eventos privados en el propio contexto de la terapia. La exposición a los sentimientos y pensamientos más dolorosos y las situaciones más desagradables resulta imprescindible, estando todos los ejercicios de exposición precedidos de metáforas. Estos ejercicios deben tener siempre en cuenta la experiencia del paciente como base (e.g. ¿dónde te ha llevado intentar controlar/evitar tus pensamientos?).

Entre los recursos clínicos que utiliza ACT, la práctica de *mindfulness* es una de las estrategias que va a posibilitar el cambio de relación con los pensamientos, sentimientos, recuerdos y patrones de regulación verbal que se juzgan rápidamente como problemáticos y que se pretende controlar. Cambiando el contexto, desde uno de fusión a otro de *defusión* y aceptación, también se altera la función de esos eventos internos, modulando su impacto. En el contexto de *mindfulness* no hay más obstáculos a una vida valiosa, pues sólo son eso eventos internos pasajeros que no afectan al yo contexto.

Por último, se ha comentado anteriormente como el *terapeuta* es un agente activo del contexto del paciente, que debe aplicarse los principios de ACT en su proceso de desarrollo personal (e.g. soportar el malestar que se genere en consulta). Para aclarar al paciente cual va a ser la ayuda del terapeuta se suele emplear la metáfora de las *dos montañas*:

“Imagínesse que usted y yo somos unos escaladores que estamos trepando nuestra propia montaña de la vida. Es posible que, mientras yo subo mi montaña, pueda divisar desde mi perspectiva y verlo a usted ascendiendo en su montaña. Lo que yo puedo ofrecerle como terapeuta es sólo lo que puedo comentarle desde mi perspectiva. Ofrecerle mi punto de vista externo o independiente. No es que usted esté equivocado y yo esté en lo correcto. Los dos somos unos seres humanos enfrentándonos al mismo reto de escalar nuestras respectivas montañas. No es que uno esté arriba y otro esté abajo, en el sentido de que yo sepa y usted no. Mi trabajo consiste en proporcionarle dicha perspectiva, de tal forma que esto le ayude a que usted llegue a donde quiere ir”.

3.4. Evidencia empírica de ACT

Esta terapia ha sido efectiva en numerosos estudios de caso (García, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004), habiéndose aplicado en formato breve o amplio, en formato individual y grupal, en muy diversas muestras y culturas. ACT ha mostrado su eficacia además en ensayos controlados en depresión, estrés laboral, sintomatología psicótica, patrones obsesivos-compulsivos, ansiedad y fobia social, consumo de drogas y tabaco, esclerosis múltiple, psico-oncología, tricotilomanía, miedos y preocupaciones, diabetes, episodios epilépticos, dolor crónico, actos auto-lesivos, en intervención con padres de niños con limitaciones, con profesionales, etc. (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004).

Una de sus ventajas es que sus resultados se han mostrado especialmente exitosos durante el seguimiento, y resultando también muy eficaz para evitar cronicidad y alterar de forma notable el curso de secuelas y síntomas variados (Hayes et al., 2006).

4. La Terapia Dialéctica Conductual (TDC)

En los últimos años, una de las aportaciones importantes en el ámbito de la psicoterapia en general y la Terapia Cognitivo Conductual en particular es La Terapia Dialéctica Conductual (*Dialectical Behavioral Therapy*) desarrollada por Marsha M. Linehan (1993 a y b) y su equipo en la universidad de Washington. Esta terapia surge por el interés y la necesidad de elaborar un tratamiento eficaz de la conducta parasuicida en individuos con trastorno límite de personalidad (TLP), para los cuales el acercamiento cognitivo conductual de generaciones de la TCC anteriores resultaba claramente insuficiente y limitado. La TDC recoge en su proceder elementos, sobre todo técnicas, de la terapia cognitivo conductual tradicional, no obstante, posee aspectos diferenciadores en relación con ella (García Palacios, 2004 y 2006), estos aspectos son los siguientes:

1. La importancia que se da a la aceptación y a la validación de la conducta (tanto del paciente, como del terapeuta) tal como se presenta en el momento presente.
2. La importancia otorgada a trabajar con las conductas que interfieren en la terapia.
3. La consideración de la relación terapéutica como parte esencial del tratamiento.
4. La consideración de la acción en función de los procesos dialécticos.

El propio nombre, Terapia Dialéctica Conductual (TDC), hace referencia a una perspectiva dialéctica de la naturaleza, la realidad y la conducta humana que tiene como características:

- La interrelación que se da en la realidad (entendida como una totalidad).
- La oposición de fuerzas de distinto signo (tesis y antítesis) de cuya síntesis surge un nuevo grupo de fuerzas.
- El cambio o proceso, más que el contenido o la estructura, como naturaleza fundamental de la realidad.

El principio dialéctico fundamental de la TDC es el que se establece entre *cam- bio* y *aceptación*. Linehan considera que esta perspectiva dialéctica es esencial para entender el trastorno límite de la personalidad, pues el pensamiento, la conducta y las emociones dicotómicas y extremas características de este trastorno son *fracasos dialécticos*. La persona con TLP se quedaría atrapada en las polaridades sin lograr conseguir la síntesis. Estas polaridades dificultarían el progreso terapéutico y desde la posición dialéctica el terapeuta podría ofrecer ayuda para salir de ellas. Se puede afirmar que en los procesos terapéuticos son comunes las siguientes polaridades:

- La necesidad que tiene el cliente de aceptarse a sí mismo tal como es en ese momento y la necesidad de cambiar.
- La tensión que vive el cliente entre obtener lo que necesita y perder el apoyo si se hace más competente.
- La confirmación de los puntos de vista del cliente sobre sus dificultades “*el solo no puede*” y ver que necesita aprender las habilidades que le alivian el sufrimiento.

El terapeuta ofrecería la posibilidad de síntesis equilibrando la pretensión de que el paciente cambie, para ello trabaja en los objetivos de tratamiento y simultáneamente apoya sus puntos fuertes, pero aceptando los débiles. Aceptar sus puntos débiles supone validar su experiencia, entender lo que siente y hace, y no reprochar sus errores, puesto que su ambiente ya le ha transmitido que su forma de pensar, comportarse y sentir es equivocada. Según Linehan la aceptación y validación son las condiciones esenciales para que se produzca el cambio.

4.1. Fundamentos teóricos

Además de esta perspectiva dialéctica la TDC se apoya en la *teoría biosocial del trastorno límite de la personalidad*, según la cual el principal trastorno en el TLP es la *desregulación emocional*, producida por una extrema vulnerabilidad emocional y un contexto invalidante.

La **vulnerabilidad emocional** se refiere a la alta sensibilidad y labilidad que presentan las personas con TLP frente a los estímulos emocionales negativos, manifestando una reactividad emocional de gran intensidad, con fácil activación de emociones intensas en situaciones en las que no es esperable que aparezcan, y una recuperación muy lenta de la calma. En general, se puede asumir que la desregulación de las emociones tiene una base biológica, aunque no necesariamente hereditaria. En este proceso el sufrimiento se experimenta como insoportable y aparece la necesidad de aliviarlo de forma urgente y perentoria.

El **contexto invalidante** se refiere a un contexto en el que sistemáticamente se responde de forma errática e inapropiada a las experiencias privadas manifestadas por estos pacientes, especialmente durante la infancia.

Frente a los ambientes *validantes* que atienden las necesidades y preferencias del niño, tanto en el aspecto físico, como emocional y cognitivo (e.g. si expresa ira o frustración se le toma en serio se le responde con comprensión y se le calma, o si quiere la habitación de un color o un determinado muñeco se le atiende, etc.), en los ambientes *invalidantes* se responde a la comunicación de preferencias, pensamientos y emociones con respuestas disonantes. Por ejemplo, cuando un niño llora le dicen “*basta de hacerte el llorón*” o si dice que tiene sed se le dicen cosas como “*no tienes sed, acabas de beber*”.

Así el *ambiente invalidante* contribuye a la desregulación emocional porque fracasa a la hora de enseñar al niño a poner nombre a estados emocionales y a modular la activación, tolerar el malestar y confiar en sus propias respuestas emocionales como interpretaciones válidas de los eventos. El crecimiento de las personas con mayor vulnerabilidad emocional en contextos invalidantes, puede producir una desadaptación seria en su vida adulta, pues no lograrían resolver los problemas de su vida, mostrando serias dificultades para afrontarlos.

Desde la teoría biosocial la interacción de estos dos componentes (*vulnerabilidad emocional* y *contexto invalidante*) daría lugar a un déficit en la habilidad para regular las respuestas emocionales caracterizado por:

- Dificultades para inhibir conductas poco eficaces que aparecen en respuesta a emociones negativas
- Dificultades para aquietar la activación fisiológica resultante de una fuerte emoción.
- Dificultades para concentrarse en presencia de una fuerte emoción.

Teniendo en cuenta estos déficits, las conductas explosivas y desadaptadas de las personas con TLP se pueden entender como intentos de aliviar el malestar produci-

do por la intensidad y duración de sus emociones negativas. Así, por ejemplo, la conducta impulsiva y especialmente la *parasuicida* sería un intento poco adaptativo de regular y reducir esas emociones, de la misma forma que una sobredosis reduciría de forma inmediata la susceptibilidad a la desregulación. Otro ejemplo de los intentos de autorregulación emocional desadaptativos es la automutilación, y que según los pacientes con TLP tiene como función proporcionar una reducción de la ansiedad y otros estados emocionales negativos.

Como consecuencia directa de la dificultad en regular las emociones se produce una marcada interferencia en las relaciones sociales, originando relaciones caóticas, basadas en la impulsividad y los estallidos de emociones negativas extremas (e.g. ira, tristeza, etc.) que impiden la creación y el mantenimiento de relaciones estables.

4.2. Estructura y procedimiento de intervención de TDC

La TDC está estructurada como un tratamiento protocolizado que incluye terapia individual y sesiones de trabajo en grupo para el entrenamiento de diversas habilidades (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard, 1991). Cuenta además, con manuales de tratamiento que permiten estandarizar las intervenciones, facilitando de esta forma la investigación sobre la eficacia y efectividad de este acercamiento.

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) utiliza estrategias de las terapias cognitivo conductuales clásicas tales como, solución de problemas, exposición, formación de habilidades, gestión de contingencias y modificación cognitiva, uniéndolas al cultivo de la aceptación y la práctica de *mindfulness*, que se logra integrando prácticas espirituales y psicológicas orientales dentro del enfoque de un tratamiento occidental.

Según Linehan (1993a) el proceso de aceptación del paciente es esencial para el éxito de cualquier terapia, pero en el caso de la TDC, al igual que en ACT, se trabaja específicamente y concienzudamente para que los pacientes se acepten a sí mismos y a su mundo tal cual es en este momento, teniendo en cuenta que no es una aceptación pasiva (resignada) sino comprometida totalmente con el cambio.

El programa se desarrolla en tres fases: pretratamiento, tratamiento y postratamiento.

La **fase de pretratamiento** es de suma importancia pues en ella se establecen los límites de la terapia que van a guiar y dar estructura al programa. Teniendo en cuenta la poca conciencia de enfermedad característica de éste trastorno de la personalidad, los objetivos de esta fase son:

- a. *La orientación del paciente hacia la terapia.* En la orientación del paciente hacia la terapia se les da a los participantes una visión general de lo que será el Programa de tratamiento y la importancia que puede tener en su vida. Se explica también la teoría que está a la base del TLP y se informa del formato que seguirán las sesiones.
- b. *El establecimiento de la relación terapéutica* es muy importante pues se trata de cimentar la relación entre los monitores y los clientes y empezar a construir la cohesión del grupo.
- c. *Fijar las metas y los compromisos básicos* para el buen funcionamiento de la terapia, explicitando las reglas de funcionamiento del programa para desentrañar cualquier idea errónea que puedan tener los participantes y también obtener su aprobación y firma del contrato de tratamiento.

Algunas de las reglas con las que se comprometen en esta fase son las siguientes:

- Los clientes que abandonan la terapia quedan excluidos y no pueden volver a entrar en ella hasta que finalice.
- Todos los clientes tienen que seguir una terapia individual puesto que la TDC es un complemento a la terapia individual.
- Los clientes no pueden acudir a las sesiones bajo la influencia de drogas o alcohol.
- Los clientes no pueden hablar de anteriores conductas parasuicidas con otros clientes fuera de la sesión.
- Los clientes que telefonen a otras personas para solicitar ayuda cuando tienen tendencias suicidas deben de estar dispuestos a aceptar esa ayuda.
- La información obtenida durante las sesiones, así como los nombres de los clientes, deben de ser confidenciales.
- Los clientes que van a llegar tarde a una sesión o faltar a ella, deben de llamar con antelación.
- Los clientes no pueden entablar relaciones privadas entre ellos fuera de las sesiones de formación.
- Las parejas que mantienen relaciones sexuales no pueden formar parte del mismo grupo de formación.

La **fase de tratamiento** se desarrolla en dos formatos:

FORMATO GRUPAL. Tiene una estructura claramente establecida con sesiones de dos horas y media de duración, una vez a la semana, durante al menos un año. Los grupos están compuestos por un número de entre seis y ocho pacientes y dos terapeutas. En este formato se enseñan y entrenan habilidades básicas.

FORMATO INDIVIDUAL: Suele ser de una hora de duración, una vez por semana. En la terapia individual se trabaja la motivación y, junto con llamadas telefónicas de apoyo, se promueve la generalización de habilidades a las situaciones concretas de la vida del paciente. Se incluye también como elemento muy importante la supervisión y el apoyo al terapeuta y se revisa y establece todo lo que concierne al papel del terapeuta. Los posibles problemas de estrés postraumático, frecuentes en estos pacientes, son tratados también de forma individual.

Durante la terapia individual se establece una jerarquía de metas que se trabajan a partir de la información ofrecida por el análisis funcional y de la estrategia general de solución de problemas. Estas metas son las siguientes:

- Reducir las conductas suicidas y parasuicidas.
- Reducir las conductas que interfieran con la terapia.
- Reducir las conductas que interfieran en la calidad de vida.
- Aumentar habilidades comportamentales.

El tratamiento global se desarrolla mediante una *sesión individual* y una *sesión de grupo* a la semana, además de consultas telefónicas entre sesiones para ayudar a los pacientes a generalizar las habilidades aprendidas y utilizarlas en la vida cotidiana.

La **fase de postratamiento** incluye los grupos de auto-ayuda formados por pacientes en fases avanzadas del programa para ayudar a reducir la probabilidad de crisis. También se trabaja el establecimiento y consecución de objetivos vitales y el mantenimiento de los logros obtenidos y la prevención de recaídas.

4.3. Recursos clínicos

Para conseguir las metas establecidas en la terapia individual se utilizan técnicas terapéuticas como el manejo de contingencias, la exposición o las técnicas cognitivas, estas estrategias se complementan con las llamadas actividades tácticas y procedimientos coordinados que emplea un terapeuta para conseguir los objetivos del tratamiento. Estas estrategias se pueden agrupar en cinco categorías:

- Dialécticas
- Nucleares
- Estilísticas
- De gestión de casos
- Integradoras.

Las estrategias *dialécticas* y *nucleares* forman los componentes esenciales de la TDC. Funcionan como un elemento organizador de la terapia y equilibran los intentos de cambio con aceptación. De especial importancia dentro de las que se agrupan bajo el epígrafe de nucleares es la estrategia de *validación*, que consiste en buscar activamente los elementos que hacen que la respuesta del paciente, a pesar de ser desadaptativa, sea perfectamente comprensible y válida, aunque necesitada modificación.

Las *estrategias estilísticas*, describen cuales son los estilos comunicativos e interpersonales para llevar la terapia a buen término. Las de *gestión* de casos especifican cómo ha de interactuar y responder el terapeuta a la red social en la que está inmerso el paciente, mientras que las *integradoras*, se centran en cómo se deben manejar las situaciones problemáticas que surgen cuando se trabaja con el TLP (e.g. conductas suicidas, conductas que interfieren con la terapia, etc.).

Dentro de la aplicación del programa de tratamiento algunas estrategias se usarán más que otras y se combinarán en función de los casos concretos. En la aplicación de todas ellas se desarrollan elementos importantes, tanto para conseguir los objetivos como para ayudar al terapeuta en su relación con el paciente dentro del contexto.

Durante la terapia en grupo, las habilidades que se entrenan son las siguientes:

- a. **Habilidades de atención plena o mindfulness.** El entrenamiento en estas tácticas es una condición para el entrenamiento en los otros tres tipos de habilidades. Las técnicas de *mindfulness* sirven para potenciar el aprendizaje de las demás habilidades. De hecho, son las primeras en ser enseñadas y se especifican detalladamente en uno de los apartados posteriores.
- b. **Habilidades de tolerancia del malestar.** Cómo ya se ha señalado anteriormente, los individuos con TLP tienden a utilizar estrategias de evitación para aliviar el malestar y suelen hacerlo a través de conductas autolesivas, el consumo de sustancias o conductas alimentarias desadaptativas, estas conductas producen un alivio al sufrimiento emocional (reforzamiento negativo), que incrementa la probabilidad de que se repita la conducta en el futuro. Con el objetivo de que puedan encontrar un significado al sufrimiento y tolerar las situaciones difíciles y dolorosas, sin añadir mayor malestar, el programa incluye el entrenamiento en cuatro tipos de estrategias: a) estrategias de Distracción, b) acceso a estímulos positivos, c) mejorar el momento y d) pensar en los pros y los contras.
- c. **Habilidades de regulación emocional.** Estas habilidades son fundamentales en el tratamiento del TLP ya que intervienen de forma directa sobre el núcleo problemático principal, las emociones. Para ello, los pacientes aprenden las siguientes habilidades con el fin de modular sus emociones:

- *Identificar y etiquetar las emociones.* Se entrena no sólo a describir las emociones, sino a analizar el contexto en el que tienen lugar para ello es importante observar:
 - El evento que ha provocado la emoción (e.g. una conversación con un familiar).
 - La interpretación del evento que provocó la emoción (e.g. este familiar no me escucha, me está respondiendo mal, no me considera, etc.).
 - La experiencia de la sensación física de la emoción (e.g. siento rabia y mucha alteración y ganas de pegarle).
 - Las conductas que expresan la emoción (e.g. insulto, grito, etc.).
 - Los efectos secundarios de la emoción en otras áreas del funcionamiento (e.g. no me relaciono, nadie me quiere, me siento muy mal, me corto un poco con una cuchilla, etc.).
 - *Identificar obstáculos para el cambio emocional,* aprendiendo a realizar análisis funcionales de las contingencias que refuerzan las emociones desadaptativas.
 - *Reducir la vulnerabilidad emocional* mediante el cambio de hábitos disfuncionales relacionados con la nutrición, el descanso, el ejercicio físico, el cuidado de la salud física y las actividades que aumenten la sensación de auto-eficacia.
 - *Incrementar la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos* mediante la programación y realización de actividades placenteras y el establecimiento de metas a corto, medio y largo plazo.
- d. **Habilidades de eficacia interpersonal.** Las personas que padecen TLP tienen dificultad para manejar sus emociones en el contexto interpersonal aunque posean buenas habilidades y suelen vacilar entre evitar el conflicto o entrar en una confrontación intensa. El objetivo es enseñar a aplicar habilidades específicas de resolución de problemas interpersonales, sociales y de asertividad para modificar ambientes aversivos y obtener sus objetivos en los encuentros interpersonales.

4.3.1. Procedimientos de mindfulness utilizados en TDC

La práctica de la atención plena se trabaja durante todo el año de tratamiento y se revisa específicamente al inicio de cada una de las tres fases. En la TDC se plantean tres estados mentales fundamentales: a) *mente racional*, b) *mente emocional* y c) *mente sabia*. La *mente racional* hace referencia a una forma de pensar racional y lógica según la cual se planea la conducta y se afrontan los problemas. La *mente*

emocional se refiere a que el pensamiento y la conducta están controlados por el estado emocional actual y la *mente sabia* es la integración de la mente racional y la mente emocional.

Desde este planteamiento las habilidades de *mindfulness* son el vehículo para conseguir esa una mente sabia y se pueden distinguir entre habilidades *qué* y habilidades *cómo*.

Habilidades *qué*. La terapia TDC asume que experimentar los eventos vitales sin conciencia es una característica de las conductas impulsivas y dependientes del estado de ánimo tan características del TLP, para modificarlo se proponen las siguientes habilidades:

- *Observar*: quiere decir atender a los hechos, emociones y otras respuestas conductuales sin intentar *necesariamente* acabar con ellas cuando resultan dolorosas, ni prolongarlas cuando resultan placenteras. Se trata de tomar una perspectiva y diferenciar entre observar y el hecho en sí. Esto conecta con la filosofía de experimentar el momento sin intentar cambiar nada y vivirlo tal y como ocurre. Algunos ejercicios para practicar esta estrategia son utilizar una imagen como que la mente es una cinta transportadora y las experiencias se colocan en la misma o que la mente es el cielo y las experiencias son las nubes.
- *Describir*: Se ayuda al paciente a describir los hechos y las respuestas personales con palabras, esto requiere que la persona aprenda a no tomar las emociones y los pensamientos de manera literal de forma que no se confundan las respuestas emocionales con hechos terribles que se van a producir sin remedio. Por ejemplo, sentir miedo, no significa que necesariamente una situación sea amenazadora para la vida.
- *Participar*: Se trata de meterse de lleno en una actividad, identificarse con ella y activar una conducta espontánea y fluida. Es el objetivo final, después de la observación y la descripción.

