

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 uso 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, está 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, ha 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.

En la siguiente sección presentaremos y discutiremos la aplicación de un número de métodos y procedimientos conductuales que son utilizados para reducir altos niveles de miedo (más comunes son las fobias) y luego discutiremos sobre procedimientos usados para enseñar y mantener nuevas conductas.

APLICACIONES DE LA TERAPIA CONDUCTUAL A PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Procedimientos de Reducción del Miedo

Sabemos debido a estudios epidemiológicos recientes, que el miedo y las fobias están entre las formas más comunes de estrés psicológico (Brunello et al. 2000; Curtis, Magee, Eaton, Wittchen & Kessler, 1998; Den Boer, 2000). El experimento de Watson con el pequeño Alberto demostró que el miedo puede ser aprendido por medio de la experiencia, es decir, por medio de condicionamiento clásico. Además el miedo puede ser aprendido indirectamente a través de la observación. No debiera ser difícil imaginar, por ejemplo, que un niño pueda aprender a ser miedoso frente a las serpientes al mirar a un familiar exhibir signos manifiestos de dolor (como gritos y contorsiones) luego de ser picado por una serpiente. Dado que este miedo es aversivo, el individuo entendidamente evita entrar en contacto con el objeto o situación que causa miedo. Desde una perspectiva conductual sin embargo, esta evitación del objeto que causa miedo significa que el individuo nunca tendrá la oportunidad de extinguir el miedo, es decir, enfrentarse a la serpiente y encontrar que no sucede nada. En ausencia de cualquier experiencia de aprendizaje nueva, el miedo o fobia puede persistir indefinidamente.

La mayoría de las aproximaciones conductuales a la reducción del miedo involucran algún tipo de exposición del paciente frente al estímulo que causa miedo. Algunas veces esta exposición es hecha usando la imaginación del paciente; es decir, el paciente es instruido para imaginarse a sí mismo entrando en contacto con el objeto o situación que produce el miedo. Otras veces la exposición es actual o en vivo, en la cual el individuo actualmente confronta el objeto de su miedo. Comenzaremos nuestra discusión de esos procedimientos con una descripción de la desensibilización sistemática.

Desensibilización Sistemática: Es uno de los procedimientos más ampliamente estudiados y comúnmente aplicados en los procedimientos conductuales para la reducción del miedo y las fobias. Esta es generalmente utilizada cuando el paciente tiene habilidades que puede ocupar en conductas más adaptativas o apropiadas, pero en vez de eso evita los estímulos o situaciones que producen miedo. Típicamente esta evitación toma la forma de una fobia, la cual es el miedo a una situación u objeto particular que es desproporcionado frente al peligro real. De cualquier modo, el miedo o la fobia pueden presentar un problema serio en el funcionamiento cotidiano de la vida de un individuo. Por ejemplo, una paciente diabética que es incapaz de inyectarse a sí misma con insulina porque tiene miedo a las agujas, tendrá más probabilidad de seguir el tratamiento para su fobia a las agujas de la que tendrá un contador que vive en Manhattan y tiene una fobia que le impide aproximarse o manipular serpientes.

La desensibilización sistemática estuvo entre una de las primeras claramente definidas y testeadas técnicas conductuales diseñadas para reducir la ansiedad en humanos. Fue primeramente desarrollada y descrita por Wolpe (1958) en su libro *Psicoterapia Mediante Inhibición Recíproca* (Psychoterapy by Reciprocal Inhibition). El principio de la inhibición recíproca simplemente significa que no podemos estar ansiosos y relajados al mismo tiempo, que estos estados se excluyen mutuamente. De este modo, no podemos experimentar al mismo tiempo los componentes fisiológicos de la ansiedad (Por ej. aumento del ritmo cardiaco, incremento de la respiración y estado de activación (arousal)

elevado) y los componentes fisiológicos de la relajación (Por ej. disminución del ritmo cardiaco, respiración lenta y estado de activación baja), debido a que estos son incompatibles el uno con el otro. Wolpe argumentó que si él pudiera enseñar a sus pacientes ansiosos a permanecer relajados frente a la creciente presencia de estímulos fóbicos o aversivos, ellos no podrían sentirse ansiosos al mismo tiempo.

Existen tres pasos distintos en la desensibilización sistemática. Primero, ya que el paciente no puede estar ansioso cuando esta relajado, el paciente es entrenado en una o más técnicas de relajación específicas. El procedimiento de relajación más frecuentemente usado en la desensibilización sistemática está basado en la técnica de relajación muscular progresiva de E. Jacobson (1938). Este procedimiento implica tensar y relajar alternadamente grupos musculares de todo el cuerpo de manera sistemática. El terapeuta a menudo le dará al paciente un cassette de audio con las instrucciones de relajación de modo que el paciente pueda practicar en casa. Sin embargo, si el paciente o terapeuta prefieren, existe una gran cantidad de procedimientos disponibles para enseñar al paciente como relajarse. Muchos pacientes, por ejemplo, prefieren usar una técnica conocida como relajación autogénica, en la cual se utiliza la imaginería para relajarse. Así en vez de tensar y relajar alternadamente músculos específicos, los pacientes escuchan al terapeuta que describe escenas relajantes (Por Ej., imagínese tendido en una playa con arenas cálidas, escuchando la brisa pasar en medio de las palmeras y sintiendo el calor del sol en su piel). Aun hay otros pacientes que prefieren usar la hipnosis, la retroalimentación biológica (biofeedback) y la meditación para relajarse.

