

PSICOTERAPIA: APROXIMACIONES CONDUCTUALES Y COGNITIVAS

Compas, B. E. & Gotlib, I. M

Introduction to Clinical Psychology: Science and Practice, 2002, McGraw Hill.
Capítulo 14.

INTRODUCCION

Era muy difícil que se quedara dormido inmediatamente. Cuando era muy joven, Brian podía contemplar las estrellas que su madre había pintado en el cielo de su habitación, con el fin de que estas brillaran en la oscuridad una vez que las luces se apagaran. A medida que fue creciendo, se tendía en la cama y pensaba en las cosas que más le importaban. ¿Podría haber sido este el año en que el RED SOX ganó finalmente las series mundiales? ¿Qué pudo haber hecho él junto a sus amigos este fin de semana? ¿Qué podría ser como salir con la chica más bella de su clase de álgebra? Ahora podrían pasar angustiosas horas antes de que finalmente se quede dormido. El origen de este sufrimiento proviene de un problema tan importante como el divorcio de sus padres: “¿Qué hice yo para provocar esto?”.

Cuando sus padres comenzaron a pelear Brian sólo sentía rabia y frustración. Cuando ellos se gritaban el uno al otro, él gritaba también. Pero a medida que fue creciendo y las cosas comenzaron a empeorar en casa, él comenzó a preguntarse ¿Por qué está sucediendo esto? Como la hostilidad en casa aumentó, el grado de sufrimiento de Brian y su desempeño en los deportes, lo cual había sido el origen del gran orgullo de él y de su padre, también declinó. Lo que más le afectó, fue lo mucho que sus padres peleaban. Él puede recordar la primera vez que comenzó a culparse a sí mismo por las peleas de sus padres, pero pronto se vio fuertemente afectado por un sentimiento de culpa sobre su rol en el quiebre familiar. El pensamiento de que él causó el divorcio lo consumió, y fue más doloroso cuando las luces se apagaron y no tuvo nada para distraerse a sí mismo de su culpa.

Como las relaciones con sus padres empeoraron, otras cosas cambiaron profundamente en la vida de Brian. Su padre pasaba más tiempo en el trabajo y menos tiempo con Brian y su hermana. Cuando el padre de Brian era joven, entrenaba su pequeño equipo de ligas en el verano y su equipo de basketball juvenil en el invierno. Ahora, su padre incluso no atendió a los juegos de Brian ni mucho menos sirvió como entrenador. Brian sintió de este modo que estaba jugando horrible en todos los deportes. Las cosas que Brian usó para traer tantas recompensas y tal sentido de logro – en el colegio y los deportes – fueron ahora el origen del fracaso y la frustración. Brian no veía como las cosas podían mejorar.

Estos pasajes subrayan un importante aspecto de la gente que está luchando contra la depresión, el modo en que ellos piensan sobre sí mismos, su mundo y su futuro. Como aprenderemos en este capítulo, cambiar estos modos negativos de pensar existentes, es el punto central de unos de los modos más efectivos de tratamiento de la depresión: la terapia cognitiva. Los métodos de la terapia cognitiva se han desarrollado y son usados en conjunto con otra mayor forma de terapia psicológica: **la terapia conductual**.

En los capítulos 12 y 13 hemos descrito las aproximaciones ortodoxas y contemporáneas al psicoanálisis, a la psicoterapia psicoanalítica y a terapias conducidas desde la perspectiva del humanismo y desde la fenomenología. En este capítulo presentamos un set de terapias desarrolladas desde una perspectiva diferente. De hecho, la terapia conductual fue desarrollada

originalmente en gran parte como una reacción en contra de la práctica psicoanalítica. Los psicólogos sintieron que el soporte empírico del psicoanálisis era inexistente y que las demandas para su eficacia no estaban garantizadas. En aquellos años, no existía un amor entre psicoanalistas y terapeutas conductuales. Aquí por ejemplo, esta la introducción del libro de terapia conductual de Andrew Salter, escrito en 1949 y titulado *Terapia del reflejo Condicionado (Conditioned Reflex Therapy)*.

Este es el tiempo en que los psicoanalistas, como la metáfora del elefante, se arrastraron a sí mismos a una jungla distante y muerta. Los psicoanalistas han sobrevivido o han vivido más que su propia utilidad. Este método es vago, el tratamiento es demasiado largo y la mayoría de las veces sus resultados son insípidos e imprecisos. Toda la literatura no freudiana de nuestros tiempos reconoce que estas acusaciones son verdaderas. Pero podemos preguntarnos a nosotros mismos ¿La psicoterapia por naturaleza, debe ser siempre tan dificultosa, consumir tanto tiempo y ser ineficiente? Yo no lo creo. Yo digo, lisa y llanamente, que la terapia puede ser bastante rápida y extremadamente eficaz. Se esto porque lo he hecho, y si el lector me sigue, le mostrare como mediante la construcción de nuestro propio método terapéutico sobre la firme base de Pavlov, nos podemos mantener apartados de la peligrosa metafísica freudiana y ayudar a 10 personas en el tiempo en que los psicoanalistas pueden ayudar a una. (p.1)

Hay dos aspectos sobre la declaración de Salter que son particularmente interesantes. Primero, está claro que la oposición de Salter y su insatisfacción con el método freudiano es bastante fuerte. Ha criticado el psicoanálisis en términos de su conceptualización, su practicabilidad y su efectividad. Segundo, Salter formuló su crítica hace más de 50 años atrás, subrayando el hecho de que el esfuerzo de generar una alternativa al psicoanálisis que está basado en el estudio científico del comportamiento ha permanecido por largo tiempo.