Habilidades *cómo*. Estas habilidades consisten en detallar cómo se atiende, describe y se participa, sin juzgar, adoptando una postura centrada en una sola cosa en cada momento y con efectividad.

- *No juzgar*: Consiste en adoptar una postura no evaluativa, las personas con TLP tienden a juzgarse y a juzgar a los demás en términos exageradamente positivos (idealización) o negativos (devaluación), por este motivo es importante dejar de juzgar y no añadir etiquetas. No se trata de convertir los juicios negativos en positivos sino de considerar sin evaluar las consecuencias de la conducta y de los acontecimientos.

- *Centrarse en una sola cosa en cada momento*: Se procura aprender a centrar la atención y la conciencia en la actividad que se está llevando a cabo en cada momento, sin dividir la atención entre varias actividades o entre la actividad actual y otros pensamientos. Las personas con Trastorno Límite de Personalidad (TLP) suelen carecer de la capacidad para centrar la atención en una sola cosa y suelen estar distraídas por preocupaciones del pasado y/o del futuro, con el malestar consecuente por lo que este aprendizaje es esencial.
- *Efectividad*: Se trata de hacer lo necesario en cada situación particular. Los pacientes con TLP no suelen saber si pueden confiar en sus percepciones, juicios y decisiones por lo que no saben si sus acciones son correctas en el sentido de ir encaminadas a un objetivo práctico. Es, por tanto, muy importante que reduzcan la tendencia a estar más preocupados por lo que está bien, en lugar de hacer lo necesario.

4.4. Evidencia empírica de la TDC

El cuerpo de investigación que apoya empíricamente los resultados de la TDC es cada día mayor y más consistente (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004). En general, la evidencia empírica que sustenta la aplicación de la TDC es la más sólida de entre las terapias de tercera generación que han sido analizadas. Hasta el año 2004 se habían publicado quince estudios empíricos valorando los resultados de esta terapia, de los cuales siete cumplían los criterios de ensayos aleatorizados y controlados.

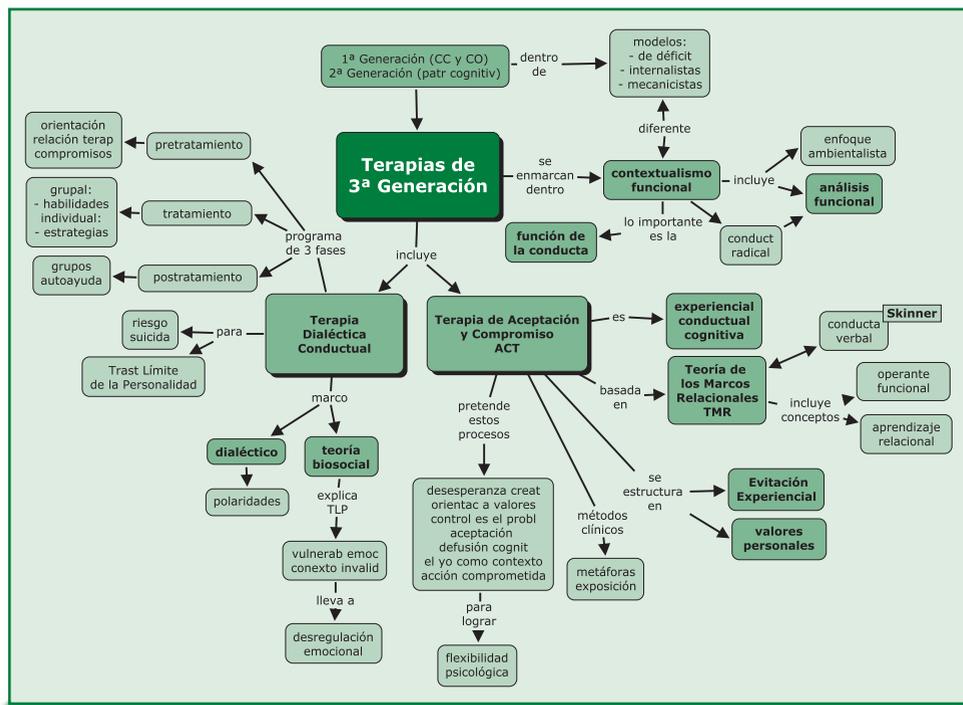
Los resultados de la TDC aplicados a diversos trastornos específicos son muy positivos, especialmente en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria, donde los estudios controlados mostraron una reducción significativa y estable de conductas purgativas e ingesta compulsiva (Safer, Telch y Agras, 2001a y b; Telch, Agras y Linehan, 2001). No obstante, el ámbito de intervención donde resulta más exitosa es el del trastorno límite de personalidad. La TDC ha sido la primera terapia que ha conseguido apoyo empírico en el tratamiento de este trastorno (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, y Heard, 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993). Los resultados de estos dos estudios aplicando TDC aplicada a mujeres que cumplían el diagnóstico y tenían una historia de conducta suicida crónica, mostraron mejorías significativas en cuanto al comportamiento suicida, menor tasa de abandono precoz de la terapia, menor cantidad de días hospitalizadas en unidades psiquiátricas, mejor adaptación social, reducción significativa de la respuesta emocional de ira y su expresión, así como mejor ajuste emocional.

Así mismo, los estudios con muestras de pacientes con TLP y abuso de sustancias han mostrado también reducciones significativas de las conductas de abuso y

un mejor ajuste psicosocial y emocional (Linehan, Dimeff, Reynolds, Comtois, Welch y Heagerty, 2002; Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Katner, y Comtois, 1999).

En definitiva, actualmente se considera que la Terapia Dialéctica Conductual es el enfoque de tratamiento más eficaz para Trastorno Límite de Personalidad así como para individuos con problemas significativos de desregulación emocional (Lynch, Trost, Salsman y Linehan, 2007). No obstante esto no significa que a día de hoy sea un tratamiento que consiga mejorar al 100% de estos pacientes, sus desarrollos actuales van por la vía de entender los mecanismos de los casos no exitosos, para así proporcionar indicaciones específicas que permitan la adecuación al caso y el alcance al mayor número de personas (Rizvi, 2011). Se espera, además, que las adaptaciones que se están realizando para aplicarla a otros problemas graves de inestabilidad emocional o descontrol de impulsos resulten igualmente eficaces (e.g. grupos de adolescentes con rasgos límite, depresión en poblaciones geriátricas, trastorno por atracón, etc.). Hasta ahora, los resultados son muy prometedores (Lynch et al., 2007).

5. Mapa conceptual de las terapias de tercera generación



6. Conclusiones y consideraciones finales

Como se ha expuesto a lo largo del presente Capítulo, las *terapias de tercera generación* constituyen acercamientos terapéuticos que proporcionan herramientas realmente útiles para el abordaje de casos y pacientes difíciles, resistentes al tratamiento convencional. Sin embargo, a pesar de estos datos, lo cierto es que globalmente consideradas, y con excepciones como el caso de la Terapia Dialéctico Conductual, los resultados de la investigación sobre eficacia todavía tienen camino que rodar (Corrigan, 2001). Teniendo en cuenta que la rigurosidad en la metodología de trabajo ha sido siempre una de las características más distintivas de la Terapia Cognitivo Conductual es necesario e irrenunciable que la investigación sobre eficacia de la nueva generación de terapias mantenga, al menos, los criterios de rigurosidad propios de los enfoques tradicionales. No obstante, lejos de ser así, la revisión de los estudios de eficacia muestran que la metodología de las investigaciones sobre las que se sustentan los datos de eficacia y efectividad ha sido significativamente menos rigurosa que la del enfoque cognitivo-conductual, y que, desde un punto de vista estricto, realmente ninguna de las terapias de tercera generación cumple los criterios para convertirse en un tratamiento con apoyo empírico (Öst, 2008). La pérdida de rigurosidad metodológica probablemente no es azarosa, tengamos en cuenta que la nueva generación de terapias trabaja con conceptos de difícil operativización (e.g. ¿cómo medir el grado de aceptación, *defusión*, la intensidad de la focalización de la atención, o la satisfacción con una vida valiosa, sino es a través de la introspección del sujeto?), además, salvando nuevamente el caso de la TDC, se trata de formas de intervención poco susceptibles de protocolización (e.g. ACT). Estos aspectos confieren a estas terapias un carácter un poco más artístico y menos riguroso, sin duda viene beneficiándose la situación clínica haciéndose más rica, perdiendo, paralelamente, la intervención en control y sistematización.

Quizá nos encontremos en un punto del desarrollo de nuestra disciplina, donde sea necesario, o al menos aconsejable, tener presente hitos en la historia de la Terapia de Conducta que impulsaron definitiva y firmemente el progreso de esta orientación terapéutica. La aparición de la famosa crítica de Eysenck en 1952 al psicoanálisis, así como las que siguieron posteriormente (Eysenck, 1965; Rachman, 1963), pusieron ya en aquellos momentos de manifiesto algo tan obvio como que los tratamientos psicológicos debían apoyarse en una base firme de evidencia empírica, obtenida con una rigurosa metodología experimental. A partir de ese momento, la historia de nuestra disciplina puede decirse que ha sido una historia progresiva de sistematización de procedimientos y rigurosidad metodológica, a través de la adaptación y adecuación de la metodología experimental

al ámbito de la psicología clínica, hasta desembocar en los años 90 en una corriente de pensamiento y trabajo que suponía la culminación y cristalización de estos esfuerzos con la creación del Grupo de Expertos (*Task Force*) por parte de la División de Psicología Clínica (Div.12) de la *American Psychological Association* y que dio como resultado la elaboración del primer informe sobre la Promoción y la Difusión de Procedimientos Psicológicos (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1993). El informe original, publicado en 1995 (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995), se ha revisado y actualizado en dos ocasiones (Chambless, Sanderson, Shoham, Bennet-Johnson, Pope, Crits-Christoph et al., 1996; Chambless, Baker, Baucom, Beutler, Calhoun, Crits-Christoph et al., 1998), existiendo ya una amplia lista de tratamientos con apoyo empírico para distintos trastornos psicológicos, de los cuales, el mayor porcentaje corresponde a tratamientos de orientación cognitivo-conductual.

Sin duda, nadie niega el potencial terapéutico de las terapias de tercera generación, simplemente esperemos que la adopción de un paradigma y marco conceptual diferente (más complejo, flexible y holístico) no implique una relajación metodológica que haga perder a la Terapia de Conducta quizá la que es y ha sido su seña de identidad más esencial. La rigurosidad de su metodología experimental, y que le ha permitido, precisamente, convertirse en lo que es hoy: la orientación terapéutica más eficaz y efectiva de las existentes en el ámbito de la psicoterapia.

7. Resumen

- La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) se enmarcan dentro de las terapias de tercera generación de la terapia de conducta.
- Las características de las terapias que conforman esta tercera generación se pueden resumir en los siguientes puntos:
 - Aceptación
 - Persecución de valores vitales
 - Evitación de la literalidad del lenguaje
 - Reforzamiento natural en el entorno clínico
 - La recuperación de principios fundamentales del modelo conductual como la importancia del contexto, el análisis funcional, la diferenciación entre estímulo y función, la utilización de la observación directa y los principios operantes y el abandono de explicaciones mentalistas.

- ACT concibe los trastornos psicológicos a partir de la base del denominado trastorno de evitación experiencial, y su concepto de salud mental tiene que ver con la opción de desarrollar una vida centrada en los valores personales que la de sentido.
- La teoría que sustenta ACT es la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR), un desarrollo del conductismo radical dentro del paradigma del contextualismo funcional, que permite la especificación de las funciones del lenguaje dentro de los marcos de relación.
- La TMR explica como las palabras adquieren las funciones de los hechos, a este proceso se le denomina *literalidad del lenguaje* (tomar el lenguaje por los hechos). ACT trabaja el abandono de la literalidad del lenguaje.
- La aplicación de ACT no cuenta con una estructura protocolizada y se realiza a partir de una guía de actuación flexible que permita la adaptación al caso concreto.
- La Terapia Conductual Dialéctica (TDC) es un enfoque de tratamiento para el Trastorno Límite de la Personalidad basada en un enfoque dialéctico que pone el énfasis en la síntesis entre polaridades.
- La TDC está fundamentada en la teoría biosocial y contempla dos elementos (vulnerabilidad y contexto invalidante) cuya interrelación explica la génesis y mantenimiento de este trastorno.
- La TDC considera que el elemento básico del trastorno límite de personalidad es la dificultad que manifiestan los pacientes para regular sus emociones.
- La TDC estructura el tratamiento conjugando técnicas cognitivo conductuales y habilidades de *mindfulness* siendo estas últimas las que constituyen la aportación más novedosa de esta Terapia.
- La TDC es llevada a cabo por un grupo de terapeutas y no por terapeutas aislados, de forma que las sesiones clínicas constituyen una forma más de esta terapia.
- El tratamiento de la TDC se lleva a cabo tanto en sesiones individuales como grupales, en las que se afrontan las conductas no adaptativas de los pacientes y otras que dificultan el tratamiento.
- Los estudios de resultados de la TDC apoyan su consideración de tratamiento con apoyo empírico para el *trastorno límite de personalidad*. Actualmente se considera la mejor opción psicoterapéutica para estos pacientes.

8. Bibliografía recomendada

Barraca, J. (2006). *La mente o la vida: Una aproximación a ACT*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

- Se trata de un libro básico sobre ACT en el que el autor acerca los fundamentos y conceptos de esta terapia de una forma simple y clara. Es perfecto para entender la filosofía y fundamentación teórica que subyace a ACT. Así mismo el autor, presenta numerosos ejemplos de la vida cotidiana y de los trastornos mentales que permiten contextualizar los fundamentos conceptuales expuestos. Es un libro útil para estudiantes, terapeutas y pacientes.

García Higuera, J. A. (2006). La terapia de aceptación y compromiso como desarrollo de la terapia cognitivo conductual. *eduPsykhé*, 5, 2, 287-304.

- En este artículo el autor relata la importancia que ha tenido la Terapia de Aceptación y Compromiso en su evolución como terapeuta cognitivo conductual y refiere algunos casos tratados desde este enfoque terapéutico. Se trata de un artículo sumamente interesante para estudiantes que quieran ahondar en la teoría y la práctica de ACT

Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

- Se trata del primer manual en castellano dedicado a ACT. En la primera parte, los autores exponen con detalle los fundamentos filosóficos, teóricos y conceptuales de ACT, posteriormente recogen las características más esenciales de este acercamiento, y hacen una exposición pormenorizada de su forma de proceder en la práctica, con numerosos ejemplos de la vida cotidiana y la clínica. Es una obra imprescindible para quien quiera conocer en profundidad ACT de la mano de dos de sus representantes actuales más significativos.

Linehan, M. M. (2003) *Manual de tratamiento de los trastornos de la personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Se trata de la traducción al castellano de la obra original de la autora. La autora expone en este libro los conceptos y fundamentos teóricos de la TDC, además de exponer con precisión y detalle la forma concreta de poner en práctica esta terapia. Es imprescindible para cualquier estudiante o profesional que quiera conocer la TDC.

García-Palacios, A. (2004). El tratamiento del trastorno límite de la personalidad por medio de la terapia dialéctica conductual. En V. Caballo (Ed.), *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.

- En este capítulo la autora presenta los puntos esenciales de la TDC, sus fundamentos, técnicas y formas de proceder. Es un excelente capítulo para una primera aproximación a la TDC.

9. Referencias bibliográficas

- Barraca, J. (2006). *La mente o la vida: Una aproximación a ACT*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Biglan, A. y Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47-57.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennet Johnson, S. B., Pope, K.S., Crits-Christoph, P., Barker, M., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L.E., Williams, D.A. y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-14.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Bennet Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. y Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-15.
- Corrigan, P. W. (2001). Getting ahead of the data: A threat to some behavior therapies. *The Behavior Therapist*, 24, 189-193.
- Delgado, L.C. (2009). *Correlatos Psicofisiológicos de Mindfulness y la Preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades mindfulness*. Granada. Editorial de la Universidad de Granada. Tesis Doctoral.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H.J. (1965). The effects of psychotherapy. *International Journal of Psychiatry*, 1, 99-178.
- García Higuera, J. A. (2006). La terapia de aceptación y compromiso como desarrollo de la terapia cognitivo conductual. *eduPsykhé*, 5, 2, 287-304.
- García Palacios, A. (2004). El tratamiento del trastorno límite de la personalidad por medio de la terapia dialéctica conductual. En V. Caballo (Ed.), *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- García Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico-comportamental: terapia individual. *Psicología Conductual*, 14, 453-466.
- García, J.M, Luciano M.C., Hernández, M., Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16, 117-124.
- Gifford, E. V. y Hayes, S. C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. En W. O'Donohue y R. Kitchener (Eds.), *Handbook of behaviorism*. San Diego: Academic Press.

- Gómez, I., López, N. y Moreno, E. (2008). Procedimientos para la ruptura o cambio de la (in)sensibilidad a las contingencias y el control verbal. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40 (3), 441-459.
- Gómez, I., Moreno, E. y López, N. (2006). *(In) Sensibilidad a unas u otras contingencias en el marco de la conducta gobernada por reglas*. México: Plaza y Valdés, S.A.
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. CA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.
- Hayes, S.C. (1991). A relational control theory of stimulus equivalence. En L.J. Hayes y P.N. Chase (Eds.), *Dialogues on verbal behavior* (pp. 19-40). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. En S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese y T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S.C. (1994). Relational frame theory: A functional approach to verbal events. En S.C. Hayes, L.J. Hayes, M. Sato y K. Ono (Eds.), *Behavior analysis of language and cognition*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S.C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2004b). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C. (2004c). Taxonomy as a Contextualist Views It. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1231-1235.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001) (Eds.), *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Plenum Press.
- Hayes, S. C. y Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9, 175-190.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L.F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies. *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. NY: Guilford Press.
- Hayes, S.C. y Wilson, K. G. (1993). Some applied implications of a contemporary behavior analytic account of verbal behavior. *The Behavior Analyst*, 16. 283-301.

- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Jacobson, N.S. (1997). Can contextualism help? *Behavior Therapy*, 28, 435-443.
- Jacobson, N.S. y Christensen, A. (1996). Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change. NY: Norton.
- Jacobson, N.S.; Martell, C.R. y Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. En N.S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. NY: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. NY: The Guilford Press.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. L. (1991). A Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S. y Heagerty, P. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M.M., Heard, H.L. y Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M. M., Schmidt, H. I., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Katner, J. y Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drugdependence. *American Journal on Addiction*, 8, 279-292.
- López, C. A., Muñoz, A. R. y Ballesteros, B. P. (2005). Cambio del contexto social-verbal desde la teoría de marcos relacionales en mujeres en riesgo de desarrollar problemas alimentarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 359-378.
- Luciano, M.C. (2001). Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). En C. Luciano (Ed.), *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Libro de casos (pp- 3-18). Valencia: Promolibro.
- Luciano, M.C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luciano, M.C., Valdivia, S., Gutiérrez, O. y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de la Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé*, 5, 173-201.