El segundo período de la desensibilización sistemática involucra una jerarquización de la ansiedad. Una jerarquía ansiosa es una lista de escenas o situaciones relatadas que varían en el monto de ansiedad que elicitán cuando el paciente las imagina o visualiza. El paciente trabaja con el terapeuta inicialmente en la construcción de una larga lista de escenas relatadas de objetos o situaciones fóbicas o aversivas que provocan que el paciente se sienta ansioso cuando las imagina. El paciente entonces anota cada escena indicando que tan ansiosa o ansioso se siente cuando imagina o visualiza la escena. Basándose en las escalas del paciente, paciente y terapeuta seleccionan aproximadamente 15 o 20 de las escenas que amplían mejor el rango de la escala. Ejemplos de jerarquías de ansiedad para dos pacientes son presentados en la tabla 14.1.

El paso final en la desensibilización sistemática es realmente el núcleo de este procedimiento: los pareamientos sucesivos de la relajación con cada uno de los estímulos en la jerarquía de ansiedad del paciente. El paciente comienza la sesión cuando está relajado lo que toma 10 o 15 minutos debido a que el paciente ha aprendido a relajarse completamente de manera relativamente rápida. Luego se comienza con los estímulos del rango más bajo en la jerarquía, el paciente es instruido a visualizar la escena por cerca de unos 10 segundos mientras permanece relajado. Si el paciente comienza a sentirse ansioso mientras está visualizando la escena, él o ella señala esta ansiedad al terapeuta, quien entonces le dice al paciente que deje de imaginar la escena y recupere el estado de relajación. Cuando el paciente ha conseguido este estado de relajación, el terapeuta presenta la misma escena nuevamente. Cuando el paciente logra visualizar esta escena y permanecer relajado, el terapeuta repite el procedimiento con los estímulos que siguen en la jerarquía. Este procedimiento es repetido hasta que el paciente puede permanecer relajado mientras visualiza la escena que induce mayor ansiedad en la jerarquía.

TABLA 14.1
Ejemplo de Jerarquías de Desensibilización

La desensibilización sistemática es más frecuente y sucesivamente usada en el tratamiento de miedos específicos y fobias. El mayor componente de este tratamiento es el desarrollo de una o más jerarquías de estímulos que cubren el rango de la ansiedad experimentada en presencia del objeto o situación fóbica. Aquí presentamos dos tipos de jerarquía, una con un paciente para tratar el miedo a volar y la otra construida para tratar el miedo a las arañas de un paciente	
Miedo a Volar	Fobia a las Arañas
Mirando un avión volando en el cielo	Caminando sin arañas en el lugar
Oyendo un avión volando en el cielo	Viendo una araña frente a ti en el lado que caminas
Conduciendo pasando por un aeropuerto	Viendo una tela de araña en la esquina de una habitación
Conduciendo en un aeropuerto	Viendo una araña en el piso frente a ti
Mirando un aeroplano en la tierra	Viendo una araña en tu zapato
Caminando en un terminal de aerolíneas	Viendo una araña en tu camisa
Esperando para abordar un avión	Viendo una araña caminando hacia ti
Entrando en un avión	Viendo una araña caminando en tu mano
Abrochando el cinturón de seguridad en el avión	Sintiendo una araña caminando en tu pierna
Sintiendo que el avión se comienza a mover	Sintiendo una araña caminando en tu cara
Sintiendo que las ruedas dejan la tierra	Caminando en una tela de arañas
Sintiendo que el avión comienza a descender	

Cuando el paciente puede visualizar la escena más intensa, es decir, la que induce mayor ansiedad en la jerarquía, sin experimentar ansiedad, la desensibilización sistemática está completa. Sin embargo, la mayoría de los terapeutas que practican este procedimiento aconsejan al paciente que busque en la vida real escenas equivalentes a las imaginadas en la jerarquía para asegurarse de que la relajación se generaliza a las escenas reales. De hecho, existe una variante de la desensibilización sistemática, llamada desensibilización en vivo, en la cual el paciente es expuesto realmente a los estímulos que inducen ansiedad. Por ejemplo un individuo con acrofobia (miedo a las alturas) puede acompañar al terapeuta al segundo piso mientras intenta permanecer relajado. Este procedimiento puede ser repetido hasta que el paciente se relaje mientras está en el balcón, en dicho punto, terapeuta y paciente pueden proceder a mirar por la ventana del tercer piso.