Desde 1920, cuando Pavlov y Watson demostraron el poder del condicionamiento para afectar el comportamiento, ha habido un constante incremento en el uso de los procedimientos basados en el aprendizaje desarrollados para reducir los niveles de estrés emocional en los pacientes y eliminar los comportamientos desadaptados. Como veremos en este capítulo, las primeras aproximaciones a la terapia conductual, o a la modificación de la conducta como ha sido referida, denegaron completamente la importancia de las condiciones en los procesos del mejoramiento de la práctica clínica. Las cogniciones no eran directamente observables y no podían ser medidas confiablemente; en consecuencia, se avocaron a la terapia conductual sintiendo que enfocarse en las cogniciones era irrelevante para la ciencia del cambio conductual. 1970 sin embargo, trajo el comienzo de un dramático vuelco de esta posición. Los psicólogos comenzaron a integrar los procedimientos cognitivos con las técnicas conductuales en la práctica de lo que llegó a ser conocido como la terapia cognitivo conductual. Más recientemente, teóricos y terapeutas han hecho notables desarrollos en una forma de psicoterapia referida como terapia cognitiva.

En este capítulo describiremos el desarrollo y efectividad de las aproximaciones conductuales y cognitivas en la práctica psicoterapéutica. Comenzaremos con una breve presentación de los fundamentos históricos de la terapia conductual. Luego describimos una variedad de procedimientos y técnicas conductuales que han sido desarrolladas para reducir la ansiedad y mejorar el funcionamiento. Siguiendo esta presentación, discutimos la integración de las perspectivas conductuales y cognitivas en el tratamiento del estrés emocional y luego volcamos nuestra atención a la más reciente práctica de la aproximación cognitiva a la psicoterapia. Finalmente describimos la literatura examinando la eficacia de los tratamientos conductuales, cognitivo – conductual y cognitivo en la psicopatología.

FUNDAMENTOS HISTÓRICOS DE LA TERAPIA CONDUCTUAL

Pavlov, Watson y Condicionamiento Clásico

Como hemos visto a través de éste capítulo, la práctica de la terapia conductual está cercanamente ligada a los principios de la teoría del aprendizaje. En el capítulo 4 describimos el desarrollo de la teoría del aprendizaje, comenzando con el fisiólogo ruso **Ivan Pavlov** quien observó que los perros aprendían a salivar en anticipación a la comida, una respuesta que él llamó reflejo condicionado. Los trabajos de Pavlov fueron refinados y expandidos en Estados Unidos por el psicólogo John Watson. Mientras otros psicólogos americanos fueron estudiando al mismo tiempo los procesos internos como los pensamientos, introspección y estados emocionales, Watson trabajaba en el desarrollo de los principios del aprendizaje, enfocado en cambio, en lo manifiesto, en el comportamiento observable.

Watson creía que nacemos con tres emociones básicas: miedo, rabia y amor. Reconoció sin embargo, que hay grandes diferencias entre la gente en el estímulo que elicitaba esa emoción. Para explicar esta variabilidad en la responsividad emocional, Watson postula que todos aprendemos diferentes asociaciones estímulo respuesta durante el condicionamiento. En el capítulo 4 describimos el famoso experimento llevado a cabo por Watson con su estudiante graduada Rosalie Rayner. Brevemente, Watson y Rayner (1920) usaron los principios del condicionamiento clásico para condicionar el miedo en un infante de 11 años, conocido como el “Pequeño Alberto”. Watson y Rayner presentaron brevemente un estímulo positivo (una rata blanca) a Alberto y luego asustaron al pequeño con el fuerte sonido de unas barras de acero sobre su cabeza. Luego de solo cinco pareamientos de la rata blanca con el sonido aversivo, Alberto comenzó a exhibir signos de estrés y pronto mostró miedo a la rata.

El experimento de Watson y Rayner es la primera demostración empírica de que las emociones pueden ser aprendidas. Adicionalmente, en el capítulo 4 mencionamos que este experimento fue la primera demostración en laboratorio de una “neurosis experimental” en un humano, la adquisición de ansiedad en respuesta a un estímulo que no representa una amenaza real al individuo. Pero este fue sólo el primer paso. Como Watson (1924) escribió “Al encontrar que las respuestas emocionales pueden ser construidas con gran prontitud, estamos todos deseosos de ver si ellas pueden ser eliminadas y si es así, mediante qué métodos” (p.132). Watson quería poder aplicar los principios del aprendizaje y el condicionamiento al cambio de los comportamientos problemáticos o desadaptados. Sin embargo, debido a que fue forzado a dejar la Johns Hopkins University luego de un sensacionalmente publicitado divorcio que involucraba a Rayner (con quien se casó después) se unió a la J. Walter Thompson, compañía de publicidad en New York, que no vio que probablemente Watson tendría la oportunidad de continuar con su investigación. Así, cuatro años después del experimento del Pequeño Alberto, una estudiante en formación, Mary Cover Jones, le pidió a Watson que la supervisara en el uso de los procedimientos de condicionamiento para tratar el miedo con ratas, conejos y otros objetos peludos en un niño de 3 años “Peter” Jones (1924) trató a Peter lenta y gradualmente acercándole un conejo enjaulado mientras él estaba comiendo su comida favorita, en cada presentación acercaba un poco más jaula. Luego de dos meses de este procedimiento de recondicionamiento, Peter no exhibió miedo al conejo. Este primer estudio demostró que el miedo infantil puede ser reducido mediante procedimientos de condicionamiento lo que fue claramente importante para Jones. Como ella escribió en 1974,

Mi mayor satisfacción ha sido poder ser asociada con la eliminación del miedo cuando entré en contacto con un niño de tres años de edad, quien sufría ya de miedo a los animales... no pude

jugar el rol de crear el miedo en el niño, aun cuando esto tiene importantes implicaciones teóricas. Cuando mis propios hijos conocieron el caso de Peter en los textos de su colegio, ellos también estaban contentos de encontrar que yo había funcionado gracias a la gentil capacidad de la psicología experimental aplicada en la infancia y en los miedos de infancia.