- Luoma, J.B. y Hayes, S.C. (2003). Cognitive defusion. En W. O' Donohue, J. Fisher, y S.C. Hayes (Eds.). *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. NJ: John Wiley & Sons.
- Lynch, T.R., Trost, W.T., Salsman, N. y Linehan, M.M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas. La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Ost, L.G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Pérez Álvarez, M. (2001). Afinidades de las nuevas terapias. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 1, 15-23.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *eduPsykhé*, 5, 159-172.
- Pollack, M.H., Otto, M.W., Roy-Byrne, P.P., Coplan, J.D., Rothbaum, B.O., Simon, N.M. y Gorman, J.M. (2008). Novel treatment approaches for refractory anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 467-476.
- Rachman, S.J. (1963). *Critical essays on psychoanalysis*. Oxford: Pergamon.
- Rizvi, S.L. (2011). Treatment Failure in Dialectical Behavior Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, en prensa.
- Safer, D.L., Telch, C.F. y Agras, W.S. (2001a). Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 101-106.
- Safer, D.L., Telch, C.F. y Agras, W.S. (2001b). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634.
- Segal, Z.V., Teasdale, J.D. y Williams, J.M.G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. NY: Guilford Press.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. NY: Guilford Press.
- Skinner, B.F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213, 501-504.
- Telch, C.F., Agras, W.S. y Linehan, M.M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061-1065.
- Vallejo, M.A. (2007). El *mindfulness* y la "tercera generación de terapias psicológicas". *Infocop*, 33, 16-18.
- Vargas-Mendoza, J.E. (2006). *Condicionamiento clásico pavloviano: apuntes para un seminario*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Otras técnicas de intervención en Terapia Cognitivo Conductual

Marta Isabel Díaz, M^a Ángeles Ruiz y Arabella Villalobos

1. Introducción

2. Entrenamiento en reversión de hábitos

- 2.1. *Procedimiento de reversión de hábitos*
- 2.2. *Aplicabilidad y datos de eficacia*

3. Técnicas de condicionamiento encubierto

- 3.1. *Procedimiento de las técnicas de condicionamiento encubierto*
- 3.2. *Aplicabilidad y datos de eficacia*

4. Condicionamiento por el método de alarma (*pipí stop*)

- 4.1. *Procedimiento del condicionamiento por alarma*
- 4.2. *Aplicabilidad y datos de eficacia*

5. Técnicas de detención de pensamiento

- 5.1. *Procedimiento de la parada de pensamiento*
- 5.2. *Aplicabilidad y datos de eficacia*

6. Mapa conceptual de reversión de hábitos, condicionamiento encubierto, *pipí-stop* y detención de pensamiento

7. Técnicas de intención paradójica

- 7.1. *Procedimiento de la técnica de intención paradójica*
- 7.2. *Aplicabilidad y datos de eficacia*

8. Técnicas de *biofeedback*

- 8.1. *Procedimiento de las técnicas de biofeedback*
- 8.2. *Aplicabilidad y datos de eficacia*

9. Técnicas de sugestión e hipnosis en la Terapia Cognitivo Conductual

- 9.1. *Procedimiento de la sugestión e hipnosis*
- 9.2. *Aplicabilidad y datos de eficacia*

10. Intervenciones para la regulación emocional

- 10.1. *Procedimiento del entrenamiento en regulación emocional*
- 10.2. *Aplicabilidad y datos de eficacia*

11. Mapa conceptual de intención paradójica, *biofeedback*, hipnosis y regulación emocional

12. Resumen

13. Bibliografía recomendada

14. Referencias bibliográficas



Orval Hobart Mowrer trabajó bajo la dirección de Knight Dunlap, en la *Universidad de Illinois*. Allí conoció a su mujer **Molly Mowrer**, con quien desarrolló el condicionamiento por alarma para la enuresis, en la residencia de niños que regentaban. Además de esta técnica, su aportación principal es el desarrollo del modelo bifactorial de génesis y mantenimiento de la ansiedad. Conocido por su relevante investigación experimental en Terapia de Conducta, su trabajo le llevó a la presidencia de la *American Psychological Association* en 1954.



Nathan Azrin, fue discípulo de Skinner en Harvard, es uno de los autores más influyentes de la primera generación de la TC. Ha publicado numerosos estudios que han servido de base para el desarrollo de intervenciones conductuales, siendo uno de los autores más citados en Terapia Cognitivo Conductual. Sus desarrollos terapéuticos a partir de los principios básicos del aprendizaje han dado soporte al desarrollo de intervenciones sistematizadas con una eficacia sin precedentes en el ámbito de la educación especial y los problemas de comportamiento. Cabe señalar sus aportaciones al tratamiento de la enuresis infantil y las alternativas al castigo como la técnica del tiempo de fuera. Actualmente es profesor en la *NOVA Southeastern University*.

<http://www.nova.edu/spotlights/nathanazrin.html>

Palabras clave

- Reversión del hábito
- Sugestión e hipnosis
- Condicionamiento encubierto
- Sensibilización encubierta
- Auto-reforzamiento encubierto
- Modelado encubierto
- Detención de Pensamiento
- Intención paradójica
- *Pipí Stop*
- *Biofeedback*

Objetivos

Este capítulo ha sido escrito con el objetivo de que el lector o lectora...

- Conozca otras técnicas de intervención dentro de la TCC de aplicación más específica.
- Obtenga una visión de la variedad de herramientas disponibles en el acervo de la TCC y de su capacidad para abordar una gran diversidad de situaciones y problemas clínicos.
- Entienda y conozca de qué forma la TCC ha incorporado técnicas y procedimientos de intervención procedentes de otros ámbitos y orientaciones.

1. Introducción

A lo largo del manual se han presentado aquellas técnicas, terapias e intervenciones más genuinas de la Terapia Cognitivo Conductual, no obstante este puñado de procedimientos no agota el arsenal terapéutico de esta orientación, mucho más exhaustivo que las limitadas posibilidades de este manual.

El presente capítulo pretende hacer un breve recorrido por algunos otros procedimientos y técnicas de intervención pertenecientes a la TCC. Algunas de ellas se han desarrollado dentro de la Terapia Cognitivo Conductual, y proceden de la tradición más experimental (e.g. condicionamiento por alarma o los procedimientos encubiertos), otras, sin embargo, vienen de fuera, procedentes de otras tradiciones psicoterapéuticas (e.g. la hipnosis o los procedimientos de intención paradójica) y han sido adoptadas por la Terapia Cognitivo Conductual dotándoles ésta de sistematización y validación empírica. En algunos casos la técnica presentada es ampliamente utilizada y forma parte de numerosos programas de intervención (e.g. entrenamiento en regulación emocional), en otros, su aplicabilidad es más limitada o específica, pero no por ello menos relevante (e.g. procedimientos de intención paradójica o de *biofeedback*).

El objetivo de este recorrido es tratar de dibujar al lector un perfil de la Terapia Cognitivo Conductual más depurado, completo y diverso, capaz de transmitir la riqueza terapéutica de esta orientación y sus amplias posibilidades clínicas.

2. Entrenamiento en reversión de hábitos

Una de las intervenciones conductuales más exitosas para los tics es el *entrenamiento en reversión del hábito* (ERH), un procedimiento de naturaleza multicomponente creado por Azrin y Nunn (1973), dirigido al tratamiento de hábitos nerviosos y tics. Se suponía que los hábitos persistían debido a la cadena de respuesta que se ponía en marcha, a una conciencia limitada, a la práctica excesiva y a la tolerancia social hacia ellos. La técnica de *reversión del hábito* pretendía contrarrestar estas influencias. Anteriormente, la técnica de elección para el tratamiento de los tics y hábitos nerviosos era la *práctica masiva* (*negative practice*) consistente en repetir la conducta problema hasta que se produjese fatiga o *inhibición reactiva*, no obstante debido a la inconsistencia de sus resultados su uso fue relegado a favor de lo que se conoce actualmente como *entrenamiento en reversión de hábitos* (Piacentini y Chong, 2005).

2.1. Procedimiento de reversión del Hábito

Los elementos clave del ERH, y que componen el proceso de aplicación, son:

1. *Revisión de la inconveniencia del hábito*: Ayudar al afectado a identificar de qué forma interfiere el hábito en su vida.
2. *Entrenamiento en conciencia del hábito*: Enseñar al afectado a ser consciente de la cadena de respuestas que conlleva el hábito.
3. *Entrenamiento en una respuesta que compita con el hábito*: Desarrollar una o dos conductas incompatibles con la emisión del hábito para que lo reemplacen.
4. *Apoyo social*: Implica la asistencia de personas allegadas para ayudar al afectado a poner en marcha la *respuesta incompatible* de forma adecuada y puntual.
5. *Generalización el procedimiento*: Practicar el repaso simbólico del procedimiento aplicado a una situación concreta y de sus resultados exitosos en imaginación para facilitar la aplicación y el resultado en vivo.

El entrenamiento se lleva a cabo en pocas sesiones, a las que se añaden las sesiones de refuerzo que resulten necesarias. Una vez realizada la evaluación conductual y explicada la lógica del tratamiento al paciente se comienza desarrollar la secuencia de componentes.

El objetivo de la *revisión de la inconveniencia del hábito* es motivar al paciente, haciéndolo consciente de toda la interferencia que el hábito puede estar creando en su vida, se trata de identificar situaciones en las que el hábito esté produciendo malestar, dolor, vergüenza, pérdida de tiempo, distracción, evitación social, costes económicos. Por ejemplo, en un caso de tricotilomanía el paciente puede ser consciente de la vergüenza que le producen las calvas que ha generado su hábito en su cuero cabelludo y también de las cefaleas que pueden producirse como consecuencia, pero quizá es menos consciente del tiempo que pierde ensimismado dándose tirones de pelo, de la evitación de situaciones reforzantes mientras están inmerso en el hábito o del coste de las pelucas que va a tener que adquirir.

La *toma de conciencia de la cadena conductual* que implica el hábito es un elemento fundamental de la técnica. Es esencial conocer los pasos que se suceden hasta llegar a la conducta consumatoria final. Para ello será necesario:

- Describir paso a paso todas aquellas circunstancias y situaciones en las que se da el hábito.

- Aprender a identificar su ocurrencia. Si la conducta se da durante la sesión (e.g. tartamudeo) el terapeuta le indicará al paciente que trate de identificar ocurrencia, si hay ocasiones en que no lo logra, el terapeuta se lo indicará. Fuera de la sesión, además de la auto-observación, es aconsejable la observación externa de alguna persona allegada que indique al paciente la presencia del hábito cuando él no lo haya identificado.
- Detectar los antecedentes. La detección de la ocurrencia es un paso previo a la detección de los antecedentes. Por ejemplo, tocarse el pelo puede ser el antecedente de arrancarse el pelo, y tocarse el cuello puede ser el antecedente de tocar el pelo, y sentarse a estudiar puede ser el antecedente de tocarse el cuello, etc.

El papel de la *respuesta incompatible* es poder generar una respuesta cuya emisión compita con el hábito a revertir. La idea es que la nueva conducta competidora se convierta en el hábito en sí. La respuesta competidora debe no ser llamativa socialmente, de fácil inicio y mantenimiento, así como físicamente incompatible con el hábito disfuncional. Por ejemplo, en el caso de arrancarse el pelo, morderse las uñas o chuparse el dedo, la respuesta incompatible puede ser sostener un objeto (e.g. apretar una pelotita de goma), ponerse unos guantes, sentarse encima de las manos, recogerse el pelo, etc. En el caso de una adolescente con el hábito de tragar aire (hábito que le provocaba malestar abdominal frecuente), se eligió como respuesta competidora el hinchar globos durante un minuto en cuanto notase cualquier sensación interna de inicio (sus antecedentes eran encubiertos); el entrenamiento comenzó en casa dónde era más frecuente. La respuesta incompatible elegida para fuera de casa fue la respiración diafragmática.

La presencia de *apoyo social* implica la asistencia de una persona significativa que ayude al paciente en la detección de la ocurrencia, pero sobre todo en la puesta en marcha de la respuesta incompatible, además debe reforzar al paciente por la no ocurrencia del hábito en las situaciones en que antes se daba. Esta persona asiste a las sesiones y recibe entrenamiento para desarrollar estos objetivos.

La *generalización de los resultados* dependerá de diversos procedimientos, entre ellos, el refuerzo social sistemático por su eliminación, además, el ERH propone como estrategia de generalización específica el que el paciente imagine la utilización de la respuesta incompatible de forma exitosa en las diversas situaciones donde el hábito ocurre dentro de las sesiones de entrenamiento. El paciente debe ser consciente de que el éxito y generalización del ERH dependerá de que se realice una aplicación sistemática, es decir, de la rutina de poner en marcha los procedimientos entrenados en cualquier sitio y en cualquier momento.

El ERH puede utilizarse como procedimiento abreviado utilizando únicamente los elementos dos, tres y cuatro. De todos los componentes, parece que la *conciencia del hábito* y el *entrenamiento en respuesta incompatible* son los elementos críticos de la técnica (Miltenberger y Fuqua, 1985; Woods, Miltenberger y Lumley, 1996).

2.2. Aplicabilidad y datos de eficacia

La técnica está específicamente dirigida al tratamiento del síndrome de Tourette, todo tipo de tics y tricotilomanía. Además este procedimiento ha encontrado aplicación en otros problemas conductuales que implican una conducta repetitiva como tartamudeo, morderse las uñas, hábitos orales como morderse los labios o la boca y rechinar los dientes, también el hábito de chuparse los dedos, el trastorno del pica, rascarse y la conducta de auto-asfixia. Incluso ha sido utilizado en problemas de competencia social, cefaleas y dolor facial, así como en la reducción de explosiones emocionales (Nicolson, Adams y Miltenberger, 2009). Aunque no se trata de ofrecer una lista exhaustiva de todas las áreas en las que ha sido utilizada, esta amplia enumeración de problemas habla por sí sola del alcance de este procedimiento.

La evaluación de la eficacia del ERH indica que aunque la investigación es amplia a lo largo de tres décadas de uso, muchos de los estudios presentan problemas metodológicos. En estos momentos es considerada una técnica probablemente eficaz, y muy cerca de cumplir los criterios de la *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* para ser considerada tratamiento con eficacia bien establecida (Carr y Chong, 2005).

El ERH es más eficaz en aquellas conductas cuyo objetivo es el auto-reforzamiento (conductas auto-estimulatorias) que en aquellas conductas cuya función es escapar, atraer la atención u otras consecuencias sociales (Higa, Chorpita, y Woods, 2001; Woods, Fuqua, Siah, Murray, Welch, Blackman et al., 2001).

3. Técnicas de condicionamiento encubierto

El condicionamiento encubierto es un modelo teórico que aglutina un conjunto de procedimientos terapéuticos que utilizan la imaginación para manipular las consecuencias de una conducta y, de esta forma, alterar su frecuencia. El condicionamiento encubierto implica, por tanto, la manipulación de conductas operantes encubiertas.

Aunque Skinner (1953) supuso la equivalencia funcional entre la conducta abierta y la encubierta, el primer acercamiento sistematizado a los aspectos priva-

dos lo constituyó el trabajo de Homme (1965), quien invitaba a los analistas conductuales a utilizar la metodología del *análisis funcional* para dar cuenta de las *cove-rantes*, es decir, las operantes de la mente (conductas operantes encubiertas = *cove-rantes*). Homme consideraba que los pensamientos eran elementos iniciales de las cadenas de conducta abierta y que podían someterse al contraste empírico y al control experimental porque eran accesibles, por lo menos para aquél que las emitía, y asumió una continuidad entre eventos abiertos y encubiertos, respondiendo ambos a las mismas leyes y procesos del aprendizaje. A pesar del interés de estos planteamientos, la utilidad de la imaginación no se puso de manifiesto sino con la utilización masiva de la Desensibilización Sistemática, de hecho, las técnicas de condicionamiento encubierto pueden considerarse descendientes de esta técnica.

En esta línea, Cautela desarrolló el *paradigma de condicionamiento encubierto* y presentó en 1966 su primera técnica: la *sensibilización encubierto*. El *condicionamiento encubierto* asume un modelo operante de los eventos privados que se mantiene hasta la actualidad (Cautela y Kearvey, 1990) y postula los principios de:

- *Homogeneidad* entre conductas manifiestas y encubiertas de tal forma que es posible generalizar las conclusiones empíricamente derivadas de las conductas manifiestas a las encubiertas.
- *Interacción* entre eventos y procesos manifiestos y encubiertos.
- *Aplicabilidad de las leyes de aprendizaje* a ambos tipos de eventos y procesos.

Upper y Cautela (1977) consideran dos tipos de respuestas encubiertas en la conducta humana:

- Respuestas psicológicas encubiertas que incluyen: pensar, imaginar y sentir, y que sólo se hacen accesibles a través del lenguaje
- Respuestas fisiológicas encubiertas. No son accesibles a los demás y se puede ser o no consciente de ellas.

Teniendo en cuenta los postulados establecidos se infiere que los procedimientos que hayan demostrado ser eficaces en la modificación de la conducta manifiesta, serán igualmente efectivos sobre la encubierto, siendo aplicados en imaginación.

3.1. Procedimiento de las técnicas de condicionamiento encubierto

Los métodos encubiertos propuestos por Cautela (1969) se caracterizan todos por utilizar la imaginación del sujeto para la representación de estímulos, respuestas y consecuencias. Salvando esta característica, las técnicas encubiertas son esencialmente iguales a los métodos no encubiertos.

En la aplicación de cualquier técnica de condicionamiento encubierto se seguirá el siguiente proceso (Raich, 2008):

- a. Justificación razonada del uso de la técnica.
- b. Evaluación de la capacidad imaginativa y entrenamiento en imaginación, si resulta pertinente.
- c. Establecimiento de pautas de comunicación entre cliente y terapeuta durante la sesión. El procedimiento de las técnicas puede exigir cambios de imágenes muy rápidos y requiere que previamente exista un acuerdo de las señales de cambio, bien gestos, o bien palabras.
- d. Alternancia de imágenes de conductas a cambiar y consecuencias o estímulos relacionados. El objetivo de estos procedimientos es condicionar unas imágenes a otras, para ello se alternarán según el orden preestablecido.
- e. Entrenamiento del cliente para realizar la secuencia sin ayuda.
- f. Programación de tareas entre sesiones.

Las técnicas de condicionamiento encubierto diseñadas y/o recogidas por Cautela se recogen en la Tabla 1:

Tabla 1. Técnicas de condicionamiento encubierto

TÉCNICAS DE CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO	
Técnicas de condicionamiento encubierto para la disminución de la frecuencia de una conducta	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización encubierto • Extinción encubierto • Coste de respuesta encubierto
Técnicas de condicionamiento encubierto para el aumento de la frecuencia de una conducta.	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización encubierto • Extinción encubierto • Coste de respuesta encubierto
Técnicas de condicionamiento encubierto basadas en el modelo del aprendizaje social	<ul style="list-style-type: none"> • Modelado encubierto
Técnicas de condicionamiento encubierto basada en el modelo del autocontrol	<ul style="list-style-type: none"> • Tríada del autocontrol
Técnicas de condicionamiento encubierto basadas en el modelo del autocontrol	<ul style="list-style-type: none"> • Detención de pensamiento • Tríada del autocontrol

Para ilustrar el conjunto, a continuación se detallará el procedimiento de la técnica de *sensibilización encubierto* y se describirán brevemente las técnicas de auto-reforzamiento encubierto y modelado encubierto. Para una descripción pormenorizada de la forma de aplicación del resto de las técnicas remitimos al lector a Raich (1993 y 2008).

Sensibilización encubierta

La *sensibilización encubierta* (SE) es un procedimiento terapéutico basado en el uso de la imaginación y tiene como objetivo desarrollar una respuesta de aversión hacia un estímulo que anteriormente era una fuente de atracción.

Consiste en que el individuo se imagine a sí mismo realizando la conducta cuya frecuencia pretende reducir, pasando a imaginar, de forma contingente y brusca, algún acontecimiento aversivo que esta conducta podría producir, o un acontecimiento, que aún siendo poco probable, resulte muy aversivo para el sujeto. Como puede inferirse fácilmente se trata de un procedimiento análogo al *castigo positivo*. La *sensibilización encubierta* suele también utilizarse asociada al *auto-refuerzo negativo*, es decir, el escape en imaginación de la situación en la que la respuesta objetivo ha sido castigada, se asocia a sensaciones y cogniciones de bienestar.

Otra forma de llevar a cabo la SE es mediante el uso de la imaginación únicamente para anticipar las consecuencias negativas. En esta modalidad, mientras se está llevando a cabo la conducta en vivo, se anticipan las consecuencias negativas temidas. Por ejemplo, en un caso de obesidad, mientras la persona está comiendo imagina las consecuencias negativas que su comportamiento puede traer en el futuro (e.g. problemas de salud, desaprobación social, no encontrar ropa adecuada, etc.).

La elección del estímulo aversivo es un punto esencial. Debe tenerse en cuenta que los estímulos aversivos realmente lo sean para el sujeto. Se le puede preguntar al sujeto directamente sobre las situaciones o imágenes que le resulten más desagradables (e.g. animal muerto en estado descomposición, expectoraciones, heridas, ser descubierto por alguien importante para la personal, etc.). La situación a la que más a menudo hace referencia Cautela como estímulo aversivo es la sensación de vómito reforzada por todas las modalidades sensoriales.

El procedimiento comienza enseñando a relajarse al cliente. A continuación se le explica la lógica del procedimiento. Posteriormente se le pide que imagine la conducta que le atrae, y que cuando lo consiga, que cambie inmediatamente esta imagen por la del estímulo aversivo. Como se ha indicado, además, se puede apoyar la SE con el *auto-refuerzo negativo*, es decir, introduciendo una sensación de alivio al alejarse de la situación en la que aparece la conducta desadaptada. Se le pide a continuación que visualice la escena por sí solo.

En cada sesión se lleva a cabo generalmente la repetición de 20 escenas: 10 descritas por el terapeuta y 10 imaginadas por el cliente. Una de las indicaciones para la vida real es que si aparece el estímulo que propicia el comportamiento desadaptado, intente imaginar inmediatamente las imágenes repugnantes asociadas. Siempre será mejor introducir el cambio cuanto antes en la cadena conductual que conduce a la conducta desadaptada. La SE puede ser reforzada mediante el uso de esti-

mulación física (e.g. sustancia olorosa desagradable o una descarga eléctrica), esta variante se denomina *sensibilización encubierta asistida*.