Ya que cualquier estado que es incompatible con la ansiedad puede ser usado en la desensibilización, el terapeuta no se limita a que el paciente se relaje mediante la tensión muscular o la meditación. Bryntwick & Solyom (1973) por ejemplo, reportaron el exitoso tratamiento de una persona con miedo a los ascensores haciendo que él comiera comidas *gourmet* (las cuales le brindaban un gran placer) mientras estaba en el ascensor. El afecto positivo experimentado por el paciente se debía a las cualidades de la comida que eran incompatibles con cualquier sentimiento de ansiedad. Por supuesto, como en el tratamiento de Peter llevado a cabo por Jones (1924), el orden de presentación del ascensor y la comida es crítico. En el siguiente caso, el orden de presentación fue incorrecto, por lo que el paciente pudo haber aprendido a asociar su ansiedad con el comer comidas *gourmet* conduciéndolo a una aversión a algunas comidas en vez de una asociación de la relajación y el agrado de estar en un ascensor.

¿Funciona la desensibilización? Desde los trabajos de Wolpe (1958), quien fue el primero en proponer la desensibilización sistemática como un tratamiento para los miedos y fobias, literalmente, miles de estudios han sido conducidos virtuosamente corroborando la

eficacia a esta intervención en el tratamiento de los miedos y las fobias (ver Emmelkamp, 1994 para una revisión de estos estudios). Se ha encontrado que los procedimientos de desensibilización han sido además efectivos en el tratamiento de las disfunciones sexuales. Por ejemplo, Cranston-Cuebas & Barlow (1990) encontraron que entre 50% y el 70% de los pacientes que recibieron tratamiento para la disfunción sexual que estaban basados en la reducción de la ansiedad por medio del procedimiento de desensibilización sistemática mostraron mejorías inmediatas. Mas extensamente, Berman, Miller & Massman (1985) llevaron a cabo un meta análisis (ver capítulo 15) de estudios comparando la desensibilización sistemática con la terapia cognitiva en el tratamiento de los desórdenes de ansiedad. Berman et al. Concluyeron que la desensibilización sistemática y la terapia cognitiva son ambas efectivas y son duramente comparables la una con la otra en su eficacia. Interesantemente, los autores concluyeron además que las terapias que combinan los procedimientos cognitivos y los de desensibilización no son más efectivas que uno de los tratamientos por sí solo.

Aunque ahora es aparente que la desensibilización sistemática es un efectivo tratamiento para los miedos y las fobias, es menos claro como la desensibilización sistemática consigue estos efectos. Más de 25 años atrás, Kazdin & Wilcoxon (1976) hicieron un análisis de la desensibilización sistemática y concluyeron que ninguno de los tres principales pasos de este tratamiento (la relajación, el uso de la jerarquía de ansiedad y el pareamiento de la relajación y la jerarquía) son necesarios para la reducción de los miedos y las fobias. Más recientemente, Bouton (1994, 2000) demostró que el nuevo pareamiento de los estímulos que producen miedo con la relajación en la desensibilización sistemática no remueve la asociación original entre los estímulos y la respuesta de miedo del paciente. Más bien, ambas asociaciones están ahora disponibles, y el paciente puede reaccionar a los estímulos ya sea con el miedo o con la relajación, dependiendo de un número de diferentes factores (ver cuadro 14.1). La verdad es que esta perspectiva reciente puede llegar muy lejos en la explicación de por qué algunos pacientes quienes responden favorablemente a la desensibilización sistemática, en poco tiempo despliegan nuevamente la conducta de evitación de estímulos que provocaban el miedo original. La mayoría de los teóricos e investigadores de estos tiempos concuerdan en que la característica más importante de la desensibilización sistemática parece ser la exposición del paciente a los estímulos fóbicos o aversivos (Marks, 1987; Rachman, 1990). Basados en esta formulación, los investigadores ahora han comenzado a examinar la eficacia de la simple exposición de los individuos a los objetos o situaciones que producen miedo.

Tratamientos de Exposición: Como es el caso de muchos procedimientos de terapia conductual, **los tratamientos de exposición** tiene su origen en los modelos animales de psicopatología. Por ejemplo, el psicólogo Martín Seligman de la University of Pennsylvania, demostró en los años 60 que una manera efectiva de enseñar a un perro que regrese a una caja que ha sido asociada previamente con shock, es forzando al perro dentro de la caja y prevenir este escape. De este modo, inicialmente el perro mostrará signos de considerable estrés, pero con el tiempo la ansiedad y emocionalidad se disiparán (extinguidas) y el perro será capaz de entrar a la caja para obtener comida, algunas veces no ha sido posible hacer esto antes de la exposición a la situación provocadora de ansiedad (Seligman, 1975; Seligman, Maier & Greer, 1968).

CUADRO 14.1

¿DESTRUYE LA EXTINCIÓN EL APRENDIZAJE ORIGINAL?