No obstante la significancia de esta investigación, es importante saber que ambos casos estudiados por Watson, el del Pequeño Alberto y el de Peter, son un ejemplo de que las emociones pueden ser aprendidas y cambiadas mediante condicionamiento asociativo. Pasaron varios años antes de que los investigadores obtuvieran evidencia más cuidadosamente controlada basada en un gran número de sujetos. Sin embargo, los estudios de Watson plantaron la semilla para el desarrollo de las subsecuentes intervenciones basadas en los principios del condicionamiento. Aun así, pasaron casi 14 años antes de que hubiera otro reporte científico del uso de los procedimientos de condicionamiento en el tratamiento de las conductas problemáticas aparecidas en la literatura. En 1938, O. H. Mowrer un psicólogo del aprendizaje de Yale y su esposa, W. M. Mowrer, una especialista en desarrollo humano, describen una conceptualización de la enuresis nocturna (orinar en la cama durante la noche) como el fracaso de un niño en responder a la distensión de la vejiga (ganas de orinar) despertando la contracción del esfínter. Ellos describieron un tratamiento de la enuresis infantil mediante el uso de una campana eléctrica en un manto de algodón colocado en la cama. El manto conectado a una campana fue puesto en la cama del niño y la campana se encendía cada vez que el manto se mojaba. Luego de varios ensayos de este procedimiento, el niño asoció la distensión de la vejiga con la contracción del esfínter y así la enuresis fue prevenida. Este procedimiento basado en los principios del condicionamiento clásico, fue importante en la provisión de una demostración clínica temprana de la utilidad de las aproximaciones conductuales al tratamiento. Es interesante que varias investigaciones hayan sido conducidas con el método del manto conectado a la campana desde que éste fue desarrollado, además los resultados de investigaciones recientes indican que aun este procedimiento es el más efectivo método de tratamiento para la enuresis (Por ej., Murphy & Carr, 2000; Rajigah, 1996).

Pasaron 15 años más antes de que fuera dado el siguiente paso en la evolución de la terapia conductual. Con la Segunda Guerra Mundial hubo un incremento en la demanda de psicólogos funcionando tanto en el diseño y creación de test psicológicos y procedimientos de ayuda en la selección de personal como tratando a los miles de veteranos retornados de la guerra con significativos síntomas de trauma o estrés. Mencionamos en el capítulo 2 que la vasta mayoría de estos psicólogos han sido entrenados en la psicología experimental (la cual, en aquel tiempo, fue mayoritariamente conductual). Estos inquietos psicólogos entrenados conductualmente conformaron un equipo de trabajo que fue el escenario de varias intervenciones de emergencia basadas en los principios del comportamiento.

Después de la guerra, tres grupos de investigadores y terapeutas hicieron las mayores contribuciones al desarrollo de la terapia conductual: B. F. Skinner en los Estados Unidos, Joseph Wolpe en Sud Africa, y Hans Eysenck en Inglaterra.

Skinner y el Condicionamiento Operante

Con la publicación de *Ciencia y Conducta Humana* en 1953, Skinner cambió el foco del estudio del aprendizaje desde el condicionamiento clásico al condicionamiento operante y abrió las puertas a una nueva forma de conceptualizar la psicopatología. Como vimos en el capítulo 4, el condicionamiento operante involucra la administración de una consecuencia a la conducta que altera la frecuencia de ocurrencia de esta conducta. Ya sea la administración de consecuencias positivas o la eliminación de estímulos negativos luego de la ocurrencia de una conducta, incrementará la probabilidad de que el comportamiento sea exhibido nuevamente (reforzamiento positivo). Similarmente la administración de consecuencias negativas seguidas de una conducta reducirá la probabilidad de que esa conducta sea emitida en el futuro (castigo).

En *Ciencia y Conducta Humana*, Skinner propuso que muchas de las conductas humanas pueden ser explicadas a través de los principios del condicionamiento operante. Lo más importante en el contexto de la psicología clínica, es que Skinner criticó fuertemente el predominio de las aproximaciones psicoanalíticas a la psicoterapia y, en su lugar, ofreció una conceptualización conductual de la terapia, la modificación de la conducta. Él discutía que el foco del psicoanálisis en los mecanismos internos, defensas y motivaciones no eran defendibles científicamente. Así como Watson había discutido 30 años antes, Skinner argumentó que los psicólogos podían limitar su foco y practicar la asociación de medidas conductuales objetivas con los factores ambientales que controlan esas conductas. En 1968, una revista especializada, *The Journal of Applied Behavior Analysis*, la cual estaba basada fuertemente en la perspectiva del condicionamiento operante de Skinner, comenzó a publicar artículos científicos reportando exitosas aplicaciones desde la aproximación del “conductismo radical” al tratamiento de individuos retardados mentalmente, al manejo de personas con enfermedades mentales crónicas como la esquizofrenia, y al tratamiento de la conducta adictiva como fumar y comer compulsivamente.