Por ejemplo, Hayes, Brownell, and Barlow (1978) utilizaron la SE para alterar la conducta sexual de un hombre adulto con historia de intento de violación, fantasías sádicas y exhibicionismo. El tratamiento consistió en que el paciente imaginase las consecuencias aversivas asociadas con la ejecución de conductas sádicas y exhibicionistas. Tanto la activación fisiológica como la atracción auto-informada decrecieron como resultado del tratamiento. Además la activación heterosexual adaptada no cambió, pues nunca fue el foco de la intervención. A continuación se presenta como podría ser el guión de una escena exhibicionista típica con la aplicación de consecuencias aversivas en imaginación:

“Voy conduciendo y veo una chica que me atrae..., la llamo para que venga hacia el coche..., ella no puede ver lo que estoy haciendo... y le digo ¿Me puedes ayudar con esto? Ella mira hacia abajo y ve mi pene erecto... Está desconcertada, en shock, ... acelero y me marchó deprisa, miro hacia atrás y veo que ella está mirando el coche... Creo que ha visto la matrícula. Me empiezo a preocupar acerca de si llamaré a la policía... Llego a casa y todavía estoy preocupado, me siento mal, mi mujer me pregunta qué me pasa. Nos sentamos a cenar y llaman a la puerta..., siento náuseas... me levanto a abrir..., al abrir veo tres policías en la puerta, me empujan contra la pared y me esposan mientras dicen en voz muy alta ¡¡estás arrestado por conducta indecente!!... Mis náuseas son cada vez más intensas, el vómito me sube por la garganta y puedo sentir la acidez en la boca... Mi mujer empieza a llorar y grita ¡¡esto es ya la última gota que colma el vaso... no puedo más, te dejo!!, los niños se despiertan y lloran...”.

Auto-reforzamiento positivo encubierto

Consiste en la imaginación de la conducta objeto de incremento y la autoadministración de consecuencias reforzantes positivas en la imaginación. Cautela sugiere que las escenas agradables que se utilicen como reforzadores encubiertos sean condicionados a una palabra (e.g. *refuerzo*), de tal manera que dicha palabra sea capaz de suscitar la imaginación de la escena reforzante de forma mucho más rápida.

Como ejemplos de *auto-reforzamiento positivo* podemos poner el caso de una persona con exceso de peso que mientras está haciendo ejercicio físico se imagina caminando por la playa el próximo verano con un llamativo traje de baño, o el caso de un estudiante que en los descansos de estudio mientras prepara los exámenes imagina el momento de la entrega de notas obteniendo resultados brillantes.

Modelado encubierto

Esta técnica utiliza la imaginación para presentar al sujeto un modelo seguro, hábil y capaz, que realiza la conducta objetivo de la intervención. El procedimiento comienza imaginando el sujeto su comportamiento habitual en una situación concreta, para pasar a imaginar cómo el modelo realiza la conducta adecuada en dicha situación. La tarea del terapeuta consiste en indicar al sujeto aquellas características relevantes de la conducta del modelo, para que éste les preste especial atención. Por ejemplo, un individuo poco asertivo imagina un modelo que es capaz de entrar en una tienda, mirarlo todo, preguntar repetidamente a los dependientes y no comprar nada.

Una variante del *modelado encubierto* es la técnica de la *autoimagen idealizada*. El procedimiento es el mismo, pero en este caso el sujeto no imagina la actuación de un modelo, si no que se imagina a sí mismo actuando, llevando a cabo el comportamiento objetivo, pero siempre imaginando una ejecución dentro de sus posibilidades.

Por último, simplemente referirnos a un concepto frecuentemente utilizado en la descripción de programas de intervención cognitivo conductual: la *aserción encubierta*. Este término se refiere a las auto-verbalizaciones encubiertas asertivas y enérgicas que un individuo se dice a sí mismo para afrontar una situación temida, quizá hasta contradiciendo la situación que provoca el propio problema. Por ejemplo, en el caso de una mujer obsesiva con miedo a los cuchillos puede decirse a sí misma con vehemencia: “¡¡No hay ningún problema con estos estúpidos cuchillos, no pueden hacer nada!!”.

3.2. Aplicabilidad y datos de eficacia

El alcance de los procedimientos encubiertos es muy amplio, tanto en cuanto a las áreas de aplicación, como a las poblaciones a las que puede aplicarse. En los inicios solían aplicarse a pacientes adultos, en la práctica privada o en ambulatorios, pero su uso se ha extendido a otras poblaciones como niños, adolescentes, ancianos, y a una gran variedad de situaciones (instituciones, escuelas y hospitales). Realmente los criterios de aplicación son muy amplios. Según su autor, si un individuo puede seguir instrucciones, coopera, tiene suficiente capacidad imaginativa o puede ser entrenado en ella, las técnicas de *condicionamiento encubierto* pueden ser una opción de tratamiento.

En cuanto a su eficacia, los datos sugieren una gran eficacia en desviaciones sexuales, aunque en la mayoría de los casos, incluidas en paquetes de tratamiento más amplios. Otras áreas donde han mostrado enorme utilidad son el campo infantil, el deporte y el control del dolor. No ha sido así en el caso de la obesidad o las adicciones, donde los procedimientos de *condicionamiento encubierto* no han mostrado buenos resultados.

4. Condicionamiento por el método de alarma (*pipí stop*)

El condicionamiento por alarma, también conocido como *pipí stop*, es probablemente la técnica más conocida y útil para el tratamiento de la enuresis infantil. Diseñada originalmente por Mowrer y Mowrer (1938) ha permanecido hasta nuestros días sin más variaciones significativas que las introducidas por el desarrollo tecnológico.

El objetivo de la técnica es que el niño aprenda a responder a la estimulación que produce la vejiga llena, despertándose e inhibiendo el mecanismo de liberación de la orina mediante el control del esfínter antes de que se ponga en marcha el mecanismo de micción. Para ello se utiliza un dispositivo detector de humedad que al mojarse activa una alarma eléctrica con sonido capaz de despertar al niño.

La fundamentación teórica del modelo inicial (Mowrer y Mowrer, 1938) procede del condicionamiento clásico, posteriormente se han realizado algunas aportaciones que han permitido optimizarlo (Jones, 1959). El proceso de condicionamiento tendría la siguiente forma:

La distensión de la vejiga se consideraría el estímulo incondicionado (El_1) que suscitara la respuesta incondicionada del reflejo de micción (Rl_1), a su vez la humedad activa la alarma cuyo sonido se consideraría otro estímulo incondicionado (El_2), que daría lugar a dos respuestas incondicionadas independientes (Rl_2): el despertar (Rl_{21}) y la contracción del esfínter (Rl_{22}). La asociación repetida del El_1 y el El_2 , desarrollará un condicionamiento entre El_1 y las Rl_2 (asociadas inicialmente al El_2). De esta forma el El_1 se tornaría un estímulo condicionado EC_1 , que daría lugar a las dos respuestas condicionadas: de despertar (RC_{21}) y de contracción del esfínter (RC_{22}). Estas dos respuestas son independientes, de tal forma que con el progreso del tratamiento el niño es capaz de inhibir la orina sin despertarse.

El aspecto más controvertido del modelo hacía referencia a cómo explicar el hecho de que las respuestas condicionadas (RC_{21} y RC_{22}) se adelanten en el tiempo a la Rl_1 . Mientras que los Mowrer argumentaban el firme establecimiento de las RC_2 para que se diese ese hecho, Jones (1959) propuso un proceso de generalización, de tal forma, que los niveles de distensión de la vejiga necesarios para la aparición de las RC_2 fuesen progresivamente menores.

4.1. Procedimiento del condicionamiento por alarma

El primer paso es explicar al niño y a los padres en qué consiste el procedimiento y qué se va requerir de ellos para conseguir el resultado esperado. El aparato debe colocarse todas las noches, al caer la primera gota de orina la alarma sonará y los padres deben levantarse y pedirle al niño que pare la micción inmediatamente y continúe en el cuarto de baño.

La alarma debe seguir sonando hasta que el niño esté completamente despierto. Muchos de los niños enuréticos tienen un sueño muy profundo, hay que hacerles conscientes de lo que está pasando, la prueba de la conciencia de la situación es el recuerdo de la misma al día siguiente. El niño debe recordar que se despertó con la alarma y que acabó de orinar en el cuarto de baño.

Normalmente el tratamiento sigue una secuencia parecida a la siguiente:

- a. Las primeras noches no hay cambio y el aparato suena todas las noches.
- b. Después de dos semanas el niño se despierta con más facilidad con la alarma, consecuentemente se corta antes la micción.
- c. Se considera que el entrenamiento ha acabado después de dos semanas sin mojar la cama.
- d. A partir de ahí comienza la generalización bien mediante un método de retirada escalonada del aparato (e.g. días alternos, ampliando progresivamente las noches sin aparato) o bien mediante un mecanismo de sobreaprendizaje que se realiza incrementando la ingestión de líquidos para generar más oportunidades de aprendizaje, pudiéndose combinar ambos.

Es importante tener en cuenta algunas consideraciones sobre la aplicación:

- El tratamiento no sigue una secuencia uniforme en todos los niños. En unos puede durar unos dos meses, en otros el periodo de tratamiento puede ser menor o mayor, lo importante es que se vea progreso aunque sea lento.
- No hay que despertar al niño antes que suene la alarma
- Si con el sonido de la alarma el niño no se despierta por sí mismo, los padres deben despertarle asegurándose de que realmente es consciente de lo que está pasando.
- Algunos clínicos indican que es suficiente que la alarma suene una vez por la noche para producir los resultados. No volver a conectar el dispositivo después de que suene la primera vez permite al niño y a los padres dormir adecuadamente. Este hecho puede ayudar a no perder la motivación.
- El tratamiento está indicado a partir de los cinco años, sin límite de edad.
- Los padres deben reforzar los avances y tener una actitud tranquila durante los episodios de despertar con la alarma. No deben reprender ni castigar al niño por mojar la cama o ir demasiado lento en el tratamiento.
- Es conveniente no cambiar los hábitos de bebida del niño, si el niño no presenta un patrón diario de enuresis, se incrementará el consumo de líquidos para facilitar el tratamiento.

- No se recomienda el uso de pañales asociado al *pipí stop*. Los niños deben responsabilizarse del tratamiento, y así suelen hacerlo, mantener los pañales les mantiene en el estado de bebé.

4.2. Aplicabilidad y datos de eficacia

Los datos de eficacia de la técnica de *condicionamiento por alarma* son realmente muy exitosos. Junto con el *entrenamiento en cama seca* de Azrin, Sneed y Foxx (1973) es la técnica más eficaz para la enuresis infantil (Alcazar, Olivares y Sánchez, 1999), no obstante, la técnica de Azrin suele tener menor acogida entre los padres pues implica mayor incomodidad para ellos. Bragado (2003) indica que el 71% de los niños tratados con *pipí stop* consiguen 14 noches secas consecutivas en un periodo no mayor de ocho semanas, y aunque el 32% recae dentro de un periodo de seis meses, recuperan los niveles de éxito inicial con el reentrenamiento. Un elemento fundamental en el éxito de la técnica es la motivación y adecuada cooperación de los padres, los cuales deben practicar diariamente con los niños las tareas encomendadas por los profesionales.

Los datos indican que las niñas mejoran en mayor proporción que los niños y que, lógicamente, los sujetos de menor edad tienen mejor pronóstico que los de edad más avanzada (Alcazar, Olivares y Sánchez, 1999). Estos datos coinciden con investigaciones anteriores (Bragado y García, 1988).

5. Técnica de detención de pensamiento

El procedimiento denominado *detención de pensamiento* (DP) fue sugerido por primera vez por Bain en su libro *Thought Control in Everyday Life*. En los últimos años de la década de los 50 fue popularizado por Wolpe (1958 y 1969) y otros psicólogos conductuales al ser presentado como una estrategia de intervención para pensamientos de carácter obsesivo y fóbico. Wolpe (1969), además, lo sugirió como un posible mecanismo de acción de la Desensibilización Sistemática.

La *detención de pensamiento* es un método simple, que se ha mostrado efectivo a la hora de parar algunos tipos de pensamientos. Por ejemplo, consideremos un paciente que está afectado por la rumiación continua de un hecho pasado, los pensamientos vienen a su mente regularmente y él se deja llevar por la secuencia de pensamiento sin tener mucho control sobre el proceso, además, este proceso de pensamiento tiene como consecuencia la aparición de una sensación de tristeza intensa.

El tratamiento mediante DP implica que el paciente cierre los ojos y se enganche voluntariamente en la cadena de pensamiento disfuncional, cuando el cliente está

concentrado en esa rutina mental, el terapeuta grita “STOP” a la vez que da un fuerte golpe sobre la mesa, evidentemente el sujeto abre los ojos desconcertado y el terapeuta le pregunta si en ese mismo momento está pensando todavía sobre el hecho pasado. Es obvio que la actuación del terapeuta habrá interrumpido abruptamente el pensamiento disfuncional. El procedimiento continuará, realizando el terapeuta este ejercicio un par de veces más, para pasar posteriormente a que sea el paciente quien lo realice por sí mismo, primero en voz alta, para progresivamente lograr la parada con la orden encubierta. Se pretende que la práctica transforme esta acción en un proceso automático de detención y redirección del pensamiento.

A continuación se describe el procedimiento básico y los pasos del entrenamiento en DP de forma más detallada.

5.1. Procedimiento de la parada de pensamiento

Al tratarse de un procedimiento muy elemental, puede conseguirse un buen dominio de la técnica en menos de una semana, practicando, todos los días con tres o cuatro sesiones de diez minutos.

Paso 1. Enumeración y descripción de los pensamientos disfuncionales

El cliente escribe tres o cuatro temas que le preocupen, molesten y no pueda dejar de pensar. Por ejemplo, la preocupación acerca de si su hija estará segura cuando sale por la noche, las consecuencias que tuvo un error cometido en el pasado en el trabajo, o en lo que podía haber pasado en el accidente de un hijo ocurrido hace un año, etc. Cada uno de estos temas debe ser descrito brevemente, con las frases típicas que aparecen en la mente del cliente cuando piensa en dichos temas.

Paso 2. Elaboración de una lista de pensamientos funcionales y agradables

En este momento se trabaja con el cliente la identificación de tres o cuatro temas cuyo pensamiento resulte agradable (e.g. deporte favorito, fantasía sexual, una afición como ir de pesca, las futuras vacaciones, un proyecto interesante, un logro o premio conseguido, un lugar bonito y relajante, etc.), o cualquier tema que proporcione tranquilidad o sensaciones agradables.

Hay que tener en cuenta que la DP no es una técnica de reestructuración cognitiva, por lo que los temas agradables que se elijan no deben tener nada que ver con los temas del pensamiento disfuncional. El objetivo de los temas agradables es únicamente redirigir la atención.

También en este caso se realizará una descripción de los temas elegidos (e.g. “estoy esquiando sobre nieve virgen... estoy volando”).

Paso 3. Relajación e implicación en la secuencia de pensamiento disfuncional

En este momento se induce un estado de relajación y se comienza a pensar sobre uno de los temas problema. Se comienza con aquel que resulte menos estresante. Se propicia la secuencia de pensamiento hasta que el paciente esté bien inmerso en el tema. El cliente avisa al terapeuta con un gesto (acordado previamente) de que está totalmente metido en la secuencia mental.

Paso 4. Interrupción de los pensamientos disfuncionales

En el momento en que el sujeto da la indicación de estar inmerso en la secuencia mental, el terapeuta gritará "STOP", pudiéndose acompañar de alguna acción breve y contundente que aporte fuerza al término (e.g. golpe en la mesa).

Paso 5. Cambio inmediato hacia una secuencia de pensamiento agradable

Inmediatamente, aprovechando el vacío mental provocado por la interrupción en la secuencia de pensamientos desagradables, se dará la indicación de cambiar a uno de los temas agradables elegidos previamente. Se le indicará que disfrute de esta nueva secuencia de pensamiento, reforzando la escena con indicaciones de sensaciones físicas, emocionales, sonidos, sabores, etc. Si los pensamientos disfuncionales regresan antes de medio minuto, el cliente hará la señal y se gritará nuevamente "STOP".

Paso 6. Repetición del ejercicio con variaciones

Se repite en varias ocasiones la secuencia de pasos descrita (rumiación disfuncional-STOP-pensamiento agradable). Si una cadena de pensamiento no se mantiene en la atención se cambiará por otro de los temas problema. Se practica unos diez minutos con distintos temas. El pensamiento agradable tratará de mantenerse alrededor de un minuto.

La práctica debe mantenerse hasta que la palabra STOP sea capaz de detener inmediatamente la cadena mental y sea fácil dirigir y mantener la atención en un tema agradable, tranquilizador o interesante. Una vez se ha conseguido este resultado siendo el terapeuta el que grita STOP, se pasará a practicar siendo el propio sujeto el que grite STOP cuando se encuentre inmerso en la cadena mental a eliminar. Una vez se haya conseguido parar la secuencia de forma eficaz con esta nueva forma auto-aplicada, comenzará el proceso de desvanecimiento del estímulo externo (palabra STOP pronunciada en voz alta) hasta dejarlo progresivamente en una orden encubierta (e.g. la secuencia podría ser la siguiente: gritar la palabra STOP, decir la palabra STOP en voz alta sin gritar, decir STOP en voz baja, decir STOP en voz muy baja y, por último, decir STOP subvocalmente).

Paso 7. Generalización a la vida cotidiana

Una vez se ha conseguido parar las secuencias de pensamiento negativo simplemente con la orden encubierta, el sujeto estará preparado para utilizar la técnica en su día a día. Con el objetivo de reforzar la eficacia del comando subvocal puede asociarse a su emisión una estimulación física paralela que sirva como interruptor adicional. Por ejemplo, puede ser útil llevar una cinta de goma en la muñeca y darse un golpe con ella a la vez que se dice STOP.

5.1.1. Procedimiento de detención de pensamiento con respiración

Esta variante de la DP combina la *detención de pensamiento* con la *respiración diafragmática*. Aprovechando la interrupción del pensamiento se dan indicaciones de comenzar a respirar profunda y tranquilamente. Esta variante tiene la ventaja de que la relajación supone un foco de atención neutral, manteniendo todas las ventajas asociadas a esta técnica.

5.2. Aplicabilidad y datos de eficacia

La DP es un procedimiento tan simple como parece, tiene un aprendizaje fácil y ha sido propuesta, desde sus inicios, como estrategia de tratamiento en numerosos problemas clínicos que implican malestar o ansiedad provocado por cadenas de pensamiento disfuncional. Los años 70 y 80 fueron una época de múltiples aplicaciones, principalmente en el entorno de los trastornos de ansiedad, pero no de forma exclusiva. La DP ha sido utilizada para detener cadenas de pensamientos que interfieren con el estudio (Mikulas, 1976), ideas acerca de la posibilidad de padecer un ataque epiléptico (Anthony y Edelstein, 1975), alucinaciones visuales y auditivas (Samaan, 1975), ideación fóbica en fobia las serpientes (Rimm, Saunders y Westel, 1975), incluso en terapia de pareja para frenar ideas recurrentes de infidelidad (Rosen and Schnapp, 1974). Sin embargo, después de décadas de utilización en muy diversos problemas, la revisión de la literatura no permite obtener conclusiones claras sobre sus efectos en ningún área, quedando su posible eficacia diluida, la mayor parte de las veces, en programas de intervención multicomponente (Lozano, Rubio y Pérez San Gregorio, 1999).

Uno de los trastornos de ansiedad donde la DP ha contado con mayor aplicación es el trastorno obsesivo. No obstante, a pesar de la amplitud de estudios, los datos son controvertidos. Según algunas revisiones, la DP no cuenta con evidencia empírica consistente que apoye su utilización en problemas obsesivos (James y Blackburn, 1995), en otros casos, los autores de la revisión concluyen una aparente eficacia, pero con numerosas consideraciones, debido a cuestiones metodológicas: utilización de diferentes procedimientos o variaciones de la técnica, estudios de caso

frente a grupos, inserción o no en un programa multicomponente, etc. (Lozano, Rubio y Pérez San Gregorio, 1999). Desde nuestro punto de vista, los resultados de la DP siguen siendo hoy tan impredecibles en este ámbito como ya señalaba, hace años, Leger (1979) pues no ha habido claridad en cuanto al protocolo utilizado, ni una descripción concreta de las variaciones realizadas en la técnica que haya posibilitado la replicación, ni se ha llevado a cabo investigación rigurosa sobre sus mecanismos de eficacia, ni tampoco se ha determinado su eficacia diferencial en relación con otros procedimientos.