El concepto de extinción es una parte integral del condicionamiento clásico lo cual se ha extendido también al condicionamiento operante. En el condicionamiento clásico, un estímulo que fue condicionado para producir una respuesta por medio de ser pareado con un evento de significancia biológica, pierde su habilidad de elicitar esta respuesta si es presentado en ausencia del evento de significancia biológica. Así por ejemplo, una serpiente que es pareada con el dolor de una mordedura para producir miedo, podría perder su habilidad de evocar miedo si esta es presentada repetidamente en ausencia de la mordedura dolorosa. Similarmente en el condicionamiento operante, la eliminación del reforzamiento de una conducta que ha sido reforzada en el pasado podría, a la larga, reducir la frecuencia de esa conducta a cero. La habilidad de cambiar conductas en respuesta a la variación de las contingencias ambientales, como Pavlov observó tiempo atrás, es vital para una adaptación exitosa.

Por muchos años, los psicólogos creyeron que el decremento o eliminación de la conducta por medio de la extinción era un reflejo de la destrucción del aprendizaje original (ver Rescorla, 1988, 2001). Similarmente el contracondicionamiento o la formación de nuevas asociaciones con el estímulo original, como es el caso de la desensibilización sistemática en la cual estímulo fóbico o aversivo es recondicionado con la relajación en vez de la respuesta ansiosa, se creyó que funcionaban debido a que la nueva asociación reemplazaba la original (ver Bouton, 2000). En realidad, Wolpe (1958) pensó que la respuesta de relajación condicionada en la desensibilización sistemática debilitaba el lazo entre el estímulo evocador de ansiedad y la respuesta ansiosa. Sin embargo, las investigaciones más recientes presentan serias dudas con esta perspectiva y nos están ayudando a ganar un mejor entendimiento del hecho de que, incluso después de que es extinguida o recondicionada la respuesta puede ocurrir nuevamente frente al estímulo original, fenómeno conocido como *recuperación espontánea*.

Los resultados de estas investigaciones, los cuales tienen importantes implicaciones para las aproximaciones al tratamiento clínico orientadas conductualmente, sugieren que en vez de destruir las bases aprendidas de la conducta condicionada, la extinción y el contracondicionamiento dejan al menos parte del aprendizaje y las asociaciones en un lugar (Bouton 1994, 2000). Bouton (1994) argumenta que tanto el aprendizaje como la extinción están fuertemente afectados por el contexto en el cual tienen lugar. Por ejemplo, los métodos conductuales para el tratamiento del miedo y la ansiedad, a menudo involucran la exposición de los pacientes a los estímulos amenazantes hasta que su miedo se disipa o es extinguido. Sin embargo, los estímulos provocadores de miedo pueden aun elicitar el miedo bajo ciertas condiciones. Para explicar este hallazgo, Bouton y Swartzentruber (1991) sostienen que la extinción o el contracondicionamiento no causan un desaprendizaje del miedo. Mas bien los estímulos toman una segunda significación: ésta es ahora más ambigua de lo que fue originalmente (debido a que han sido pareados con ambos, el miedo y la relajación), y el que evoquen ansiedad o relajación dependerá del contexto en el cual estos son presentados. El contexto incluye tanto el medio ambiente físico como los estados internos tales como las emociones y los estados fisiológicos producidos por drogas.

De hecho Bouton (1994) ha demostrado en un número de estudios que la respuesta de ansiedad original puede ser recuperada de forma relativamente fácil cuando el contexto original es presentado nuevamente. Observa, consecuentemente, que debido a que la extinción y el contracondicionamiento no necesariamente involucran el desaprendizaje de una asociación, existe siempre la posibilidad de que los pacientes recaigan luego del tratamiento clínico. Basado en el concepto de generalización, Bouton sugiere que es muy probable la recaída o la recurrencia de las conductas desadaptadas pueda ser reducida mediante la ampliación del rango de contextos en los cuales las nuevas asociaciones (producidas ya sea por medio de extinción o contracondicionamiento) son aprendidas.

Los terapeutas conductuales basados en estos descubrimientos científicos, los cuales demuestran la efectividad de forzar a los perros a volver a las cajas en las cuales ellos

habían experimentado inicialmente el miedo, comenzaron a desarrollar terapias de exposición para los tratamientos del miedo y las fobias el ejemplo más temprano de tales aproximaciones terapéuticas es la **Terapia Implosiva** o inundación (Stampfl & Levis, 1967; Wanderer & Ingram, 1990). La terapia implosiva intenta extinguir la respuesta de miedo mediante la exposición a las situaciones que elicitán miedo en individuos ansiosos y forzándolos a permanecer en aquellas situaciones hasta que su estado de activación (arousal) es reducido o eliminado.