Wolpe y la Inhibición Recíproca

Joseph Wolpe fue un psiquiatra en Sud Africa quien inicialmente fue entrenado en el psicoanálisis freudiano clásico. Él se desencantó de la visión freudiana del desarrollo de la neurosis y comenzó a llevar a cabo sus propios experimentos primero induciendo y luego tratando neurosis en gatos. Wolpe indujo miedo en gatos mediante la administración de shocks a ellos en una caja específica. Observó que los gatos se rehusaban a comer en la caja en que habían sido shockeados; en cambio exhibían marcadas conductas de estrés y ansiedad. Wolpe creía que la ansiedad de los gatos fue lo que previno que comieran. Si la ansiedad condicionada puede inhibir el comer, él razonó, entonces bajo las condiciones correctas, también podría ocurrir lo opuesto: la respuesta de comer de los gatos podría ser utilizada para inhibir la ansiedad. Wolpe testeó esta hipótesis haciendo que los gatos

comenzaran a comer a una considerable distancia de las cajas en las cuales estos habían sido shockeados y gradualmente fue poniéndoles sus platos de comida cada vez más cerca de las cajas (lo que es similar al procedimiento utilizado por Mary Cover Jones para tratar el miedo a los conejos de Peter). Wolpe tuvo éxito usando la respuesta de comida para inhibir la ansiedad mediante este procedimiento llamado *contracondicionamiento*, el cual está basado en un principio al que Wolpe se refirió como **inhibición recíproca**: “Si una respuesta antagonista a la ansiedad ocurre en presencia de los estímulos evocadores de ansiedad de modo que se produzca una completa o parcial supresión de esta respuesta, el vínculo entre esos estímulos y la respuesta de ansiedad será debilitado” (Wolpe, 1958, p. 71).

Wolpe sugirió que existe una amplia variedad de respuestas antagónicas, incluyendo la relajación muscular, conductas asertivas y comportamiento sexual; de hecho, cualquier respuesta o comportamiento que es incompatible con la ansiedad es un posible candidato para esta categoría de respuesta. Wolpe desarrolló un procedimiento conductual para el tratamiento de la ansiedad y fobias que estaba basado en el principio de la inhibición recíproca y que fue llamado desensibilización sistemática. Como se debiera esperar, en este procedimiento las respuestas que son incompatibles con la ansiedad, como la relajación, son “traídas” de alguna manera cada vez más cerca del estímulo ansioso de modo de reducir de alguna manera la respuesta de estrés y ansiedad del paciente.

En 1966 Wolpe se unió con Cyril Franks, Andrew Salter y Dorothy Susskind formando la Asociación para el Progreso de la Terapia Conductual (Association for the Advancement of Behavior Therapy, AABT). Lo que comenzó como un pequeño grupo de terapeutas conductuales y psicólogos conductuales se convirtió en una organización con una membresía internacional por sobre 4.500 integrantes. AABT tiene una convención anual que sustenta la publicación de la revista (*The Behavior Therapist*), y desde 1970, ha publicado una revista científica enfocada en la contribución de las aproximaciones conductuales al tratamiento de la psicopatología (*Behavior Therapy*).

Eysenck y La Terapia Conductual

Hans Eysenck fue un psicólogo clínico quien trabajó para el Hospital Maudsley en Londres, Inglaterra. Como discutimos en el capítulo 2, Eysenck escribió en 1952 lo que es, indudablemente, uno de los artículos científicos más controvertidos en la historia de la psicología clínica, en el cual desafía la efectividad de la psicoterapia tradicional (es decir, la psicodinámica). Este artículo incita a los psicólogos clínicos a desarrollar nuevas formas de tratamiento. Dándole un foco emergente al Conductismo en América, estos tratamientos estuvieron basados firmemente en los principios conductuales. En 1959 Eysenck acuña el término *Terapia Conductual*, y un año después edita un influyente libro titulado *Terapia Conductual y La Neurosis*. En 1963, junto a su estudiante S. J. Rachman (ahora en la University of British Columbia en Canadá), Eysenck publicó la primera revista científica exclusivamente conductual, *Behavior Research and Therapy*, una revista en la cual los terapeutas conductuales continúan publicando todavía.

En medio de esta historia de la terapia conductual, desde Watson a Skinner y Wolpe, esta claro que además existen diferencias significativas en las aproximaciones (Por Ej., condicionamiento clásico, condicionamiento operante y contracondicionamiento), todas las aproximaciones conductuales tempranas, fueron unidas en dos convicciones: Primero, que es innecesario hablar de la existencia de fuerzas y procesos inconscientes y, segundo, que la terapia es probablemente más efectiva si se enfoca en los comportamientos desadaptados discretos en vez de en las categorías diagnósticas psiquiátricas más difusas. Incluso aunque algunos teóricos como Julian Rotter y Albert Bandura subsecuentemente integraron procesos cognitivos y constructos con las aproximaciones conductuales, la naturaleza de este foco en las cogniciones fue muy distinto del énfasis en los procesos mentales postulado por Freud. De todos modos la visión de Freud en los procesos mentales y constructos no fue fácilmente operacionalizada, integraciones contemporáneas de los métodos cognitivos con la terapia conductual enfatizaron la importancia de las definiciones claras de cogniciones y de los antecedentes y consecuencias de las cogniciones y conductas problemáticas, lo que contribuye, de manera fidedigna, a hacer fácilmente cuantificable los procedimientos de tratamiento. Finalmente, todas estas aproximaciones conductuales estaban basadas en los principios que han

sido validados en el laboratorio y extendidos en un esfuerzo por cambiar las conductas humanas desadaptadas. Esta estrategia ya estuvo siendo probada en su efectividad por otras ciencias, como la medicina y la ingeniería; y además se demostró que era una poderosa herramienta para el cambio en la psicología.