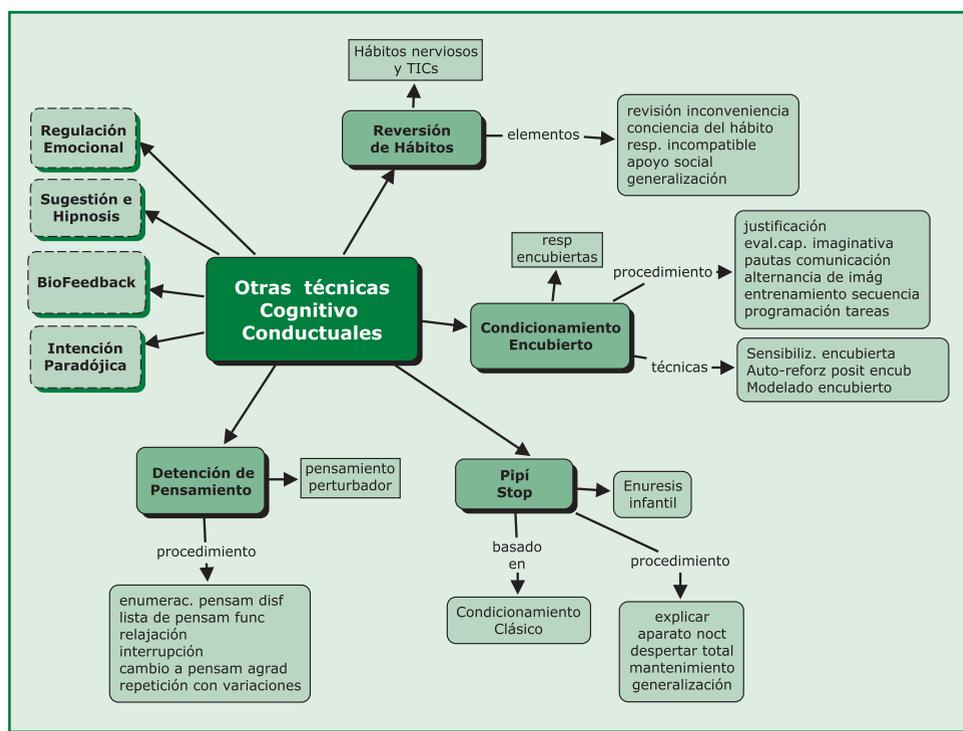
Siendo una técnica de amplio uso en el tratamiento de las obsesiones durante los años 80, en estos momentos ha sido relegada en favor de acercamientos terapéuticos sustentados sólidamente por la evidencia empírica (exposición con prevención de respuesta). Además, en estos momentos existe evidencia en contra de su utilización en trastornos obsesivos, pues ha sido demostrado que los mecanismos de supresión cognitiva no son una buena estrategia para el control de la mente (Wegner, 1989), pudiendo incrementar la evitación y el miedo a los pensamientos obsesivos, produciendo un efecto rebote (Najmi, Wegner y Nock, 2007; Aldao y Nolen-Hoeksema, 2011; Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010). Estos datos descartan su uso como técnica de tratamiento aislada. La situación que se plantea es que, teniendo en cuenta la eficacia de los programas de intervención actuales para el trastorno obsesivo compulsivo, es difícilmente justificable la introducción de un elemento terapéutico cuyo objetivo (el escape del pensamiento) va en contra del objetivo del programa (la exposición a los pensamientos) y tampoco está claro que más puede aportar, pues sus mecanismos de acción siguen sin desentrañarse; de hecho, los principales manuales de referencia sobre el tema, ni siquiera nombran la DP como un posible elemento a añadir en los programas de intervención para problemas obsesivos y ansiedad en general (Antony y Stein, 2009; Barlow, 2002; Franklin y Foa, 2008).

Tratando de ejemplificar un caso donde podría tener sentido su inclusión, imaginemos un paciente que siente una gran ansiedad pues cree firmemente que sus pensamientos obsesivos no serán nunca controlados, ni eliminados, de ninguna forma; podría aquí tener sentido utilizar la DP para mostrarle como sí es posible en ciertas condiciones parar y redirigir la atención, de tal forma que con este procedimiento consigamos algún cambio en la noción de control sobre su problema. No obstante, más que intervenir sobre el problema obsesivo en sí estaríamos interviniendo en aspectos previos facilitadores del tratamiento.

Actualmente no está claro si realmente la eficacia de la DP podría deberse al escape del pensamiento, al efecto aversivo del estímulo interruptor a modo de castigo positivo, al efecto distractor, o al incremento de la sensación de control (Vázquez, 2003). Desde nuestro punto de vista quizá la DP pueda implicar mecanismos

de exposición sistemática que permitan en ciertos casos, la extinción de la ansiedad provocada por los pensamientos o imágenes obsesivas. Hay que tener en cuenta que, si bien su objetivo es detener el pensamiento, lo cierto es que ese resultado se logra mediante la generación voluntaria e iterativa de dichas cadenas de pensamiento hasta lograr su detención. En contra de esta explicación estaría la escasa duración de dichas exposiciones, a favor, el que aunque sean cortas, el procedimiento implica una exposición repetitiva (masiva) diaria.

6. Mapa conceptual sobre reversión de hábitos, condicionamiento encubierto, pipí-stop y detención de pensamiento



7. Técnica de intención paradójica

El uso de las técnicas de *intención paradójica* (IP) está vinculado a la psicoterapia de orientación humanista, concretamente a la *logoterapia* de Victor Frankl (1999), no obstante, el advenimiento del enfoque cognitivo en la Terapia de Conducta dio lugar a un campo abonado para su uso, habiéndose convertido dentro de la Terapia Cognitivo Conductual en una intervención cognitiva especialmente útil para vencer la resistencia al cambio que presentan algunos pacientes.

Una paradoja puede definirse como algo opuesto a lo que se considera cierto. La técnica de IP va a confrontar el sentido común de la persona a la que se le aplica, pues se trata de un proceso mediante el cual el paciente es animado a hacer, o a desear que ocurra aquello que precisamente teme (Frankl, 1984).

El objetivo general de la *intención paradójica* es provocar cambios en las actitudes y reacciones de las personas ante situaciones de estrés o malestar, tratando de desmontar el círculo vicioso (que suele haberse generado) pautando precisamente lo más temido.

Por ejemplo, un paciente con insomnio pone todo su esfuerzo cada noche en quedarse dormido; con la intención paradójica se pide a la persona con insomnio hacer exactamente lo contrario a lo que intenta, dándole la indicación de acostarse pero tratando de mantenerse despierto el máximo de tiempo posible. Esta forma de proceder le permite dejar la batalla por dormir puesto que la indicación es de mantenerse despierto y llegar así al sueño (dejando de luchar) más rápidamente.

A pesar de su reconocida eficacia en el ámbito clínico, sus mecanismos de acción no están claramente establecidos, siendo diversos los modelos que tratan de explicar sus efectos. Para ciertas variantes de la técnica se proponen mecanismos de control estimular que afectarían a la cadena conductual (e.g. prescripción de síntomas, práctica masiva, recaídas programadas). En otros casos, se apela a cambios de expectativas, de auto-eficacia o de atribución de control como mecanismos responsables del cambio. Entre los modelos teóricos propuestos para explicar la intervención de los elementos apuntados (y otros) destacan:

- *La teoría del doble vínculo*, que combina aspectos de la *teoría de comunicación* de Watzlawick (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981) y la *teoría de sistemas*. Este modelo se refiere a la presencia en la IP de dos mensajes mutuamente exclusivos, de forma que responder a uno implique no responder al otro.
- *La teoría de la decontextualización del síntoma* (Omer, 1981) según la cual la IP promueve un cambio de contexto del síntoma que le hace perder su significado.
- *La teoría de la ansiedad recurrente* (Ascher y Schotte, 1999), según la cual la IP actuaría sobre la ansiedad anticipatoria que genera la anticipación de consecuencias catastróficas, rompiendo el círculo vicioso mediante el afrontamiento de lo temido.
- *La teoría del control mental irónico* (Wegner, 1994) que propone la existencia de un sistema cognitivo dual, con un proceso operativo intencional, regulador y consciente, y otro proceso irónico de supervisión, inconsciente e involuntario que sería inhibido por la IP, permitiendo que el proceso intencional cumpla la prescripción paradójica.

7.1. Procedimiento de la técnica de intención paradójica

La práctica de la terapia cognitivo conductual contempla elementos de carácter paradójico en diversas intervenciones (e.g. procedimientos de saciación, práctica masiva, exposición, exageración de las consecuencias negativas, reducción al absurdo, etc.), no obstante, el uso de estos elementos no supone la aplicación de la técnica de IP como tal. La aplicación de la IP supone un modo particular de proceder.

En la aplicación de la IP se pide a los pacientes que detengan la tendencia a tratar de evadir o controlar sus síntomas, a la vez que se les indica que los hagan aparecer deliberadamente, deseándolos y exagerándolos. De esta forma, el procedimiento de *intención paradójica* va a requerir dos cosas en su aplicación, por una parte, que el paciente renuncie a los intentos de control del problema, y por otra, que esté dispuesto a hacer aparecer y aumentar los síntomas. Ambos requisitos van a ir contra la lógica terapéutica que probablemente maneje el paciente, de tal forma que habrá que conceptualizar de forma extensa y convincente al paciente de qué forma la dinámica del problema puede verse beneficiada con este acercamiento.

La secuencia de aplicación de la técnica de IP seguiría el siguiente esquema:

- a. Evaluación del problema, análisis funcional e identificación de la lógica que mantiene al individuo en soluciones ineficaces
- b. Redefinir el síntoma o la conducta problema en función de los datos de la fase anterior. Aportar un nuevo significado del síntoma (e.g. ventajas)
- c. Indicar los cambios paradójicos en función del patrón de queja
- d. Conceptualizar los cambios a partir de la intervención paradójica (establecer el mecanismo explicativo)
- e. Programación de recaídas
- f. Finalización y seguimiento

Los cambios paradójicos que pueden pautarse serían los siguientes:

- **Prescripción del síntoma.** Se trata de la estrategia más utilizada. Consiste en solicitar al paciente que busque y provoque de forma voluntaria los síntomas que está tratando de evitar (antes de que estos aparezcan) en las situaciones o contextos en los que suelen aparecer. Esta estrategia está especialmente indicada en el abordaje de respuestas cognitivas y psicofisiológicas involuntarias (e.g. pensamientos intrusivos o insomnio), o de comportamientos acerca de los cuales el paciente dice no tener control (e.g. respuesta de ira).

- **Restricción paradójica y contención del cambio.** En este caso el terapeuta desaconseja el cambio, renuncia a él, o simplemente lo prohíbe a través de comentarios y argumentaciones pesimistas que no revisten otra intención que la de acelerar o desbloquear el proceso de cambio. Por ejemplo en el caso de un joven con fobia social que presenta muy poco cumplimiento terapéutico, se pautaría el enlentecimiento del tratamiento por la gravedad del caso, indicando que debe ir todavía más despacio.
- **Cambio de postura.** Se trata de adoptar la visión catastrofista que un paciente tiene de sí mismo o de la situación, exagerando además esa visión. Esta estrategia es útil en personas que buscan la aprobación de los demás a través de las conductas de queja, o en pacientes desafiantes que retan al terapeuta. Por ejemplo, en el caso de una paciente con un trastorno de personalidad histriónico que busca la atención a través de la queja y que se muestra airada ante el terapeuta por no conseguirlo, argumentando que la terapia que está siguiendo es inútil y que no va a conseguir ningún resultado, el terapeuta puede cambiar su postura y comentarle que ella tiene razón, que la terapia no está sirviendo de nada y que, además, su caso está induciendo en él un proceso de reflexión y que en ese mismo momento está decidiendo dejar de ser terapeuta cognitivo conductual.
- **Programación de recaídas.** Se trata de programar recaídas con control, de tal forma que el empeoramiento no sorprenda al paciente y lo genere voluntariamente para comprobar que lo puede volver a afrontar. De esta forma, cuando un paciente está mejorando se le indica que vuelva a hacer lo que no desea. Por ejemplo, en un paciente obeso que lleva su dieta estrictamente, se le indica que esa tarde se coma un trozo de chocolate, para que vea que puede recuperar nuevamente el control. De esta forma se reestructuran ideas acerca de que frente a determinados alimentos, o situaciones, el control es imposible.
- **Confusión e interferencia.** Cuando el discurso de un paciente es ambiguo, lacónico y se percibe resistencia a expresar el problema en términos concretos, puede ser útil la utilización de un discurso impreciso y vago por parte del terapeuta. Al no entender al terapeuta es probable que el paciente trate de precisar más su información con el objetivo de que el diálogo resulte comprensible.
- **Utilización del paciente y anticipación de resultados.** En estos casos el terapeuta utiliza una estrategia de evaluación para producir un cambio en la secuencia del problema. Por ejemplo, en el caso de una paciente obesa que cree que jamás podrá tener control sobre la comida se utiliza un auto-registro

exhaustivo de la comida diaria durante una semana, lo probable es que su nivel de ingesta baje simplemente siendo consciente de lo que hace al apuntarlo. La anticipación de resultados pretende conseguir resultados contrarios a los vaticinados, indicándole al paciente que las cosas van a ser más difíciles y molestas de lo que es probable que sean. Un ejemplo de esta última estrategia sería indicar a una paciente bulímica que ir a comprar al supermercado será una tarea difícil, pues serán muchas las tentaciones que vaya a tener de comprar comida para un atracón. Es obvio que el terapeuta debe tener claro que la probabilidad de que se produzcan los resultados anticipados es prácticamente inexistente.

7.2. Aplicabilidad y datos de eficacia

Como se indicaba al principio, la IP es una valiosa herramienta cognitiva para cambiar el curso de procesos terapéuticos lentos, difíciles o bloqueados. Esta técnica ha sido utilizada en contextos bien diferentes, donde el elemento común suele ser la angustia por la expectativa de fracaso (e.g. no soy capaz de estar tranquilo) o por la expectativa de bloqueo al no poder responder adecuadamente a las situaciones que se presentan (e.g. no seré capaz de no comer de todo en la cena de la empresa) o la resistencia al cambio por la presencia de ganancias secundarias (e.g. nunca tendré fuerza para salir de casa de mis padres). Su utilización se da, en la mayor parte de los casos, asociada a otro tipo de técnicas que permiten abordar otros aspectos del problema, pero también ha mostrado su utilidad aisladamente. Como ejemplo, merece la pena señalar la consideración de la IP aisladamente como tratamiento probablemente eficaz (nivel III de evidencia) para el insomnio predormicial crónico, siendo un tratamiento recomendado por la *American Academy of Sleep Medicine* (2006) para este problema.

No obstante, a pesar de su utilidad, la IP puede ser quizá uno de los procedimientos más difíciles de utilizar en la Terapia Cognitivo Conductual pues, además de conocer la lógica y el procedimiento, el terapeuta deberá contar con experiencia suficiente como para detectar la oportunidad de su utilización, y haber desarrollado habilidades suficientes para ser capaz de persuadir al paciente de que haga precisamente lo contrario de lo que su sentido común le dicta (y de lo que esperaría obtener del terapeuta). En este caso, las dotes de comunicación del terapeuta y su experiencia clínica serán, nos atrevemos a decir, determinantes del éxito de la aplicación de la IP, pues la firmeza, seguridad, convicción y capacidad de simulación que el terapeuta muestre en su comunicación y conducta pueden ser elementos fundamentales para el cumplimiento de la prescripción paradójica.

8. Técnicas de *biofeedback*

Las técnicas de *biofeedback* son procedimientos propios de la Terapia Cognitivo Conductual, que se definen como: procedimientos experimentales, que mediante dispositivos que generan señales externas al organismo, informan al sujeto, de forma inmediata y precisa, de una o varias respuestas psicofisiológicas, con el objetivo de lograr el control sobre dichas respuestas y producir efectos terapéuticos. De forma simplificada, podemos decir que el *biofeedback* monitoriza y utiliza información fisiológica para modificar funciones fisiológicas específicas, que se suponen a la base del trastorno sobre el que se interviene.

Las técnicas de *biofeedback* tienen orígenes diversos, si bien el más acreditado pertenece al ámbito de la psicología experimental, donde en la década de los años 40 del siglo pasado se investigaba acerca de la posibilidad de que ciertas funciones fisiológicas controladas por el sistema nervioso autónomo fuesen susceptibles de *condicionamiento operante* (e.g. frecuencia cardiaca o la presión sanguínea). La posterior aplicación clínica de estos procedimientos generados en el ámbito experimental fue resultado de la convergencia del conocimiento de distintos campos, como la medicina conductual, la psicofisiología, la cibernética o la ingeniería biomédica.

Realmente, a pesar de la especificidad de este tipo de técnicas, la presencia de procedimientos de *biofeedback* en la vida cotidiana es mucho más amplia de lo que aparentemente pueda parecer. Consideremos, por ejemplo, el uso de espejos para practicar la expresión emocional, o simplemente los espejos en las escuelas de danza para perfeccionar el movimiento corporal. De la misma forma que el espejo proporciona información sobre el movimiento, el instrumental utilizado en las técnicas de BF proporciona información sobre respuestas psicofisiológicas, a modo de espejo que devuelve la imagen del funcionamiento corporal.

En la actualidad se consideran técnicas sólidamente asentadas, que suponen procedimientos de alta eficacia en determinados ámbitos de intervención, sobre todo el ligado a la medicina conductual, pero también con prometedores resultados en trastornos clínicos como los trastornos de ansiedad (Wilhem y Roth, 2001), o el trastorno por déficit de atención (Lubar, 2003).

8.1. Procedimiento general de las técnicas de *biofeedback*

El procedimiento general de aplicación se refiere al conjunto de pasos y acciones que conforman el diseño y aplicación del *biofeedback* como técnica terapéutica. Éste abarca desde las condiciones previas acerca de la consideración de su uso, hasta la finalización y seguimiento del caso. Para una exposición detallada del procedimiento general y específico de cada respuesta remitimos al lector a Díaz y Vallejo (1998), Vallejo (2008) y Vallejo y Díaz (1993).

Los pasos a tener en cuenta son los siguientes:

a. Realización de una evaluación psicofisiológica exploratoria

La realización de una evaluación psicofisiológica exploratoria previa permite obtener una visión general del funcionamiento psicofisiológico del individuo, de esta forma se identifican las respuestas psicofisiológicas que pueden estar relacionadas con el problema del paciente (Díaz, Vallejo y Comeche, 2003).

b. Exploración del cumplimiento de los criterios de aplicación

La utilización de las técnicas de *biofeedback* requiere el cumplimiento de una serie de criterios de aplicación cuyo cumplimiento permite prever una mayor probabilidad de éxito del tratamiento, estos criterios abarcan cuestiones como las expectativas de éxito sobre la intervención, la existencia de investigación que avale su uso en el problema concreto, la formación del profesional, etc.

c. Establecimiento de objetivos terapéuticos

Aunque la definición de las técnicas de *biofeedback* hace referencia a la consecución del control sobre la respuesta psicofisiológica que sea objetivo del entrenamiento, este objetivo específico no puede hacer perder de vista que el objetivo final de esas técnicas es conseguir efectos terapéuticos en un problema de salud. De esta forma, la consecución del control sobre la respuesta objetivo supone la utilización de un circuito de *feedback* externo, adicional a los del propio organismo, que suministre información sobre la función que se pretende regular, mientras que la obtención del objetivo final requiere, en general, que las técnicas de *biofeedback* se integren en un programa de intervención multicomponente e interdisciplinar que aborde todos los aspectos implicados en el problema. Todo el proceso de intervención vendrá articulado por el proceso de evaluación conductual.

d. Elección de la respuesta (o respuestas) objetivo del entrenamiento

La elección de la respuesta que será objetivo del entrenamiento dependerá del trastorno en sí, pero también de las características del individuo a entrenar y las condiciones de la intervención. Por ejemplo, si el tiempo que el paciente puede dedicar a las sesiones de entrenamiento está muy constreñido, no será buena idea utilizar respuestas psicofisiológicas que requieran periodos de estabilización muy amplios (es el caso de la temperatura periférica), y habrá que decantarse por respuestas relacionadas que tengan un carácter más fásico, es decir, sean más reactivas (si no es posible utilizar la temperatura periférica, podemos utilizar el volumen de pulso periférico).

e. Elección de las instrucciones durante el entrenamiento

La decisión de las instrucciones que se utilizarán durante el entrenamiento es uno de los elementos más relevantes de la intervención. Aunque las instrucciones generales no varían sustancialmente, sí lo pueden hacer las instrucciones concretas que se den acerca del papel que debe adoptar el individuo durante el entrenamiento, éstas son básicamente de tres tipos:

- Pasivas: *“Usted sólo debe atender a la señal intentando que se produzca el cambio deseado pero no debe hacer nada en especial, sólo atender la señal”.*
- Activo-discriminativas: *“Usted debe aprender a identificar los cambios en el organismo ayudado por los cambios en la señal, poco a poco aprenderá como determinados estímulos inducen cambios en su organismo tal y como le señalarán los cambios en la señal”.*
- Activo-integradoras: *“Usted debe atender a los cambios que se producen en su organismo en relación con pensamientos, imágenes mentales, emociones, relajación, u otros estímulos, se trata también de identificar cómo esos cambios están relacionados con los cambios en la señal, de esta forma podrá reproducir esos cambios y lograr el control de la señal”.*

f. Diseño de las sesiones de entrenamiento

El diseño de las sesiones de entrenamiento dependerá de la respuesta de entrenamiento elegida o de las características del paciente. Estas contienen ensayos de entrenamiento y breves periodos de descanso, su duración debe estar en torno a los cuarenta minutos para no producir cansancio, contando aparte el periodo de adaptación previo.