Es importante reconocer que esta aproximación al miedo difiere dramáticamente de los procedimientos de desensibilización. En la desensibilización sistemática o desensibilización en vivo el individuo es enseñado a relajarse y es expuesto lenta y gradualmente a situaciones que elicitán e incrementan el nivel de ansiedad; al individuo nunca se le permite más que un bajo nivel de ansiedad antes de retirar la situación. En contraste, la terapia implosiva involucra en muchos aspectos la aproximación opuesta, esencialmente comenzando en el tope de la jerarquía de ansiedad. No se le enseñan métodos de relajación al individuo; él o ella inmediatamente son ya sea expuestos o instruidos a imaginarse a sí mismos en la situación que más les produce ansiedad por un prolongado período de tiempo. Además, el paciente es instruido a ubicarse en el peor resultado que pueda tener una situación con el objetivo de elicitán los mayores niveles de ansiedad. Por ejemplo, a un paciente claustrofóbico se le puede instruir que se imagine estando en una pequeña habitación por 2 horas y que imagine que esa habitación se hace cada vez más pequeña. En la terapia implosiva, los individuos aprenden que no existen consecuencias aversivas a largo plazo aproximándose al objeto que produce miedo o permaneciendo en la situación que produce ansiedad. La gente ve que puede sobrevivir a sus peores miedos y que los estímulos que producen el miedo pierden su potencial de producir ansiedad.

Los resultados de numerosos estudios corroboran la efectividad de los tratamientos para el miedo y fobias basados en la exposición. En las revisiones de estos estudios se examina la eficacia de la terapia implosiva, Marks (1987) y Spiegler (1998) concluyeron que la exposición es un efectivo procedimiento para el tratamiento de una variedad de desórdenes de ansiedad y es generalmente más efectiva que la desensibilización sistemática. Dando soporte a su efectividad, DeRubeis y CritsChristoph (1998) incluyeron la terapia de exposición como un soporte empírico para el tratamiento de la fobia social, agorafobia, desorden de pánico y desorden de estrés post-traumático.

Como es de esperar, la terapia implosiva inicialmente causa más estrés entre los pacientes que la desensibilización sistemática, y por esa razón algunos terapeutas se sienten más cómodos usando la desensibilización sistemática. En respuesta a esta preocupación, la exposición gradual ha sido usada crecientemente en la terapia conductual. En este procedimiento los pacientes son expuestos inicialmente a estímulos que evocan solo niveles mínimos de ansiedad y luego gradualmente progresan a estímulos más estresantes y productores de ansiedad. Es interesante la evidencia existente de que la exposición gradual puede ser más efectiva que la exposición intensiva (Spiegler, 1998).

Una variante de terapia implosiva, conocida como **prevención de respuesta**, ha sido usada exitosamente en el tratamiento de los desórdenes obsesivo – compulsivos (Por ej., Salkovskis & Kirk, 1989). Los pacientes con desórdenes obsesivo – compulsivos (OCD) se caracterizan por pensamientos y conductas no deseados que no pueden detener. En la prevención de respuesta, los pacientes son expuestos al estímulo que elicitá sus pensamientos obsesivos pero se previene que realicen las conductas obsesivas que utilizan

para reducir la ansiedad asociada con el estímulo, Por ejemplo, en el caso de un obsesivo – compulsivo lavador de manos, el tratamiento de prevención de respuesta puede consistir en la exposición del paciente a la suciedad y luego se previene que el paciente lave sus manos. Típicamente, las sesiones de exposición y prevención de respuesta son continuadas por extendidos períodos de tiempo (Por ej., 2 horas diarias por varias semanas) y son combinadas con tareas asignadas para el hogar.

Numerosos estudios han documentado la efectividad de la exposición y prevención de respuesta en el tratamiento del OCD. Por ejemplo, en un temprano estudio Foa y Goldstein (1978) demostraron que la combinación de exposición y prevención de respuesta es más efectiva que si se utiliza cada componente solo. Positivos resultados subsecuentes fueron además reportados por Foa, Kozak, Steketee & McCarthy (1992), Marks (1987) y Rachman & Hodgson (1997). En una revisión reciente, Abramowitz (1996) reportó que la terapia de exposición supervisada es más efectiva que la exposición autocontrolada en el tratamiento del OCD y que la adición de la prevención de respuesta a la terapia de exposición rinde mejores resultados que al hacer la exposición sola.

Esta técnica ha sido además aplicada en pacientes que sufren de bulimia nerviosa, basándose en el supuesto de que el comer comidas altas en calorías induce la ansiedad y el miedo a subir de peso y que purgando, por lo tanto, se reduce la ansiedad. Desde esta perspectiva, la bulimia es tratada dándole a los pacientes bulímicos comidas altas en calorías en la oficina del terapeuta (exposición) teniendo entonces el paciente que permanecer en la oficina con el terapeuta hasta que el impulso de vomitar y la ansiedad asociada se hayan disipado (prevención de respuesta). Estudios tempranos han reportado ser exitosos usando la exposición acompañado de la prevención de respuesta en el tratamiento de la bulimia (Por ej., Cooper & Steere, 1995; Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman & Vara, 1988; G. T. Wilson, Rossiter, Kleifield, & Lindholm, 1986). Los resultados de estudios más recientes sugieren que el componente de la terapia cognitiva conductual que la hace efectiva en el tratamiento de la bulimia es la exposición y no la prevención de respuesta. G. Terence Wilson, un psicólogo clínico de Rutgers University, ha conducido varios elegantes estudios durante la década pasada demostrando que, la terapia cognitivo conductual es el tratamiento más efectivo para la bulimia y que la prevención de respuesta no mejora la efectividad de esta terapia (Wilson, Eldredge, Smith & Niles, 1997; ver además Agras, Schneider, Arnow, Raeburn & Tekh, 1989). G. T. Wilson y Fairburn (en prensa) presentan una discusión comprensiva de la efectividad de la terapia cognitivo – conductual en el tratamiento de los desórdenes alimenticios, apoyando claramente el uso de esta aproximación para el tratamiento de la bulimia.