TERAPIA CONDUCTUAL

Hay varios diferentes procedimientos y aproximaciones a la psicoterapia los que pueden ser (y muchas veces lo son) incluidos bajo el título de la terapia conductual. A pesar de las diferencias en las técnicas asociadas con varias formas de terapia conductual, ellas están todas virtualmente caracterizadas por una filosofía común y un set de principios básicos. Todas las formas de terapia conductual están enfocadas en una larga extensión de experiencias de aprendizaje diseñadas para cambiar las conductas desadaptadas de los pacientes. O'Leary y Wilson (1987) enumeran los principios que se aplican en la mayoría de las terapias conductuales. Los siguientes 5 principios son aquellos que creemos que representan el mayor fundamento de las terapias conductuales existentes:

1. Todo el comportamiento, normal y anormal, es adquirido y mantenido de acuerdo a los mismos principios básicos del aprendizaje.
2. No es necesario inferir una causa que sirva de base para las conductas desadaptadas; las conductas son el desorden; no son una manifestación o un signo de un desorden que se encuentra bajo la superficie o de un proceso de enfermedad.
3. Usualmente no es necesario saber como ha sido aprendido un problema conductual específico; el foco del tratamiento no debiera estar en los resultados históricos sino más bien en aquellos factores que están manteniendo constantemente la conducta.
4. La mayoría del comportamiento anormal puede ser modificado por medio de la aplicación de los principios del aprendizaje, con los cuales la conducta desadaptada puede ser desaprendida y reemplazada por otra nueva, más adaptativa, conducta aprendida.
5. Los métodos de tratamiento son precisamente especificados, replicables y hechos a la medida de las necesidades, la fuerza y la situación de cada cliente; el progreso del tratamiento se señala continuamente y los resultados del tratamiento son evaluados objetivamente.

Estos principios subrayan la importancia de que, en primer lugar, la terapia conductual se enfoca en las conductas manifiestas en lugar de los conflictos subyacentes y motivaciones, y en segundo lugar, la evaluación científica de la efectividad de cada programa de tratamiento. No es difícil ver que ambos conceptos representan un cambio significativo desde la perspectiva psicoanalítica que prevalecía en el momento en que la terapia conductual estaba siendo desarrollada.

Objetivos

Estando el foco de la terapia conductual en las conductas desadaptadas de los pacientes, un importante objetivo general de esta forma de psicoterapia es reducir o eliminar las conductas problemáticas de los pacientes e incrementar la frecuencia de conductas más adaptativas. El énfasis en la conducta manifiesta, en vez de conflictos intrapsíquicos vagamente definidos,

significa que los objetivos de la terapia conductual serán generalmente claros y específicos. Adicionalmente, en contraste con el psicoanálisis y terapeutas psicodinámicos, los terapeutas conductuales trabajan de manera activa y en colaboración con sus pacientes en la planificación de los objetivos de la terapia y en la ejecución de los procedimientos diseñados para alcanzar estos objetivos. Debido a que los terapeutas conductuales asumen que las conductas desadaptadas son consecuencia tanto de antecedentes específicos como consecuencia del medio ambiente natural del paciente, muchos de los trabajos importantes en terapia conductual están hechos fuera de la oficina del terapeuta, ya sea por medio de una terapia conductual dirigida en el medio ambiente del paciente (terapia en vivo) o por medio de asignación de tareas que el paciente realiza entre sesiones. El razonamiento que subyace a la selección de objetivos específicos y técnicas es generalmente explicitado al paciente, así terapeuta y paciente juntos llevan a cabo la terapia, evalúan el progreso del paciente y, si es necesario, modifican el plan de tratamiento.

Entrenamiento y Supervisión

A diferencia del psicoanálisis, los terapeutas conductuales no requieren no deben someterse a terapia ellos mismos. La terapia conductual, como ya hemos notado, es una fuerte aproximación empírica a la psicoterapia que está basada sólidamente en los principios del aprendizaje. En consecuencia, los terapeutas conductuales deben tener un acabado entendimiento de la mayoría de las teorías del aprendizaje, incluyendo el condicionamiento clásico y operante y la teoría del aprendizaje social. Debido a este requerimiento, es generalmente (no siempre) el caso de que los terapeutas conductuales son psicólogos gracias al entrenamiento. De hecho, la alta proporción de terapeutas conductuales que son psicólogos contrasta con los psicoanalistas ortodoxos, los cuales se componen principalmente de individuos que han sido formados en psiquiatría. Finalmente el fuerte foco en la conducta manifiesta y la importancia del cambio conductual, extiende además la supervisión en la terapia conductual. Por lo tanto, no es sorprendente que los terapeutas conductuales quienes están siendo supervisados son frecuentemente observados por sus supervisores como ellos conducen la terapia y son registrados en escalas que señalan sus habilidades y sus progresos como terapeutas conductuales.

La Importancia de la Evaluación en la Terapia Conductual

El lazo entre la evaluación y la terapia es fuerte para los terapeutas conductualmente orientados, que, virtualmente, es el caso para cualquier otra aproximación a la psicoterapia, incluyendo psicoanálisis y terapias fenomenológicas. Describimos en el capítulo 10 la naturaleza de la evaluación conductual y de los procedimientos de evaluación más comúnmente usados por los terapeutas conductuales. Nos gustaría subrayar esto de que, desde una perspectiva conductual, la evaluación tiene profundas implicaciones para la psicoterapia. De hecho, muchos terapeutas conductuales podrían argumentar que uno no puede comenzar una terapia conductual sin primero llevar a cabo una evaluación comprensiva de la conducta, o un análisis funcional de las dificultades de los pacientes.