Por ejemplo una sesión de entrenamiento en *biofeedback* de frecuencia cardiaca podría tener la siguiente estructura:



En cuanto a la cantidad de sesiones necesarias para el entrenamiento pueden variar en función de las características del individuo y del problema, yendo de unas pocas a más de 50, como ocurre cuando se trabaja con *neurofeedback* en déficit de atención. No obstante la experiencia indica que sobre las 12 sesiones casi todos los pacientes suelen haber alcanzado ya beneficio del entrenamiento.

g. Realización de una sesión de demostración

Es esencial que antes de comenzar el entrenamiento el individuo se familiarice con el instrumental, y pueda tener un espacio para resolver todas las dudas que le surjan.

h. Aplicación de las sesiones de entrenamiento.

Quizá el elemento más extraño para los terapeutas que se acercan a estos procedimientos sea el tener que familiarizarse con el instrumental. Los instrumentos de *biofeedback* actuales permiten la monitorización de diversos procesos psicofisiológicos de una forma sencilla. La respuesta fisiológica es recogida y transformada por el equipo en una señal visual o auditiva que cambia, bien de forma proporcional a los cambios en la respuesta, bien de forma inversa, o bien en función de que la respuesta objeto de entrenamiento supere o no los umbrales de cambio que se hayan establecido. La información que estas señales proporcionan al sujeto es información inmediata y precisa de los cambios que se están produciendo en su organismo en ese mismo momento. Además, dicha señal debe suponer para el sujeto monitorizado una información que resulte comprensible. Por ejemplo, una de las ventajas de trabajar con temperatura periférica es el hecho de que todas las personas entienden no sólo el concepto de lo que se está midiendo, sino que también están familiarizados con las unidades de medida (grados centígrados).

La instrumentación de *biofeedback* suele ser muy poco invasiva, utilizándose en la mayor parte de las ocasiones sistemas de registro de superficie. Además los sistemas actuales informatizados permiten proveer simultáneamente información de varios canales de registro fisiológico.

El papel específico del terapeuta en el entrenamiento en *biofeedback* tiene las siguientes funciones:

- Proporcionar al cliente una conceptualización psicofisiológica de su problema que le permita entender la lógica del tratamiento *biofeedback*.
- Explicar el funcionamiento del instrumental y el diseño del entrenamiento.
- Comentar las instrucciones de entrenamiento que serán utilizadas. Estas instrucciones se adecuan a las características del paciente, y también a la respuesta objetivo. Por ejemplo, en el caso de un paciente muy controlador que va a ser entrenado en *biofeedback* de frecuencia cardiaca, será más apropiado utilizar instrucciones de cambio pasivas, frente a aquellas que buscan una mayor implicación del paciente esta decisión se debe a la alta reactividad que presenta la frecuencia cardiaca frente a los procesos atencionales, que pueden desencadenar su elevación.

- Guiar al paciente en la identificación de los eventos cognitivos, conductuales y emocionales que pueden estar contribuyendo a un exceso de reactividad autonómica. Se trata de orientar al paciente en la identificación de áreas de su vida que puedan ser relevantes para el trastorno, pero que no hayan sido reconocidas hasta el momento. En definitiva, se trata de utilizar el equipo de *biofeedback* a modo de espejo para poder observar aspectos del problema que permanecen soterrados.

Los tipos de *biofeedback* que han mostrado utilidad clínica son muy diversos. Los más utilizados son: *biofeedback* electromiográfico de superficie, de temperatura periférica, volumen de pulso sanguíneo, frecuencia cardiaca, y actividad electrodermal. En la actualidad el llamado *neurofeedback*, que corresponde con la regulación o control de determinados ritmos electroencefalográficos, ha cobrado mayor importancia y difusión.

Si bien la eficacia del *biofeedback* está fuera de duda, los procesos o mecanismos implicados en dicha eficacia no se encuentran tan claramente identificados, tanto si nos referimos al control de la respuesta objeto de entrenamiento, como si nos referimos a aspectos más generales como es la eliminación o mejora de un determinado problema. Este es un ámbito amplio y controvertido, del que introduciremos sólo algunas nociones.

Los mecanismos explicativos del control de la actividad psicofisiológica que han sido propuestos son muy diversos, sin que ninguno de ellos pueda dar cuenta de todos los datos existentes. El contexto del condicionamiento operante, correspondiente al origen experimental de estas técnicas, ofreció el primer modelo explicativo de dicho control. El modelo operante considera que el control de la actividad psicofisiológica se produce a través de un proceso de reforzamiento que moldearía la respuesta hasta el objetivo final. De esta forma, el sujeto entrenado adoptaría una postura pasiva, pues simplemente con mirar u oír la señal sería suficiente para lograr el cambio. Este modelo ha presentado inconsistencias que han tratado de ser explicadas mediante otros enfoques. Por ejemplo, en el contexto de este modelo operante destaca la controversia acerca de si la señal de *feedback* puede considerarse como un refuerzo o sólo como información. Así, frente al modelo operante se sitúan los modelos cibernéticos o de habilidades motoras, que consideran la señal presentada simplemente como información sobre la ejecución, información que permite al sujeto ir modificando su respuesta hasta obtener el objetivo final. Es decir, más que un aprendizaje por contingencias podría considerarse un aprendizaje gobernado por reglas.

Otras de las cuestiones planteadas sobre el modelo operante ha sido la posibilidad de que el control no sea directo, sino mediado. Desde esta postura no se pone en duda la implicación del refuerzo, lo que se cuestiona es que ese mecanismo de

reforzamiento sea directamente, y de forma exclusiva, responsable del cambio. Los modelos mediacionales proponen la presencia de variables mediadoras de carácter fisiológico (e.g. actividad somática o muscular) o cognitivo.

Los mecanismos explicativos de carácter cognitivo propuestos para dar cuenta de los efectos del *biofeedback* son numerosos (la Tabla 2 recoge algunos de los procesos cognitivos que han sido apuntados como los mecanismos de eficacia). Este hecho ha llevado a que muchos clínicos consideren que, como reza el refrán, *para ese viaje no hacen falta estas alforjas*. Esta conclusión resulta limitada, pues lo cierto es que las técnicas de *biofeedback* podrían ser la única forma de llegar a esos cambios. El hecho de que el mecanismo de acción fuese cognitivo, no implica bajo ningún concepto que las estrategias para lograr ese cambio puedan ser, o tengan que ser, cognitivas (reduciendo así el coste de la intervención), de hecho, al menos en los casos que se recogen en la Tabla 3, la terapia cognitiva tradicional no ha sido eficaz a la hora de propiciar cambios terapéuticos tan específicos y estables.

Imaginemos un cliente con cefaleas de tipo migrañoso remitido por su neurólogo para tratamiento psicológico. En general, las personas afectadas por trastornos tradicionalmente considerados médicos manejan un modelo de su problema muy bio-médico, y no suelen entender el porqué de un tratamiento psicológico. Una de las ventajas de las técnicas de *biofeedback* es presentar al sujeto un tratamiento psicológico, pero en coherencia con la conceptualización del problema que maneja el paciente, no apartando la parte fisiológica, sino haciendo de ella el elemento central, aunque inmersa en un programa más general. Esta adecuación de la intervención al modelo de trastorno del paciente puede ser esencial para propiciar un clima de confianza en el tratamiento y el terapeuta que pueda conducir posteriormente a atender otros aspectos de diferentes niveles comportamentales.

Tabla 2. Procesos cognitivos relacionados con *biofeedback*

PROCESOS COGNITIVOS PROPUESTOS COMO MECANISMOS DE EFICACIA DE LAS TÉCNICAS DE <i>BIOFEEDBACK</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Modificación de creencias, actitudes o expectativas sobre las respuestas psicofisiológicas • Procesos de auto-observación e incremento de la conciencia corporal • Discriminación propioceptiva • Resolución de conflictos y problemas a través de la interacción con el terapeuta • Procesos de reatribución • Procesos de sugestión hipnótica • Confianza en la propia técnica o efecto placebo • Incremento de la auto-estima a través del proceso general de tratamiento • Aprendizaje por modelado de actitudes y comportamientos del terapeuta frente al problema. • Cambio de valores que propicia cambio emocional • Incremento del locus de control interno responsabilizándose más del problema

En definitiva, independientemente de disquisiciones teóricas, la experiencia clínica y la investigación indican que son cuatro las condiciones esenciales para aprender de forma efectiva con el *biofeedback*:

- Tener capacidad de respuesta.
- Estar motivado a aprender.
- Sentirse reforzado positivamente por el aprendizaje.
- Contar con información precisa y veraz sobre el proceso de aprendizaje.

La generalidad de estas condiciones (casi cualquier persona es susceptible de entrenamiento), así como el hecho de ser técnicas con sólido apoyo empírico, están determinando que sean cada vez más conocidas y requeridas por los usuarios de los servicios de salud.

8.2. Aplicabilidad y datos de eficacia

La diversidad de los tipos de *biofeedback* utilizados se hace extensiva a los trastornos en los que estos procedimientos han sido utilizados de forma exitosa. Entre las aplicaciones más tradicionales destacan problemas de dolor crónico, trastornos cardiovasculares, y rehabilitación neuromuscular. Entre las menos tradicionales, sobresalen las intervenciones en problemas de dolor complejo (e.g. dolor de miembro fantasma, fibromialgia, etc.), las aplicaciones del *biofeedback* a trastornos de ansiedad dentro de programas multicomponente, o las aplicaciones del *neurofeedback* a problemas de dolor (e.g. migrañas), epilepsia o trastorno por déficit de atención. En este último caso constituyen la única alternativa eficaz (nivel IV de evidencia) a los tratamientos farmacológicos (Kaiser y Othmer, 2000; Yucha y Gilbert, 2004).

En cuanto a la evidencia de su eficacia, las intervenciones de *biofeedback* se encuentran entre los procedimientos más acreditados de la Terapia Cognitivo Conductual, habiendo obtenido el nivel de probablemente eficaces, eficaces, y específicamente eficaces (nivel V, máximo nivel de evidencia) en un buen número de problemas médicos. La Tabla 3 recoge el nivel de evidencia de las intervenciones con *biofeedback* en diversos trastornos (Yucha y Gilbert, 2004).

Tabla 3. Eficacia del *biofeedback* en procesos médicos

CALIFICACIONES DE EFICACIA DEL <i>BIOFEEDBACK</i> (BF) EN DIVERSOS PROBLEMAS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS
<p>Eficaz y específico (máximo nivel de eficacia de un procedimiento)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia urinaria en mujeres (BF eletromiográfico de suelo pélvico)
<p>Eficaz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad en niños (BF eletromiográfico y de temperatura periférica) • Trastorno por déficit de atención (<i>neurofeedback</i>) • Cefaleas en adultos (BF eletromiográfico y de temperatura periférica) • Hipertensión (BF de presión arterial) • Trastorno temporomandibular (BF eletromiográfico) • Incontinencia urinaria en varones (BF eletromiográfico de suelo pélvico)
<p>Probablemente eficaz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcoholismo y abuso de sustancias (<i>neurofeedback</i>) • Artritis reumatoide (BF eletromiográfico y de temperatura periférica) • Dolor abdominal crónico (BF de temperatura periférica) • Epilepsia (<i>neurofeedback</i>) • Trastornos de eliminación fecal (BF eletromiográfico de la zona rectal) • Migrañas en niños (BF de temperatura periférica) • Insomnio crónico (BF eletromiográfico y <i>neurofeedback</i>) • Daño cerebral por traumatismo (<i>neurofeedback</i>) • Vestibulitis vulvar (BF eletromiográfico)

Adaptado de Yucha y Gilbert (2004)

9. Técnicas de sugestión e hipnosis en la Terapia Cognitivo Conductual

El uso de la hipnosis dentro de la Terapia Cognitivo Conductual vino facilitado por el acercamiento científico que se hizo de este fenómeno en la llamada *Escuela de Nancy*, cuyo principal representante fue Bernheim. Para este autor la hipnosis no es otra cosa sino sugestión, es decir, predisposición a aceptar una idea (sugestión) y transformarla en acto. Esta posición contrastaba con la de la escuela competidora en su momento, la *Escuela de la Salpêtrière* en torno a Charcot, que promulgaba una concepción de la hipnosis como un fenómeno físico, al margen de la sugestión y la imaginación, y cualitativamente diferente a otros estados.

La postura de la escuela de Nancy ha permitido la aproximación científica a la hipnosis y, por tanto, su inclusión en la *Terapia Cognitivo Conductual*; de esta forma, se ha logrado la desmitificación de ella al eliminar las connotaciones ocultistas, conceptualizándola como un fenómeno dentro de un continuo de experiencias de sugestión.

Desde este acercamiento científico, Vallejo (1993) define la hipnosis como un estado subjetivo que implica alteraciones perceptivas, siendo esas alteraciones suscitadas por las sugerencias. A su vez, define las sugerencias como una situación estimular que implica una demanda, entendiendo la sugestionabilidad como un rasgo que caracteriza la capacidad o tendencia de una persona para aceptar sugerencias. Siendo así, es fácil entender que toda forma de hipnosis sea también una forma de autohipnosis (Capafons, 2001).

Existen distintos tipos de hipnosis, siendo quizá la clasificación más conocida la que distingue entre *hipnosis clásica*, que utiliza sugerencias directas y de carácter autoritario, e *hipnosis moderna*, con uso de sugerencias indirectas como cuentos o metáforas dentro de un estilo más permisivo. La utilización de un estilo directivo y autoritario en la clínica puede ser arriesgado, pues realmente sólo un pequeño porcentaje de la población responde a este estilo. Frente al directivo, el estilo indirecto resulta más seguro pues permite acceder a un mayor número de personas, dependiendo el éxito de la cantidad de tiempo que se invierte. Este acercamiento se ha mostrado muy útil en personas muy reactantes, además, presenta la ventaja de que en caso de no experimentar las sensaciones sugeridas, el sujeto no suele tener sensación de fracaso, pues siempre se trata de propuestas que pueden ser aceptadas o no.

Esta forma de concebir la praxis clínica en la hipnosis fue popularizada por Milton Erickson y sus sucesores, y hace referencia a cómo los recursos de muchos clientes pueden ser adecuadamente estimulados mediante un estilo de intervención más indirecto, metafórico y no autoritario. A través de este proceso muchos pacientes reconocen cómo el trabajo del terapeuta es tan sólo una guía que moviliza y reorienta los recursos de que disponen. No obstante, en ciertos casos, los pacientes pueden responder mejor a una orientación más autoritaria y directiva, acorde con el popular proceder de la *hipnosis clásica o tradicional*. Esta forma de dirigir el proceso hipnótico se asienta sobre tests de sugestionabilidad estandarizados, así como sobre técnicas altamente directivas: " **siga mi mano con sus ojos mientras la muevo arriba y debajo de su frente, a medida que sus párpados caigan sobre sus ojos usted entrará en un profundo trance**". Una vez en trance se utilizan sugerencias muy directivas: "**se sentirá fuerte muy fuerte**"; "**se sentirá muy ligero como si estuviese flotando**".

Antes de continuar merece la pena dedicar unas líneas al controvertido concepto de trance, conceptualizado por los autores defensores de este concepto como un estado especial (alterado) de conciencia facilitado por la hipnosis. Esta posición implica la existencia de una discontinuidad entre el comportamiento durante la hipnosis y fuera de ella, sin embargo, lo cierto es que la psicología experimental no ha demostrado la existencia de este estado especial de conciencia, no siendo nece-

sario este constructo para explicar los fenómenos psicológicos y psicofisiológicos a los que se asocia (Capafons, Lamas y Lopes-Pires, 2008). Probablemente las sensaciones de involuntariedad, disociación y alteración la conciencia que perciben los sujetos (en trance) no sean más que el producto de la intensa focalización atencional que el proceso hipnótico va produciendo, que reduce hasta un mínimo los recursos atencionales dirigidos hacia la periferia, y de las expectativas del sujeto acerca de lo que debe sentir durante el proceso (Vallejo, 1993). El término no obstante, puede resultar práctico para referirse en un contexto clínico a los fenómenos durante el estado profundo de hipnosis, sin que ello implique adherirse a posturas defensoras de la existencia de un estado de conciencia especial.

9.1. Procedimiento de la sugestión e hipnosis

Desde la hipnosis moderna, una de las formas de presentar el procedimiento ante los pacientes es como un proceso de *imaginación controlada*, una habilidad que poseen todas las personas, pero con diferente grado o intensidad. Zeig (1991) afirma que la hipnosis es un proceso que se elicitada desde dentro, no inducido desde fuera. La tarea del terapeuta es ayudar a los sujetos a utilizar su habilidad natural (no reconocida) para solucionar los problemas que traen a la consulta, estableciendo para ello un clima favorable al cambio, pero siempre teniendo en cuenta que la fuerza y la motivación para el cambio provienen del interior del paciente.

Una sesión de hipnosis se compone de tres partes básicas: la *inducción*, *profundización* y *terapia*. Estas tres partes se complementan con unos minutos de charla al principio de la sesión y lo que se ha dado en llamar un *debriefing* (diálogo sobre cómo se ha dado la sesión y las experiencias promovidas) al final. Por ejemplo, en un caso de dolor crónico, después del informe del paciente sobre los síntomas y estado del problema en los últimos días, se revisan los objetivos generales y se establecen los objetivos particulares para ese día. Después del proceso de inducción y profundización, se aborda la parte terapéutica de la sesión que puede contener: sugestiones directas del terapeuta para reducir el dolor, transferir el dolor hacia una localización más manejable, mediante una metáfora o una historia, una técnica de visualización que permita al paciente imaginar la escala de medida moviéndose hacia un nivel más confortable, además, se pueden incluir estrategias de solución de problemas, manejo de la ansiedad, etc.

El aspecto fundamental y esencial del proceso hipnótico es la inducción. La inducción produce relajación, estimula la confianza y el proceso *rappont* en la terapia. La inducción puede considerarse el vehículo y la ruta para conseguir los objetivos terapéuticos. Sin una buena inducción tendremos pocas posibilidades de alcanzar el destino final.

Cuando se propone la hipnosis como posibilidad terapéutica, no es infrecuente encontrar que los pacientes poseen ideas preconcebidas desajustadas acerca de ella y que presentan ciertas reservas a su utilización. El abordaje directo de estas ideas es esencial para conseguir el clima de confianza y comodidad óptimo para el cambio. En la tarea de desmitificación de la hipnosis es útil hacer saber a los pacientes que lo que van a experimentar durante el proceso hipnótico no es muy diferente a ciertas experiencias de trance que se dan en la vida cotidiana, sin que las tengamos identificadas como tal. Por ejemplo, es fácil perder la percepción ajustada de paso de tiempo cuando escuchamos música, leemos un buen libro, o en general cuando estamos absortos en una tarea. Así, un viaje de cuatro horas conversando entretenidamente puede percibirse como mucho más corto, o cinco minutos de clase con un profesor monótono pueden percibirse como una hora. También es fácil reconocer cómo en algunas situaciones somos incapaces de reconstruir la secuencia de comportamientos que nos ha llevado a un determinado resultado o situación, por ejemplo, no recordar cómo un objeto personal había sido depositado por nosotros en un sitio poco usual, mientras estábamos absortos en pensamientos o conversaciones. Otras veces, somos capaces de percibir que no deseábamos estar realizando la tarea que tenemos entre manos, pero continuamos con dicha realización sin saber explicar porqué. Una paciente bulímica describía cómo muchas veces, cuando estaba comprando comida para el atracón en el supermercado, era capaz de percibirse realizando esa conducta y preguntarse por qué estaba haciendo algo que no quería hacer, pero paralelamente era como una autómatas que no podía parar la cadena de ese comportamiento.

Otro aspecto relevante a contemplar al empezar a trabajar con hipnosis es el caso de aquellos pacientes que no han tenido contacto previo con un proceso psicoterapéutico, o éste ha sido negativo. Estos pacientes pueden ser especialmente reacios a revelar información personal. Trabajando específicamente con hipnosis hay diversas cosas que el terapeuta puede hacer para incrementar la sensación de control del paciente:

- Utilizar el sentido del humor: *“José, si ante la orden de que te comportaras como una gallina, lo hicieras, serías el primer paciente que lo hiciese”*.
- Reconceptualizar la cautela del paciente como una estrategia protectora normal y útil: *“No pasa nada por detenerse en un momento determinado, es natural, responde a las dudas que puedas estar teniendo”*.
- Utilizar metáforas: *“Guillermo, durante esta experiencia vas a experimentar muchas sensaciones interesantes y nuevas, pero recuerda es como un viaje en coche por un paraje nuevo, tú estás sentado al volante y tú decides la velocidad y la ruta”*.