Un asunto interesante y que concierne a como funcionan la exposición, la relajación y la desensibilización sistemática en el tratamiento de la ansiedad cuando son comparadas con la farmacoterapia (tratamiento por medicación). Gould, Otto, Pollack y Yap (1997) recientemente examinaron este asunto llevando a cabo un meta – análisis de 35 estudios que incluyeron un total de 61 intervenciones de tratamiento distintas para el desorden de ansiedad generalizada (GAD), incluyendo desensibilización sistemática, exposición, relajación, reestructuración cognitiva y tratamiento farmacológico para la ansiedad. En las bases de su análisis, Gould et al. llegaron a dos importantes conclusiones: Primero, que tanto la terapia cognitivo – conductual como la farmacoterapia son tratamientos efectivos para el GAD, y segundo, que no hay diferencias sustanciales entre esos dos tipos de tratamiento. Sería importante en futuras investigaciones examinar si la combinación de

terapia cognitivo – conductual y los medicamentos anti ansiedad son más efectivos que cada tratamiento por separado.

Dificultades en el Funcionamiento Social

Habilidades Sociales y Tratamiento en Asertividad. Los terapeutas conductuales han usado el entrenamiento en habilidades sociales para tratar desórdenes que se caracterizan por dificultades en el funcionamiento social o interpersonal. Durante el paso de dos décadas, la amplia gama de literatura sobre investigación en psicología ha demostrado una consistente asociación entre el funcionamiento social problemático y la psicopatología, más típicamente, depresión y ansiedad (Por ej., Gotlib, Lewinsohn & Seeley, 1998) pero además fobia social (Chambless & Hope, 1996) y esquizofrenia (Bellack & Mueser, 1994). Los individuos que sufren estos desórdenes reportan tener menos amigos cercanos y, en general, redes sociales más pequeñas que aquellas personas que no han experimentado elevados niveles de psicopatología. Muchos investigadores han interpretado estos descubrimientos indicando que las personas con estas particulares formas de psicopatología tiene habilidades sociales deficientes (Segrin & Flora, 2000).

Los teóricos y terapeutas conductuales han identificado un número de componentes verbales y no verbales de las habilidades sociales. Por ejemplo, pacientes quienes reportan problemas en las habilidades sociales a menudo tienen dificultades en el mantenimiento del contacto visual, en equilibrar el tono su voz con el contenido de la conversación, en percibir con precisión las emociones de los otros, en sonreír en los momentos apropiados, en interpretar correctamente las conductas no verbales de los otros y en darle el ritmo apropiado a sus respuestas (no interrumpir a otra persona o finalizar las frases de sus compañeros). Dependiendo de la situación específica, los individuos pueden además tener dificultades en iniciar o mantener una conversación, en hacer solicitudes a las otras personas y en abogar por sus derechos. Todas esas deficiencias en las habilidades sociales básicas interfieren en el desarrollo y mantenimiento de las relaciones sociales.

Ayudando al paciente para que llegue a ser más hábil o asertivo socialmente, los terapeutas conductuales usan un número de procedimientos. Bellack y Mueser (1994) revisaron una investigación que examinó el entrenamiento de habilidades sociales, y concluyeron que los programas más efectivos incluyen muchos de los siguientes componentes:

1. Evaluación de las conductas activas de los pacientes, déficit y excesos en situaciones sociales.
2. Selección de conductas sociales específicas para modificar.
3. Modelamiento de las conductas apropiadas llevado a cabo por el terapeuta.
4. Instrucción o entrenamiento de las conductas apropiadas y juego de roles (rol playing) y ensayos hechos por el cliente.
5. Retroalimentación y reforzamiento positivo de los primeros pequeños pasos hacia la conducta deseada.
6. Asignación de tareas para el hogar, más frecuentemente, ocuparlos en conductas sociales particulares fuera de la terapia.

Otros investigadores se han avocado a incluir las habilidades de resolución de problemas en protocolos de entrenamiento de habilidades sociales (Por ej., Nezu & Nezu,

1993; O'Reily, Lancioni & O'Kane, 2000). Todos estos componentes del entrenamiento son diseñados para ayudar al paciente a que aprenda del terapeuta exactamente que conductas son apropiadas en variadas situaciones y a que llegue a estar más cómodo y adepto al ocuparse en aquellas conductas. El incremento del nivel de habilidades sociales con el tiempo, podría causar una reducción en los niveles de ansiedad y depresión del paciente en situaciones sociales.