Mueser y Liberman (1995) esquematizan una aproximación conductual a la evaluación y terapia que describe la interdependencia entre ambas. Mueser y Liberman notan la importancia de identificar la conducta o conductas problema del modo más objetivo y preciso posible usando una variedad de procedimientos de evaluación que incluyen cuestionarios de autorreporte, entrevistas estructuradas, auto monitoreo y observación conductual. En el capítulo 10 discutimos sobre el análisis funcional de la conducta, en el cual las conductas problemáticas del paciente son

identificadas junto con los antecedentes y consecuencias de la conducta. Esta operacionalización de las conductas desadaptadas del paciente permite a los terapeutas conductuales desarrollar y llevar a cabo programas de tratamiento apuntados específicamente al cambio de frecuencia o intensidad de las conductas problemáticas de la manera más eficiente posible.

Métodos

Los terapeutas conductuales tienen a su disposición una gran variedad de técnicas para enseñar o incrementar conductas más adaptativas y eliminar las conductas desadaptadas. Debido a que existe un gran número de técnicas disponibles para el cambio conductual, es provocador mirar la terapia conductual como una simple variedad o arsenal de procedimientos. Como Kalish (1981) manifiesta, sin embargo, esta visión no es una percepción precisa de esta aproximación a la psicoterapia:

La inclinación a considerar los métodos de intervención en la modificación conductual como una colección de técnicas estandarizadas es especialmente seductora. Esto tiende a oscurecer una de las más importantes contribuciones al entendimiento del cambio conductual hecho por el advenimiento de los procedimientos de modificación conductual: a saber que por cada bien llamada técnica, existe un principio de conducta más fundamental y más general derivado de las investigaciones con animales y/o humanos las cuales pueden ser aplicadas a la solución de un problema en el funcionamiento humano. Esto significa, entre otras cosas, que aquellos que intentan utilizar la modificación de la conducta para solucionar los problemas humanos, debiera estar consciente de esos principios y recursos suficientes para proponer estrategias de tratamiento que se adecuen al caso después de un análisis concienzudo de las condiciones que iniciaron y mantuvieron la conducta.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Fundamentos Históricos

El conductismo y los procedimientos de terapia conductual que hemos descrito en este capítulo dominaron el pensamiento y la práctica de la psicología clínica desde 1930, cuando Watson y luego Skinner desarrollaron sus teorías conductuales, hasta los inicios de la década de 1970. En 1974 Dember describió lo que él llamaba como una “revolución cognitiva” en la psicología clínica, lo que fue reconceptualizado más recientemente por Meichenbaum (1995) como una “evolución cognitiva”. Sin tomar en cuenta si el movimiento fue una revolución o una evolución, no hay duda de que la psicología clínica, y en realidad la psicología en su totalidad, llegó a ser más interesante con los procesos cognitivos. Aumentó la atención que se le estaba dando en psicología a los modelos cognitivos de procesamiento de la información y hubo un creciente descontento existente con los modelos conductistas de aprendizaje estímulo – respuesta. Como dijo Mahoney (1984) “En los últimos años de la década de 1970... la terapia conductual, como la psicología en general, se había vuelto cognitiva”.

El primer esfuerzo por incluir una orientación cognitiva explícita en las terapias conductuales es un intento de incorporar la existencia de factores cognitivos en los tratamientos conductuales. Los trabajos de Bandura en aprendizaje observacional representaron el mayor paso en la integración de los procesos cognitivos y simbólicos en la terapia conductual. En su volumen de 1969, *Principios*

de Modificación Conductual, Bandura enfatizó la importancia del modelamiento (modeling), o aprendizaje observacional, en el entendimiento del desarrollo de algunas formas de ansiedad y del tratamiento de esos problemas. Bandura argumentó que todo el aprendizaje que puede ocurrir por medio de la experiencia directa puede también ocurrir vicariamente por medio de la observación de las conductas de otros y sus consecuencias. Sugiriendo que el cambio conductual puede estar mediado por las cogniciones, Bandura desarrolló una de las primeras formas de terapia cognitivo – conductual.

Modelamiento

Albert Bandura, un profesor de Stanford University, ha sido la mayor figura en la psicología por más de 40 años. Fue pionero en el uso terapéutico del modelamiento, o aprendizaje observacional, para tratar miedos y fobias como también para enseñar habilidades y conductas positivas. Bandura observó que el modelamiento puede ser usado no sólo para enseñar a los individuos conductas adaptativas que no existían en su repertorio previo sino que además puede ser usado para facilitar o inhibir la expresión de conductas para las cuales ya están capacitados. Es difícil imaginar cómo algunas formas de aprendizaje pueden ocurrir sin el uso del modelamiento. Como Bandura (1977) planteó “Uno no enseña a un niño a nadar, a los adolescentes a manejar automóviles y a los estudiantes novatos de medicina a ejecutar una cirugía haciendo que ellos tengan que descubrir la conducta apropiada a través de las consecuencias de sus éxitos y fracasos” (p. 12). Así, a diferencia del aprendizaje producido exclusivamente por condicionamiento operante, en el cual los estímulos novedosos pueden ser descompuestos en pequeños componentes los cuales son moldeados gradualmente hasta formar la conducta compleja final, el modelamiento permite que las conductas más complejas sean aprendidas con relativa rapidez mediante observación.