Durante el proceso hipnótico es necesario establecer una forma de comunicación con el paciente que nos permitirá verificar el grado de aceptación de las sugerencias que está teniendo el paciente. Mientras se habla al paciente el terapeuta presta atención a detalles como un ligero cambio postural, un breve movimiento ocular, el enrojecimiento de las mejillas, etc. Ante estos pormenores, el terapeuta da una sugerencia, que puede ser inducción de pesadez u otra sensación en las extremidades. Comprobar que estas sensaciones y percepciones realmente se están dando puede hacerse de diversas formas, pero todas ellas implican preguntar acerca de estos aspectos.

A continuación se expone la secuencia de una sesión de hipnosis utilizando para la inducción una técnica especialmente apropiada para aquellos pacientes que no se sienten cómodos cerrando los ojos (e.g. pacientes con trastorno de estrés posttraumático). No obstante, el proceso que se describe se ajusta tanto a cerrar los ojos, como a mantenerlos abiertos. Esta técnica contempla numerosas sugerencias sobre sensaciones corporales.

Técnica de fijación de ojos

Inducción

“Me gustaría que seleccionases un punto sobre el que fijar tu atención, puede ser una mancha en la pared, en el techo o en cualquier otro sitio, cuando lo tengas, fija tu mirada sobre ella y házmelo saber inclinando tu cabeza...”, muy bien, esa es la forma”

“...Ahora estas mirando a ese punto, (nombre del paciente), y puedes empezar a notarlo borroso, como si hubiese una nebulosa que impidiera ver con claridad. Algunas personas notan que el punto comienza a cambiar de forma, tamaño o color..., quizá haciéndose más grande... o más pequeño..., o permaneciendo de la misma manera..., y empezarás a notar que tus ojos comienzan a parpadear..., a cerrarse ligeramente..., cómo por sí mismos...Algunas personas se sienten mejor si continúan mirando a ese punto..., es perfecto...Algunas veces es como si se formara un túnel de visión que dejase fuera todo lo demás...”

“...Quizá has empezado a notar tu respiración..., (nombre del paciente), quizá tu respiración ha comenzado a cambiar..., casi imperceptiblemente..., y con cada respiración aumenta tu sensación de confort y relajación...”

“...y al aumentar tu relajación y tranquilidad puedes empezar a aminorar la velocidad de tu cuerpo..., con cada respiración...; y cualquier tensión o nerviosismo simplemente se va diluyendo con cada exhalación...”

“Muy bien..., no tienes nada que hacer..., o saber..., o cambiar..., o incluso pensar..., puede ser muy agradable saber que lo único que tienes que hacer es estar ahí sentado y respirar...”

“... (nombre del paciente), sé que puedes empezar a experimentar una agradable sensación de relajación..., no sé si una parte de tu mente desea ir rápidamente hacia un estado de relajación moderado..., y sin embargo, otra parte te imagina entrando lentamente en un nivel más profundo..., nivel que puede ser la puerta hacia otro estado..., pero no importa porque cualquier cosa que esté sucediendo está bien...Lo que estás sintiendo es sólo tuyo, y sólo tú puedes apreciarlo y disfrutarlo...” “...Sucede sin esfuerzo..., las sensaciones se dan como por sí mismas...sin ningún intento consciente por tu parte...”

“Cualesquiera que sean las sensaciones que comienzas a notar, son tuyas, y forman parte de una profunda y agradable sensación de relajación...(pausa)...Al darte cuenta de estas sensaciones puedes empezar a apreciar y disfrutar cómo poco a poco tu mente se calma..., se tranquiliza..., profundamente.... profundamente...en un estado de comfortable relajación...”.

Profundización

“Ahora, en un momento (nombre del paciente), voy a empezar a contar hacia atrás, desde diez hasta uno, y a medida que vaya descendiendo en la cuenta, me gustaría que te imaginases hundiéndote más y más profundamente en un estado de relajación aún más comfortable y satisfactorio...empiezo a contar ahora, diez..., nueve..., ocho... (nombre del cliente), cuando hayas alcanzado un estado suficientemente profundo para realizar el trabajo de hoy házmelo saber inclinando ligeramente tu cabeza...muy bien”.

Alerta

Una vez realizada la parte terapéutica de la sesión (e.g. exposición en imaginación) el paciente es alertado nuevamente. Se pueden utilizar las siguientes frases con una voz de mayor volumen: *“en un momento voy a empezar a contar de uno a cinco, y a medida que con mi voz llegue a tres, cuatro y cinco, puedes empezar a asumir tu estado normal de vigilia. Uno..., dos...”.*

Diálogo final (debriefing)

Dedicar algunos minutos a dialogar con el paciente sobre sus experiencias durante la sesión es especialmente importante sobre todo en las primeras sesiones del trabajo con hipnosis. El paciente puede darnos información básica de gran interés (e.g. necesitamos hablar más alto, alguna cosa que dijimos y le distrajo, etc.). El objetivo global de la primera sesión será que el paciente se sienta cómodo, de esta forma, cualquier cosa que podamos hacer o decir para que el paciente se sienta bien, facilitará el proceso terapéutico.

9.2. Aplicabilidad y datos de eficacia

En general la investigación sobre la evidencia empírica acerca de la eficacia de la hipnosis indica consistentemente que estas técnicas son eficaces como procedimiento adjunto para controlar una amplia variedad de síntomas. Además, su eficacia en algunos ámbitos como es el caso del dolor está bien establecida; en este caso, la evidencia es más sólida en la investigación con dolor agudo (e.g. el que sigue a la cirugía), que en caso del dolor crónico (e.g. cefaleas funcionales) (Montgomery y Schnur, 2005). No obstante, a pesar de la contundencia de los datos, sigue existiendo cierta controversia en cuanto al incremento de eficacia de la hipnosis, sin embargo, en lo que parece haber consenso generalizado es en cuanto a que aporta condiciones, si no de mayor eficacia, sí de mayor calidad percibida de la intervención, es decir, los tratamientos que incluyen hipnosis suelen ser preferidos y más agradables para los pacientes (Capafons, Lamas y Lopes-Pires, 2008). Este

aspecto, añadido a la evidencia de su eficacia, constituye un criterio de utilización nada desdeñable, y cuestiona el que a día de hoy siga siendo una intervención infrautilizada en el ámbito de la salud en general y en la Terapia Cognitivo Conductual en particular.

10. Intervenciones para la regulación emocional

El papel central de la *regulación emocional* sobre la conducta adaptativa es actualmente un hecho ampliamente reconocido, de tal forma que los problemas en dicha regulación pertenecen a la conceptualización actual de muchos modelos de psicopatología (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2011; Borkovec, Alcaine y Behar, 2004; Fox, Hong, y Sinha, 2008; Fruzzetti, Shenk, y Hoffman, 2005), habiéndose producido la incorporación de estrategias de regulación emocional a una buena parte de los programas de intervención cognitivo conductuales (e.g. trastorno límite de personalidad, trastorno de ansiedad generalizada, depresión, adicciones, etc.). No obstante, como suele ocurrir, el entusiasmo con su utilidad ha superado la fundamentación teórica de este concepto, de tal forma que a día de hoy sigue siendo difícil definir qué es la regulación emocional, entre otras razones, porque definir regulación emocional, supone enfrentar el eterno problema de la definición de emoción. Es evidente que no entraremos en tan amplio debate, sino que simplemente abordaremos algunos conceptos básicos, así como los componentes nucleares de algunas intervenciones o estrategias dirigidas a proveer la regulación emocional.

La mayor parte de la investigación sobre el concepto de emoción asume que las emociones tienen diversos propósitos o funciones que han tenido un valor eminentemente adaptativo en las transacciones que se establecen con el medio (Frijda 1986):

- Proveer información sobre el entorno (físico y social). Las señales del medio son capaces de desencadenar estados emocionales que implican una valoración automática del entorno (e.g. ver una sonrisa en la cara de un dependiente facilita un estado de bienestar que puede llevarnos a dirigirnos a él y no a otros, caminar por una calle completamente vacía probablemente desencadene una respuesta de alerta, etc.).
- Comunicar a los demás cómo se está procesando el entorno (e.g. poner una cara seria puede indicar a nuestro interlocutor que lo que está diciendo no nos está gustando).
- Afectar el comportamiento de los demás hacia el individuo que siente (e.g. llegar a casa con cara de enfado es una información determinante para que nuestro hijo de quince años nos deje en paz con el tema de la salida el sábado por la noche).

Las emociones pueden ser definidas como pistas o señales internas que estimulan tendencias de acción dirigidas a establecer, mantener o disolver relaciones con el entorno interno o externo, preparando al individuo para un afrontamiento adaptativo. Como se ha indicado, tienen una función informativa, señalando al individuo la relevancia de sus necesidades, preocupaciones u objetivos en un momento dado.

Gross (1998) define el concepto de *regulación emocional* como un proceso por el cual los individuos influyen en las emociones que experimentan, en cuándo las tienen y cómo las experimentan y expresan. En otras palabras, la regulación emocional se refiere a la capacidad de un individuo para experimentar, influenciar, controlar y expresar emociones, de tal forma que dichos estados emocionales no interfieran (o faciliten) la conducta dirigida a objetivos en su medio. Las intervenciones en regulación emocional están, por tanto dirigidas a proveer al sujeto esa capacidad.

Es importante tener en cuenta que tan importante es restringir como mantener o incrementar una emoción, por ejemplo, la atenuación del *arousal* emocional para trabajar de forma eficaz o la restricción de una expresión de ira en público, son muestras de regulación emocional tan importantes como lo es la capacidad para incrementar la expresión emocional positiva con conductas manifiestas de interés dirigidas a captar la atención de una persona que nos atrae (e.g. el incremento de la intensidad del llanto de un niño para captar la atención de su madre). De esta forma un buen sistema de regulación emocional incluye:

- Reconocimiento de la presencia de un estado emocional.
- Discriminación de dicho estado emocional.
- Aceptación de la respuesta emocional.
- Acceso a recursos y estrategias que permitan la reducción o modulación de la intensidad emocional en función de las necesidades.
- Capacidad para poner en marcha una conducta dirigida a objetivos a pesar de la presencia del estado emocional.
- Inhibición de las conductas impulsivas.

La desregulación emocional se produce cuando una persona es incapaz de aceptar o cambiar diferentes componentes del proceso emocional, o experimenta un nivel de intensidad desmedido que interfiere con su autocontrol. No obstante la simple experiencia de una emoción intensa no debe considerarse desregulación emocional. Por ejemplo, se ha visto que las personas con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), en relación con controles normales, tienen una emocionalidad

incrementada, siendo sus respuestas emocionales más rápidas, más intensas, y más fácilmente desencadenadas. Además, presentan mayor reactividad negativa ante la experiencia emocional, y tienen mecanismos pobres de identificación de emociones primarias (ira, disgusto, tristeza, miedo y alegría), experimentando estas emociones como confusas, indiferenciadas y desbordante. También se ha identificado que tienen menor habilidad para recuperarse después de una experiencia emocional negativa (Borkovec, Alcaine y Behar, 2004).

La respuesta emocional, y su proceso regulador, se entiende inmersa en un proceso transaccional de adaptación, de tal forma que la intervención en cualquier componente que forme parte de esa transacción probablemente tendrá impacto sobre todo el sistema. Hay, por tanto, dos acercamientos diferentes a la hora de abordar el proceso de desregulación emocional: 1) estrategias de aceptación y 2) estrategias de cambio. La Tabla 4 recoge los procedimientos que abarcan cada una de estas categorías. En una buena parte de las intervenciones se utilizan elementos de ambos acercamientos.

Tabla 4. Estrategias de regulación emocional

ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL	
ESTRATEGIAS DE ACEPTACIÓN	ESTRATEGIAS DE CAMBIO
<ul style="list-style-type: none"> • Educación emocional • Discriminación emocional • Etiquetación emocional adecuada • Expresión emocional ajustada • Incremento de la tolerancia a los estados emocionales • <i>Mindfulness</i> • Normalización y validación de la experiencia emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición con prevención de respuesta • Disminución de la vulnerabilidad a la desregulación (e.g. abandonado las drogas) • Estrategias de control estimular • Distracción y desactivación fisiológica • Activación conductual • Incremento de habilidades sociales • Resolución de problemas

10.1. Procedimiento del entrenamiento en regulación emocional

Puesto que una buena parte de las estrategias de aceptación y cambio se revisan en profundidad a lo largo de este manual, se ha optado por ejemplificar una intervención en regulación emocional dirigida a conocer y aceptar los estados emocionales mediante. Concretamente se presenta una adaptación del programa de entrenamiento en regulación emocional de Huppert y Alley (2004) para el trastorno de ansiedad generalizada (Tabla 5). Este programa está siendo aplicado por las autoras del capítulo a diversos trastornos de ansiedad.

Tabla 5. Entrenamiento en regulación emocional en trastornos de ansiedad

ENTRENAMIENTO EN REGULACIÓN EMOCIONAL EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD	
1. Psicoeducación sobre teorías de la emoción	<ul style="list-style-type: none"> • Funciones de la emoción: <ol style="list-style-type: none"> 1. Informar sobre el entorno físico y social 2. Mejorar el proceso de comunicación con los otros 3. Influir en la conducta de los demás en relación con el individuo
2. Elaboración de una jerarquía emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar una lista de emociones ordenadas por dificultad de manejo, si el individuo no es capaz de hacerlo el terapeuta le ayudará a identificar situaciones en las que se puedan estar manifestando. • Comenzar a trabajar la discriminación emocional: qué situaciones pueden desencadenar qué emociones, forma de las diferentes respuestas emocionales, etc. • Ordenarlas por dificultad de manejo, de menor a mayor • Revisar en la siguiente sesión qué emociones pueden faltar de la lista y el porqué (posible evitación cognitiva automática o deliberada). • La amplitud de la lista refleja el nivel de complejidad con el que el paciente concibe las emociones. La lista será la base de las próximas sesiones
3. Análisis individual de las emociones identificadas	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> – Optimizar el proceso ya empezado de identificación y discriminación emocional – Aceptación de las respuestas emocionales y validación • Método: <ul style="list-style-type: none"> – Análisis de las dimensiones de valoración para las experiencias emocionales <ul style="list-style-type: none"> - Identificar qué significa para el individuo experimentar esa emoción – Analizar cada emoción usando un marco cognitivo-conductual estableciendo <ol style="list-style-type: none"> 1. Antecedentes de la emoción 2. Cogniciones asociadas a la emoción 3. Reacción fisiológicas asociadas a la emoción 4. Conductas asociadas a la emoción 5. Papel específico en la situación 6. Papel evolutivo de la emoción
Ejemplo: Emoción VERGÜENZA	
	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes: Confundir el nombre de alguien en una reunión • Cogniciones: “soy idiota”, “he hecho el ridículo”, “pensaré que no le presto atención”, ... • Respuestas fisiológicas: Enrojecimiento facial, incremento de FC, temblores, sudoración, ... • Conductas: Pedir excusas repetidamente, dar explicaciones sobre lo ocurrido, dejar la reunión, ... • Papel específico: Comunicar al otro que sentimos haber olvidado su nombre, ayudar a no volver a olvidarlo • Papel evolutivo: Prevenir el romper reglas sociales, arreglar errores sociales y mantener las relaciones
4. Exposición en imaginación a las situaciones provocadoras de los estados emocionales de difícil manejo (si el individuo considera que está preparado para la exposición en vivo, se puede obviar esta fase).	
5. Exposición en vivo a las situaciones evitadas	
6. Estrategias de mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la monitorización emocional • Seguir conceptualizando los estados emocionales desde el marco cognitivo-conductual ofrecido • Mantener la búsqueda y confrontación con experiencias emocionales difíciles

10.2. Aplicabilidad y datos de eficacia

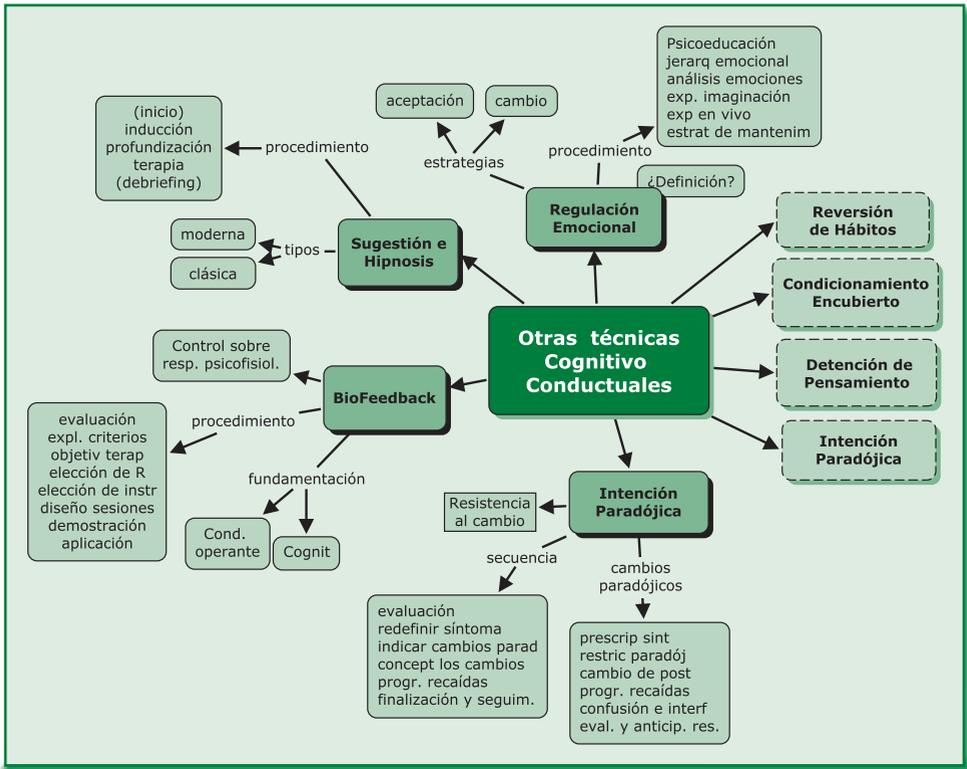
La evidencia empírica indica que el uso de las estrategias de regulación emocional, tanto de aceptación como de cambio, y también su combinación, son efectivas. Estos datos se han obtenido básicamente en torno a la Terapia Conductual Dialéctica, cuyo foco central es la regulación emocional (Feigenbaum, 2007; Robbins y Chapman, 2006). Aunque la mayor parte de los estudios se refieren al trastorno límite de personalidad o conductas auto-lesivas graves, la evidencia también se muestra en problemas adictivos, depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación, agresiones y problemas de familia; en general, problemas que implican una activación emocional negativa muy intensa. Todavía a día de hoy, no hay datos de la eficacia diferencial de los componentes utilizados en la intervención.

No queremos finalizar el punto sobre regulación emocional, sin comentar brevemente la importancia del entorno social del aprendizaje emocional. Contar con un contexto social y familiar que apoye y valide (o al menos no castigue) el proceso de aprendizaje emocional es fundamental. La forma que tenemos de relacionarnos con nuestros estados internos, bien sean sensaciones físicas (e.g. dolor), pensamientos, imágenes o sentimientos está determinada por nuestra historia de contingencias, instrucciones y modelado en relación con dichos estado.

Si una joven ha crecido en un entorno dónde ha visto que su madre tomaba medicación en cuanto se sentía un poco nerviosa, ha oído como se quejaba de lo insoportable y negativo de su estado y ésta le ha dicho en numerosas ocasiones que no hay nada peor que sentirse ansioso porque así es como comienzan los trastornos psicológicos, es difícil pensar que esta joven pueda tener mecanismos de regulación de la ansiedad apropiados para enfrentarse a su vida, y no sería extraño que a medida que su vida se fuese haciendo más compleja, y tuviese que afrontar más situaciones estresantes, llegara a desarrollar un problema de ansiedad clínico. Si además añadimos que la sociedad occidental actual no sólo no facilita el aprendizaje emocional adaptativo, sino que valora negativamente la presencia de los estados que implican malestar, el pronóstico de nuestra joven puede ser aún peor.

Por otra parte, es importante hacer notar que el riesgo de fracaso de las intervenciones dirigidas a la regulación emocional es muy alto cuando las habilidades que se están adquiriendo son castigadas por el entorno o la familia. En este caso puede ser útil invitar a los miembros de la familia a participar en la intervención, o simplemente a ser informados sobre los objetivos. Este simple hecho puede hacer la diferencia entre el éxito y el fracaso de la intervención en regulación emocional.