Esta aproximación al tratamiento de las habilidades sociales deficitarias y el incremento de la asertividad ha sido usada exitosamente en los tratamientos de la timidez, aislamiento social, esquizofrenia y fobia social, además reduciendo las explosiones de rabia y violencia en pacientes psiquiátricos. Además ha sido usada para tratar los problemas interpersonales en niños (Spence & Donovan, 1998). Y en conjunción con otros procedimientos, el entrenamiento de habilidades sociales ha sido usado para tratar conflictos maritales, depresión y abuso y dependencia al alcohol. Interesantemente, en una revisión reciente, Emmelkamp (1994) concluyó que el mejoramiento en el funcionamiento obtenido por medio del entrenamiento de habilidades sociales es comparable a aquellos conseguidos a través de la desensibilización sistemática y exposición en vivo.

Manejo de Contingencias. El manejo de contingencias es un término ampliamente utilizado para describir una clase de procedimientos basados en los principios del condicionamiento operante que cambia las conductas controlando sus consecuencias. Como sin duda hemos notado, los psicólogos clínicos no fueron los primeros en usar las técnicas de manejo de contingencias. En realidad, todo el tiempo los padres dicen a sus hijos “limpia tu pieza y luego te llevare al mall”o “tu no debieras haberle pegado a tu hermana: ve a tu pieza y no verás televisión esta noche”, ellos están usando el procedimiento de manejo de contingencias. La primera contribución de la psicología clínica en esta área ha sido sistematizar y evaluar un número de estos procedimientos de modo que estos puedan ser utilizados más efectivamente para cambiar las conductas desadaptadas. Existen muchas formas de manejar las contingencias (ver, por ejemplo, Masters & Burish, 1987). En las siguientes secciones discutimos tres de las técnicas más comunes: moldeamiento (shaping), contrato de contingencia (contingency contracting) y economía de fichas (token economies).

Moldeamiento. Es lo más simple, es el concepto de que fortalecer una conducta por medio de reforzamiento requiere que la conducta sea omitida y luego sea reforzada. Sin embargo, en la práctica, el proceso no es tan simple ya que hay muchas conductas que no son emitidas espontáneamente. Por ejemplo, un niño pequeño no emite espontáneamente frases correctas gramaticalmente, la gente que les tiene miedo a los perros no abraza espontáneamente al primer perro que ven y los fumadores tienen dificultades para detener sus ansias de fumar. En esos casos la conducta deseada no puede ser reforzada porque no ocurrirá naturalmente; en consecuencia, el moldeamiento es utilizado para desarrollar una conducta final por medio del reforzamiento de aproximaciones sucesivas, o pasos graduales, hacia la conducta objetivo. Inicialmente, las conductas que representan el primer paso hacia la exhibición de la conducta deseada son reforzados, y luego el parámetro que representa una conducta reforzable se eleva hasta que el individuo está emitiendo la conducta finalmente deseada. El moldeamiento es generalmente utilizado en casos en los cuales la persona es capaz de emitir la conducta deseada no ha podido hacerlo. Por ejemplo, una persona tímida cuyo último objetivo es interactuar fácilmente con la gente en las fiestas

puede comenzar asistiendo simplemente a una fiesta sin ninguna expectativa o presión de hablar con alguien, luego diciendo “hola” a una persona en la próxima fiesta e incrementando a dos personas en la siguiente, y así hasta que él o ella se sientan cómodos interactuando con otras personas en situaciones de este tipo.

Contrato de Contingencia. El **contrato de contingencia** típicamente implica la construcción y la firma de un acuerdo formal que describa exactamente cuales son las conductas esperadas de cada participante y que se precisen las consecuencias de las conductas. El contrato de contingencia puede ser hecho entre el terapeuta y el paciente, describiendo en detalle tanto el objetivo de las conductas y las consecuencias de comprometerse y no comprometerse en la conducta. Por ejemplo, un paciente que está tratando de dejar de fumar puede entrar en un contrato con el terapeuta de fumar menos de 30 cigarrillos durante la próxima semana de otro modo debe donar una especificada suma de dinero a una organización que le disguste intensamente. Los contratos frecuentemente están además hechos entre dos pacientes que son vistos juntos en terapia, típicamente esposos, o entre miembros de la familia que participan en la terapia. Es crítico en esta técnica que las conductas y las consecuencias contingentes sean explicadas con detalles precisos para todos los participantes.