Bandura ha encontrado que las conductas que son recompensadas tienen más probabilidad de ser modeladas que aquellas conductas que son castigadas o que no son seguidas por una consecuencia. Este descubrimiento forma la base teórica para el uso de los tratamientos que cuentan con los procedimientos de modelamiento para incrementar la proporción de conductas adaptativas. Por ejemplo, en uno de los primeros estudios de esta área, Bandura, Grusec y Menlove (1967) encontraron que el modelamiento simple fue efectivo en el tratamiento de un grupo de niños preescolares que tenían miedo a los perros. Subsecuentemente, Bandura demostró que se pueden obtener marcados resultados usando un procedimiento llamado modelamiento participante, esencialmente teniendo un modelo real que guíe al participante en la emisión de la conducta deseada. Usando el modelamiento participante, Bandura, Blanchard y Ritter (1969) reportaron el exitoso tratamiento de una fobia a las serpientes con un modelo de adultos jóvenes. Actualmente el modelamiento ha sido usado exitosamente no solo para reducir miedos y fobias, sino que también para tratar la fobia social o la timidez, el desorden obsesivo – compulsivo, la impulsividad, el desorden de déficit atencional con hiperactividad y además ha sido exitoso en la reducción de la agresión física (Por Ej., Hollon & Beck, 1994; Rosenthal & Steffek, 1991; Salkovskis & Kirk, 1989).

¿Cómo trabaja el modelamiento o el aprendizaje observacional? Bandura (1997) ha argumentado persuasivamente que los efectos positivos de los tratamientos de modelamiento son convenientes para aumentar la autoeficacia de los individuos la cual se origina por medio del modelamiento. La autoeficacia se refiere a las “creencias en las propias capacidades de organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir logros dados” (p. 3). Bandura postula que el modelamiento promueve un sentido de maestría o competencia en los individuos, y que es este sentido de maestría el que encausa los benéficos efectos del modelamiento. En apoyo a esta

posición, variados estudios hechos en la actualidad han demostrado que el progreso conductual puede ser predecido directamente por los cambios en los niveles de autoeficacia (ver Bandura, 1997, 2000).

La Transición hacia la Terapia Cognitiva

La teoría y los estudios de Bandura sobre aprendizaje observacional sentaron las bases para las subsecuentes integraciones de los aspectos cognitivos y conductuales de la terapia. Tanto el libro de Michael Mahoney (1974), *Modificación de Conducta y Cognición (Cognition and Behavior Modification)*, como el volumen de Donald Meichenbaum (1977), *Modificación Cognitiva y Conductual: Una Aproximación Integrativa (Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach)*, desarrollaron el rol de la cognición como un mediador del cambio en la terapia conductual y fortalecieron la práctica de la terapia cognitivo conductual. Aproximadamente en la misma época, **Albert Ellis** y **Aarón Beck** fueron refinando su desarrollo de las terapias para los desórdenes emocionales, que no sólo incluían un fuerte componente cognitivo sino que, más importante, dieron un énfasis primordial a las cogniciones disfuncionales o patrones problemáticos de pensamiento, como una causa directa de estrés psicológico y como el foco crítico que hace relucir el cambio terapéutico. El gran énfasis dado a la cognición en estas teorías y tratamientos permite referirse a ellas no como terapia cognitivo conductual sino que, simplemente, como terapias cognitivas.

TERAPIA COGNITIVA

Tanto la **terapia racional – emotiva** de Albert Ellis como la **terapia cognitiva** de Aarón Beck han tenido un profundo impacto en la práctica de la psicología clínica. Ellis y Beck fueron entrenados como psicoanalistas, pero se frustraron debido al rol relativamente pasivo del terapeuta en el psicoanálisis y además, por el lento progreso de la terapia. Tanto Ellis como Beck dejaron atrás el foco de la terapia psicoanalítica en las fuerzas inconscientes y estados psicosexuales y desarrollaron un fuerte interés en la importancia de las cogniciones o pensamientos en los estados de ánimo y la conducta. Basándose en su visión del rol central de las cogniciones en los problemas emocionales y conductuales, Ellis y Beck desarrollaron intervenciones terapéuticas centradas en cambiar la manera de pensar de la gente de modo que mejore su funcionamiento emocional y conductual.

Terapia Racional – Emotiva de Ellis

Ellis (1962, 2000) formuló lo que ha llegado a ser conocido como una teoría A-B-C de la conducta disfuncional. Contrario a la visión prevaleciente de su tiempo, Ellis argumentó que los eventos vitales estresantes, referidos como *eventos activantes* (A), no causan psicopatología o *consecuencias* emocionales (C) tales como depresión y ansiedad. En cambio, Ellis discute que son las *creencias irracionales* (B (irrational beliefs)), o interpretaciones irreales que la gente tiene sobre los eventos de su vida, lo que los lleva a la depresión o la ansiedad. Ellis cree que cuando experimentamos un evento negativo o displacentero, tenemos una creencia lógica y racional sobre este evento; en suma, automáticamente nos ocupamos en una serie de creencias irracionales o disfuncionales sobre el evento. Por ejemplo, si fallamos en medio de un examen podemos tener pensamientos lógicos tales como, “Es una desgracia haber fallado, no estudie lo suficiente pero

debo asegurarme de estudiar duro para el examen final” o “Parece que no entiendo este material, quizás tendré que hacer un intento extra para pasar este curso”. Ellis argumenta que mientras esos pensamientos lógicos y racionales pueden llevar a la decepción o la tristeza, ellos no debieran llevar a estados emocionales más severos tales como la depresión o la ansiedad. De acuerdo a Ellis, si estamos experimentando esas emociones más disfuncionales debemos además estar aferrados a un número de creencias irracionales sobre un fracaso, tales como “Soy un estúpido, nunca seré capaz de pasar este curso y voy a perder este año” o “Si no puedo pasar un examen fácil como este, no soy digno de estar en esta universidad”.