11. Mapa conceptual de intención paradójica, biofeedback, hipnosis y regulación emocional



12. Resumen

- La Terapia Cognitivo Conductual integra técnicas procedentes, en algunos casos, de otras orientaciones, es el caso concreto de la hipnosis o los procedimientos de intención paradójica
- Una de las intervenciones conductuales más exitosas para los hábitos nerviosos y tics es el Entrenamiento en Reversión del Hábito (ERH).
- El papel de la respuesta incompatible en el ERH es poder generar una respuesta cuya emisión compita con el hábito a revertir.
- El Condicionamiento Encubierto es un modelo teórico que aglutina un conjunto de procedimientos terapéuticos que utilizan la imaginación para manipular las consecuencias de una conducta. Entre ellas la *sensibilización encubierta* es probablemente la técnica más conocida y estudiada.

- La *sensibilización encubierta* tiene como objetivo desarrollar una respuesta de aversión hacia un estímulo que anteriormente era una fuente de atracción, mediante la imaginación de una escena aversiva que se asocia a la representación mental de la conducta a eliminar.
- El objetivo de la técnica para la enuresis infantil conocida como *pipí-stop* es que el niño aprenda a responder a la estimulación que produce la vejiga llena, despertándose e inhibiendo el mecanismo de liberación de la orina mediante el control del esfínter antes de que se ponga en marcha el mecanismo de micción.
- La técnica del *pipí-stop* es junto con el *entrenamiento en cama seca* la técnica más eficaz para el tratamiento de la enuresis infantil.
- El tratamiento mediante *detención del pensamiento* implica que el paciente cierre los ojos y se enganche voluntariamente en la cadena de pensamiento disfuncional, cuando el cliente está concentrado en esa rutina mental, el terapeuta debe gritar una palabra que interrumpa bruscamente dicha cadena.
- El tratamiento mediante *detención del pensamiento* no resulta útil en problemas obsesivos.
- El objetivo general de los procedimientos de *intención paradójica* es provocar cambios en las actitudes y reacciones de las personas ante situaciones de estrés o malestar, pautando lo más temido.
- La *intención paradójica* es una valiosa herramienta cognitiva para cambiar el curso de procesos terapéuticos lentos, difíciles o bloqueados.
- Las técnicas de *biofeedback* son procedimientos que mediante dispositivos que generan señales externas al organismo, informan al sujeto de una o varias respuestas psicofisiológicas, con el objetivo de lograr el control sobre dichas respuestas y producir efectos terapéuticos.
- En cuanto a la evidencia de su eficacia, las intervenciones de *biofeedback* se encuentran entre los procedimientos más eficaces de la Terapia Cognitivo Conductual.
- La evidencia empírica acerca de la eficacia de la hipnosis indica consistentemente que ésta es eficaz como procedimiento adjunto para controlar una amplia variedad de síntomas.
- La *hipnosis clásica* utiliza sugerencias directas y de carácter autoritario y la *hipnosis moderna* utiliza sugerencias indirectas como cuentos o metáforas con un estilo más permisivo.
- La *regulación emocional* se refiere a la capacidad de un individuo para experimentar, influenciar, controlar y expresar emociones, de tal forma que dichos estados emocionales no interfieran la conducta.

13. Bibliografía recomendada

Bragado, C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la enuresis y encopresis. En M. Pérez, J.R. Fernández-Hermida e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

- Este capítulo presenta una revisión detallada de los tratamientos para la enuresis y encopresis infantil, analizando además la evidencia empírica existente sobre su eficacia y los criterios de utilización en cada caso.

Capafons, A. (2001). *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.

- Se trata de un monográfico que presenta una visión introductoria de la hipnosis, teniendo siempre como referencia un enfoque científico-experimental. Aunque se trata de una obra de iniciación en el mundo de la hipnosis clínica, su autor presenta de forma práctica algunos elementos básicos para diseñar una intervención con hipnosis.

Vallejo, M.A. (2008). Técnicas de *biofeedback*. En F.J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.

- El capítulo recoge los elementos y consideraciones esenciales para cualquier entrenamiento en *biofeedback*. Se presenta una descripción detallada del procedimiento básico, criterios de elección de las técnicas y sus ámbitos de aplicación. Así mismo, presenta un ejemplo concreto de aplicación que puede ilustrar al lector que se inicia en la forma concreta de llevar a cabo este tipo de intervenciones e integrarlas en un programa de tratamiento más general.

14. Referencias bibliográficas

- Alcazar, A.I., Olivares, J. y Sánchez, J. (1999). Meta-análisis de las intervenciones conductuales de la enuresis en España. *Anales de Psicología*, 15, 157-167.
- Aldao, A. y Nolen-Hoeksema, S. (2011). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, May 9, No Pagination Specified. doi: 10.1037/a0023598
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- American Academy of Sleep Medicine (2006). Practice Parameters for the Psychological and Behavioral Treatment of Insomnia: An Update. An American Academy of Sleep Medicine Report. *Sleep*, 29, 1415-1419.
- Anthony, J. y Edelstein, B.A. (1975). Thought-stopping treatment of anxiety attacks due to seizure-related obsessive ruminations. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 343-344.
- Antony, M.M. y Stein, M.B. (2009). *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. NY: Oxford University Press.
- Ascher, L.M. y Schotte, D.E. (1999). Paradoxical intention and recursive anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 71-79
- Azrin, N. H. y Nunn, R.G. (1973). Habit reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behavior Research and Therapy*, 11, 619-628.
- Azrin, N.H., Sneed, T.J. y Foxx, R.M. (1974). Dry Bed Training: Rapid elimination of childhood enuresis. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 147-156.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: Nature and treatment of anxiety and panic*. NY: Guilford Press.
- Borkovec, T.D., Alcaine, O., y Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En R.G. Heimberg, C.L. Turk y D.S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. Nueva York: Guilford Press.
- Bragado, C. y García, E.M. (1988). Eficacia diferencial de la práctica positiva y el entrenamiento en limpieza en un programa de tratamiento de la enuresis nocturna con aparato de alarma. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 6, 227-250.
- Bragado, C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la enuresis y encopresis. En M. Pérez, J.R. Fernández-Hermida e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Capafons, A. (2001). *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.
- Capafons, A., Lamas, J.R. y Lopes-Pires, C. (2008). Hipnosis. En F.J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid. Pirámide.
- Carr, J.E. y Chong, I.M. (2005). Habit Reversal Treatment of Tic Disorders: A Methodological Critique of the Literature. *Behavior Modification*, 29, 858-875.

- Cautela, J.R. (1966). Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. *Psychological Reports*, 16, 33-41.
- Cautela, J.R. (1969). *The use of the imagery in behavior modification*. Ponencia presentada en el Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Washington D.C.
- Cautela J.R. y Kearney, A. J. (1990). Behavioral analysis, cognitive therapy and covert conditioning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2, 83-90.
- Díaz, M.I. y Vallejo, M.I. (1998). Perspectivas actuales en la aplicación de las técnicas de *biofeedback*. En M.A. Vallejo (Ed.), *Avances en modificación y terapia de conducta: técnicas de intervención*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health*, 16, 51-68.
- Fox, H.C., Hong, K.A. y Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive Behaviors*, 33, 388-394.
- Franklin, M.E. y Foa, E.B. (2008). Obsessive compulsive disorder. En D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*. NY: Guilford Press.
- Frankl, V.E. (1984). *Man's search for meaning* (Revised and updated). Nueva York: Washington Square Press/Pocket Books.
- Frankl, V.E. (1999). *El hombre en busca de sentido*. (20ª Edición). España: Ed. Herder.
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fruzzetti, A.E., Shenk, C. y Hoffman, P.D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17, 1007-1030.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Hayes, S.C., Brownell, K.D. y Barlow, D.H. (1978). The use of self-administered covert sensitization in the treatment of exhibitionism and sadism. *Behavior Therapy*, 9, 283-289.
- Higa, C.K., Chorpita, B.F. y Yim, L.N. (2001). Behavioral treatment of self-choking in a developmentalley normal child. *Child and Family Behavior Therapy*, 23, 47-55.
- Homme, L.E. (1965). Perspectives in psychology: XXIV control of coverants, the operants of mind. *Psychological Reports*, 15, 501-511.
- Huppert, J. D. y Alley, A.C. (2004). The clinical application of emotion research in GAD: Some proposed procedures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 387-392.
- James, I.A. y Blackburn, I.M. (1995). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 166, 444-450.
- Jones, H.G. (1959). The behavioral treatment of nocturnal enuresis. En H.J. Eysenck (Ed.), *Behavior therapy and the neuroses: Readings in modern methods of treatment derived from the learning theory*. Oxford: Pergamon Press.

- Kaiser, D.A. y Othmer, S. (2000). Effect of neurofeedback on variables of attention in a large multi-center trial. *Journal of Neurotherapy*, 4, 5-15.
- Leger, L.A. (1979). An outcome measure for thought-stopping examined in three cases studies. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 115-120.
- Lozano, J.F., Rubio, E.M. y Pérez San Gregorio, M.A. (1999). Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología Conductual*, 7, 471-499.
- Lubar, J.F. (2003). Neurofeedback for the management of attention deficit / hyperactivity disorders. En M. S. Schwartz y F. Andrasik (Eds.), *Biofeedback: A Practitioner's Guide* (3^a ed.). NY, Guilford Press.
- Mikulas, W.L. (1976). A televised self-control clinic. *Behavior Therapy*, 7, 564-566
- Miltenberger, R.G. y Fuqua, R.W. (1985). Contingent vs. non-contingent competing response practice with nervous habits. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 195-200.
- Montgomery, G.H. y Schnur, J.B. (2004) Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del Psicólogo*, 89, 3-8.
- Mowrer, O.H. y Mowrer, W. M. (1938). Enuresis: A method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436-447.
- Najmi, S., Wegner, D. y Nock, M.K. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1957-1965
- Nicolson, A., Adams, M.A. y Miltenberger, R.G. (2009). Habit reversal training. En W. O'Donohue y J.E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. NJ: John Wiley & Sons.
- Omer, H. (1981). Paradoxical treatments: A unified concept. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 18, 320-324
- Piancentini, J. y Chong, S. (2005). Habit reversal training for tic disorders in children and adolescents. *Behavior Modification*, 29, 803-855.
- Raich, R.M. (1993). Condicionamiento Encubierto. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid. Pirámide.
- Raich, R.M. (2008). Condicionamiento Encubierto. En F.J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid. Pirámide.
- Rimm, D.C., Saunders, W.D. y Westel, W. (1975). Thought stopping and covert assertion in the treatment of snakes phobics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 92-93.
- Robins, C.J. y Chapman, A.L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18, 73-89.
- Rosen, R.C. y Schnapp, B.J. (1974). The use of a specific behavioural technique (thoughtstopping) in the context of conjoint couples therapy: a case report. *Behaviour Therapy*, 5, 261-264.

- Samaan, M. (1975). Thought-stopping and flooding in a case of hallucinations, obsessions, and homicidal-suicidal behaviour. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 65-67.
- Skiner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. NY: Mc Millan. (Traducción, *Ciencia y Conducta Humana*, Barcelona: Fontanella, 1970).
- Upper, D. y Cautela, J. R. (1977). *Covert conditioning*. Oxford: Pergamon Press. (Traducción, *Condicionamiento Encubierto*, Bilbao: Desclée De Brouwer, 1983).
- Vallejo, M.A. (1993). Técnicas de sugestión e hipnosis. En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (Eds.), *Manual práctico de técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Vallejo, M.A. (2008). Técnicas de *biofeedback*. En F.J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Vallejo, M.A. y Díaz, M.I. (1993). Técnicas de *biofeedback*. En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (Eds.), *Manual práctico de técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Vázquez, C. (2003). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Síntesis.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Wegner, D.M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychology of mental control*. NY: Viking/Penguin.
- Wegner, D.M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34-52.
- Wilhem, F. y Roth, W. (2001). The somatic symptom paradox in DSM-IV anxiety disorders: Suggestions for clinical focus in psychophysiology. *Biological Psychology*, 57, 105-140.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: University Press. (Trad. Desclée De Brouwer, 1975).
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Nueva York: Pergamon Press. (Traducción: *La práctica de la terapia de conducta*, Trillas, 1977).
- Woods, D.W., Fuqua, R. W., Siah, A., Murray, L.K., Welch, M., Blackman, E. y Seif, T. (2001). Understanding habits: A preliminary investigation of nail biting function in children. *Education and Treatment of Children*, 24, 199-216.
- Woods, D.W., Miltenberger, R.G. y Lumley, V. (1996). Sequential application of major habit reversal components to treat motor tics in children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 483-493.
- Yucha, C. y Gilbert, C. (2004). *Evidence-based practice in biofeedback and neurofeedback*. Wheat Ridge, CO: Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback.
- Zeig, J.K. (1991) Foreword. En H. Klippstein (Ed.), *Ericksonian hypnotherapeutic group inductions*. Nueva York: Brunner/ Mazel.

ISBN: 978-84-330-2511-1



Manual clínico de Mindfulness

Fabrizio Didonna (Ed.)

“Este libro se va a convertir en un clásico. Ábralo en cualquier página y encontrará escritos de gran sabiduría y precisión. Con una visión exhaustiva, el Manual Clínico de Mindfulness nos permite ver con claridad cuán convincentes son el arte y la ciencia de la investigación racional cuando se unen”.

Mark Williams, Ph.D.

En las dos últimas décadas la psicología oriental ha ofrecido un terreno fértil para los terapeutas, como piedra angular, componente o complemento de su trabajo. En concreto, existen estudios que están identificando la práctica budista de Mindfulness como base para intervenciones efectivas en varios trastornos.

El *Manual Clínico de Mindfulness* es una guía que va de la teoría a la práctica, escrita con claridad, y que apunta hacia ese poderoso abordaje terapéutico (además de los conceptos relacionados de meditación, aceptación y compasión) y su potencial para el tratamiento en una serie de problemas psicológicos frecuentes. Sus principales características son:

Revisión neurobiológica de cómo funciona Mindfulness; Estrategias para implicar a los pacientes en la práctica de Mindfulness; Herramientas y técnicas para evaluar Mindfulness; Intervenciones para los trastornos con mayor prevalencia, como depresión, ansiedad y trauma; Capítulos especiales sobre la utilización de Mindfulness en oncología y en dolor crónico; Intervenciones específicas para niños y ancianos; Aplicaciones exclusivas para pacientes internados y Anexo con ejercicios.

El *Manual Clínico de Mindfulness* incluye las contribuciones de algunos de los autores e investigadores más importantes en el campo de las intervenciones basadas en Mindfulness. Interesará a profesionales, investigadores y expertos de la salud mental, y su potencial de aplicación lo convierte en una referencia excelente para estudiantes y aprendices.

ISBN: 978-84-330-2468-8



Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas Modelos y técnicas principales

Isabel Caro Gabalda

Este texto se centra en el amplio campo de las psicoterapias cognitivas. El libro es de gran interés para terapeutas en formación o con experiencia en el modelo cognitivo que quieren estar al día en este campo, así como disponer de un manual de uso (teórico y práctico) que integre técnicas y formatos de diversos modelos cognitivos, desde modelos de reestructuración cognitiva a modelos construccionistas en psicoterapias cognitivas. Ampliando esta introducción teórica, se exponen sus principales técnicas, como por ejemplo técnicas de tipo cognitivo, conductual, experiencial, lingüístico y narrativo. Igualmente, se presentan, de forma práctica, las principales formas de evaluación cognitiva de tipo racionalista o de tipo constructivista, sin olvidar cuestiones relativas a la formación de los terapeutas cognitivos, junto a sus características y sus competencias básicas.

ISBN: 978-84-330-2351-3



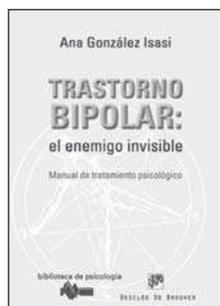
Insomnio **Una guía cognitivo- conductual de tratamiento**

Michael L. Perlis
Carla Jungquist
Michael T. Smith
Donn Posner

La terapia cognitivo-conductual, que en una época fue considerada como un enfoque no convencional para el tratamiento del insomnio, ha sido aceptada como tratamiento empíricamente validado, basado en pruebas y generador de datos empíricos.

Tras una gran cantidad de experiencia de terapia efectiva durante años con la aplicación de este método, ha llegado la hora de crear un manual de tratamiento conciso y práctico que describa las razones y el modo del tratamiento y que sirva de guía para el profesional que desee organizar un centro de tratamiento basado en la terapia cognitivo-conductual. Este libro persigue dicho objetivo. Este manual, sencillo y detallado, ha sido escrito a fin de que los profesionales y estudiantes de múltiples disciplinas comiencen el proceso de aprendizaje de una terapia cognitivo-conductual del insomnio empíricamente validada.

ISBN: 978-84-330-2463-3



Trastorno Bipolar: el enemigo invisible **Manual de tratamiento psicológico**

Ana González Isasi

El objetivo principal de este manual es ofrecer un programa de tratamiento psicológico que, junto al tratamiento farmacológico, reduzca las hospitalizaciones y las recaídas, y mejore la calidad de vida y la recuperación funcional de los pacientes con trastorno bipolar o con trastorno bipolar refractario.

El tratamiento farmacológico ha sido, hasta hace pocos años, el único tratamiento ofertado a los pacientes con un trastorno bipolar, mostrándose insuficiente en una gran proporción de casos. En los últimos años se ha investigado la influencia de diferentes terapias psicosociales en el trastorno bipolar, apostando por la necesidad de un programa estructurado que combinara técnicas de distintos modelos. Por ello, presentamos un programa de tratamiento psicológico en veinte sesiones para ser aplicado en formato grupal, que integra psicoeducación con terapia cognitivo-conductual y añade técnicas de otros modelos y que ofrece a los profesionales un amplio repertorio de estrategias útiles y prácticas para mejorar la evolución de nuestros pacientes.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Dirigida por Vicente Simón Pérez y Manuel Gómez Beneyto

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD, por Prescott Lecky.
9. OBEEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Uppes-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.^a Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS. Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.

57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D´Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M^a Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.

99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsker.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS
Vol 1. Con ejercicios del profesor
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. Mc.Gorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.

138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, por Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. MECANISMOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La "obra magna" inacabada de Clark L. Hull, por José M^a Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. EL YO ATORMENTADO. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.
153. PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
156. PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.).
157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.
158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.
159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.
160. EL TRAUMA Y EL CUERPO. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, por Pat Ogden, Kekuni Minton y Clare Pain.
161. INSOMNIO. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento, por Michael L. Perlis, Carla Jungquist, Michael T. Smith y Donn Posner.
162. PSICOTERAPIA PARA ENFERMOS EN RIESGO VITAL, por Kenneth J. Doka.
163. MANUAL DE PSICODRAMA DIÁDICO. Bipersonal, individual, de la relación, por Pablo Población Knappe.
164. MANUAL BÁSICO DE EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos, por Barbara J. Hensley.
165. TRASTORNO BIPOLAR: EL ENEMIGO INVISIBLE. Manual de tratamiento psicológico, por Ana González Isasi.
166. HACIA UNA PRÁCTICA EFICAZ DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS. Modelos y técnicas principales, por Isabel Caro Gabalda.
167. PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA, por Itziar Fernández (Ed.).
168. LA SOLUCIÓN MINDFULNESS. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos, por Roland D. Siegel.
169. MANUAL CLÍNICO DE MINDFULNESS, por Fabrizio Didonna (Ed.).
170. MANUAL DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUALES, por M^a Ángeles Ruiz Fernández, Marta Isabel Díaz García, Arabella Villalobos Crespo.



La Terapia Cognitivo Conductual se ha convertido en las últimas tres décadas en la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos. A lo largo de su evolución, la Terapia Cognitivo Conductual ha mostrado una capacidad de adaptación y de generación de herramientas terapéuticas exitosas sin comparación en el ámbito de la psicoterapia.

En esta obra se recopilan las técnicas y terapias más representativas de la Terapia Cognitivo Conductual, presentando los procedimientos de intervención de forma sistemática y detallada en sus versiones más actualizadas. El objetivo es transmitir al lector el estado actual de la Terapia Cognitivo Conductual, reflexionando también en cada capítulo sobre sus retos pendientes. Los dos primeros capítulos del manual son básicos para entender las terapias y técnicas expuestas en el resto de capítulos, pues aportan el entramado conceptual y pragmático para acercarse al proceso general de la Terapia Cognitivo Conductual. El resto de los capítulos recoge las terapias y técnicas más significativas pertenecientes a cada una de las tres distintas generaciones descritas en la evolución de la Terapia Cognitivo Conductual.

Elaborada y dirigida específicamente para el alumno del grado de psicología de la UNED, resultará sin duda útil para cualquier estudiante de los últimos cursos de psicología y para todos los profesionales interesados en el ámbito aplicado de la psicología, especialmente para aquellos cuyo trabajo se sitúa en el área de la psicología clínica y también para quienes desempeñan puestos de dirección y gestión de grupos.



biblioteca de psicología



ISBN: 978-84-330-2535-7



9 788433 025357

www.edesclee.com