Ellis pensaba que existe un número de creencias irracionales comunes a nosotros. Esas creencias irracionales son presentadas en el cuadro 14.3. En la terapia racional emotiva, Ellis se enfocaba en identificar las creencias irracionales específicas del paciente que están contribuyendo a su experiencia de depresión, ansiedad, desesperanza o desesperación. Una vez que esas creencias irracionales son identificadas, Ellis adhiere una D y una E a su teoría A-B-C. Ellis enseña a los pacientes a *disputar* (D) sus creencias ilógicas o irracionales. En este proceso los pacientes aprenden a discutir con sus creencias irracionales y a sustituirlas por creencias más racionales y adaptativas. Y finalmente, Ellis evalúa los *efectos* (E) de la disputa con sus creencias irracionales en los pacientes. Si el tratamiento es exitoso, los efectos debieran ser evidentes en la reducción de sentimientos de depresión, ansiedad o descontento. Esas reducciones de los afectos negativos sirven para reforzar la identificación y la disputa de las creencias e ideas irracionales por parte del paciente, como también la sustitución de estas por cogniciones más adaptativas.

Terapia Cognitiva de Beck

Quizás debido a que Beck formuló su teoría cognitiva de psicopatología en términos más claros de lo que lo hizo Ellis, las ideas de Beck sobre el rol de las cogniciones en los desórdenes emocionales, han sido examinadas más sistemáticamente en la investigación clínica. En lo que queda de este capítulo describimos los fundamentos de la terapia cognitiva y como esta ha llegado a ser aplicada a un número de desórdenes psicológicos.

Como describimos en el capítulo 4, Beck (1967) desarrolló la terapia cognitiva desde su experiencia clínica con pacientes depresivos. Las observaciones de Beck de que los sueños de los pacientes depresivos estaban llenos de contenidos negativos, lo llevaron a postular que los pensamientos negativos jugaban un rol central en la arremetida y curso de la depresión. Él postuló que las personas depresivas tienen una visión negativa de sí mismos y del mundo además de estar desesperanzados con respecto al futuro.

Adicionalmente Beck teorizó que las personas depresivas poseen esquemas (o estructuras por medio de las cuales ellos perciben e interpretan sus experiencias) cognitivos negativos. Esos esquemas cognitivos negativos son siempre parte de una persona que es vulnerable a estar deprimida, pero ellos son esencialmente inconscientes y son activados cuando las experiencias individuales son eventos estresantes. Así, una persona que tiene un esquema negativo que involucra el repudio y el abandono, llegará a estar deprimido cuando un compañero lo deje. Similarmente, los individuos llegarán a estar ansiosos si tienen un esquema que implica amenaza o peligro y que es enfrentado a un evento estresante de relevancia que lo activa.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Las aproximaciones conductuales al tratamiento de los desórdenes psicológicos surgieron a partir de la teoría del aprendizaje. Mientras Pavlov y Watson enfatizaron los procedimientos de condicionamiento clásico, en el cual los estímulos evocan respuestas, Skinner se enfocó en el condicionamiento operante y las consecuencias de la conducta. Mientras la especificidad de las teorías pudo haber diferido, los tres hicieron énfasis en el examen de lo manifiesto, en la conducta observable en vez de la motivación y los conflictos subyacentes.

Los terapeutas conductuales asumen que los mismos principios del aprendizaje se aplican a la conducta normal y anormal. En consecuencia, los métodos desarrollados para el cambio conductual están basados explícitamente en las leyes del aprendizaje. Los procedimientos conductuales han sido usados en el tratamiento de los miedos y fobias (desensibilización sistemática, tratamientos basados en la exposición como la terapia implosiva), en los desórdenes obsesivo – compulsivos y en los desórdenes alimentarios (prevención de respuesta con exposición). La terapia conductual además ha sido usada para tratar pacientes en habilidades sociales y asertividad, y las técnicas de manejo de contingencias han sido utilizadas en entrenamiento parental y programas de economía de fichas. Finalmente, los procedimientos de condicionamiento aversivo han sido desarrollados para eliminar conductas problemáticas como fumar y conductas autodestructivas.

El fuerte foco de la terapia conductual en lo manifiesto, en la conducta observable, fue desafiado por teóricos como Bandura, Ellis y Beck, quienes escribieron persuasivamente sobre la importancia del rol que juegan las cogniciones afectando la conducta. Esos teóricos pavimentaron el camino para el desarrollo de los procedimientos terapéuticos cognitivos y cognitivo conductuales. Hoy en día, la terapia cognitiva disfruta de un fuerte soporte empírico en el tratamiento de un amplio rango de desórdenes psicológicos en niños y adultos, incluyendo depresión, ansiedad y desórdenes alimentarios; ahora esta es usada cada vez más para ayudar a los clientes a que traten más efectivamente con su dolor físico.

La terapia cognitivo conductual representa un excelente ejemplo del interjuego entre la ciencia y la práctica. Como muchas investigaciones evalúan la efectividad de la terapia cognitiva y cognitivo conductual en el tratamiento de desórdenes psicológicos particulares, aspectos específicos del tratamiento son refinados sobre la base de los resultados de estos estudios. El protocolo de tratamiento refinado es entonces probado, y si es necesario, se le hacen cambios adicionales. Debido a estos procesos iterativos, existe ahora una serie de investigaciones con soporte empírico de la terapia cognitiva para el tratamiento de desórdenes específicos.

Fuentes

Libros

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Graham, P. J. (1998). *Cognitive-behaviour therapy for children and families*. New York: Cambridge University Press.
- O'Donohue, W., & Krasner, L. (Eds.). (1995). *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Salkovskis, P. M. (Ed.). (1996). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press

Revistas

Behavior Modification

Behaviour Research and Therapy

Behavior Therapy

Cognitive Therapy and Research

Journal of Cognitive Psychotherapy