Una de las intervenciones más ampliamente usadas basada en los principios del condicionamiento operante y del contrato de contingencias es llamado programa de entrenamiento parental para el tratamiento del desorden oposicionista desafiante, el cual se caracteriza por desobediencia y conducta agresiva en los niños (Por ej. Barkley, 1998; Forgatch & Patterson, 1998; Long, Forehand, Wierson & Morgan, 1994). Esas intervenciones son usadas para disminuir las conductas problemáticas en niños pequeños (generalmente entre 2 y 10 años) que involucran el desafío intencionado hacia los padres, profesores y otras autoridades adultas además de conductas agresivas hacia sus pares y adultos. Oposición, desobediencia y conductas agresivas son hipotéticamente iniciadas y mantenidas por estímulos y consecuencias presentes en el medio ambiente social. Patterson y sus colegas, por ejemplo, han descrito un patrón en el cual esas conductas han sido reforzadas negativamente por los padres de los niños (Por ej., Forgatch & Patterson, 1998). Recordemos que el reforzamiento negativo implica el incremento de la frecuencia de una conducta mediante la retirada de estímulos negativos o aversivos. Por ejemplo, un padre quien exasperado, deja de hacer demandas a su hijo y le permite a su hijo continuar haciendo la conducta problema que ha sido reforzada negativamente por la conducta del padre. Las intervenciones conductuales comúnmente incluyen el entrenamiento de los padres en el castigo contingente y en el reforzamiento de conductas desarrollando contratos de contingencia entre los padres y el hijo. Un ejemplo de tal intervención en el caso de Jason es presentado en el cuadro 14.2.

CUADRO 14.2

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE ADHD Y ODD: JASON

Lo que más sorprendió a la Sra. Newman fue que la Dra. Marcus la citó a ella a las sesiones de terapia y no a Jason. Ella esperaba que la Dra. Marcus citara a Jason individualmente y le hiciera algún tipo de entrenamiento para hacerlo menos agresivo y lo ayudara a controlar su conducta. La Dra. Marcus le explico su aproximación, de modo que la Sra. Newman le encontró sentido. Entonces el plan de tratamiento fue trazado y la Sra. Newman participaría en unas 12 semanas de programa de tratamiento con la Dra. Marcus, y además ella tenía que llevar a Jason a su pediatra para ser evaluado y medicamentado para el tratamiento del desorden de déficit atencional con hiperactividad (ADHD).

La aproximación trazada por la Dra. Marcus está basada en una extendida investigación sobre el tratamiento del ADHD, desorden oposicionista desafiante (ODD) y otros desórdenes de conducta disruptiva. Estos problemas pueden ser conceptualizados como deficiencias en la capacidad de los niños para autorregularse (Barkley, 1997a). Las intervenciones diseñadas para enseñar directamente habilidades de autocontrol a los niños han sido generalmente inefectivas en el tratamiento del ADHD y del ODD (Abikoff, 1991). De hecho, solo se han encontrado dos tratamientos específicos que son efectivos en el tratamiento de estos desórdenes: la medicación psicoestimulante y el entrenamiento parental. Realmente, el trabajo con los padres para ayudarlos a manejar mejor las desobediencias, el oposicionismo y las conductas agresivas de sus hijos ha mostrado ser un efectivo tratamiento para el ODD (Forgatch & Patterson, 1998) y ser un fructífero suplemento de la medicación en el tratamiento del ADHD (Hinshaw et al., 2000).

La Dra. Marcus siguió un protocolo de tratamiento estandarizado desarrollado por el psicólogo Russell Barkley (1997b; 2000) para enseñar a la Sra. Newman a manejar la conducta de Jason. Luego de completar una cuidadosa evaluación conductual de los problemas de Jason (ver capítulo 10) ellos se juntaron en base a un semanario. La Dra. Marcus diseño las tareas para la Sra. Newman que debía completar cada día en casa con Jason, y cuando se encontraban cada en la sesión revisaban el progreso de la Sra. Newman y hacían los ajustes necesarios para el tratamiento. Ya que las investigaciones han mostrado que los desórdenes de conducta disruptiva están asociados con interacciones altamente negativas y aversivas entre padres e hijos (Patterson, 1997), el primer componente del tratamiento se focalizó en el reestablecimiento de interacciones positivas entre Jason y su madre. La Sra. Newman programó 30 minutos de un “tiempo especial” cada día que pasaba con Jason, jugando juegos y participando en actividades que él seleccionaba. Segundo, la Dra. Marcus, enseñó a la señora Newman como ser más efectiva al hacer demandas y dar órdenes a su hijo. Los padres de hijos desobedientes a menudo tienen dificultades para entregar órdenes claras a sus hijos y sus hijos entonces fallan en obedecer esos requerimientos. Tercero, La Dra. Marcus y la Sra. Newman desarrollaron e implementaron un sistema de puntos por medio del cual Jason sería recompensado con fichas por sus conductas positivas, las cuales él podría cambiar por recompensas específicas (juguetes pequeños o actividades tales como ir a ver una película; este contrato es presentado en la tabla 14.2). Además, el profesor de Jason completaba un reporte diario de su conducta en el colegio. Finalmente, la Dra. Marcus enseñó a la Sra. Newman a usar el tiempo - fuera como una respuesta a la desobediencia de Jason y sus otras conductas negativas. Luego de recibir una advertencia de su madre por una mala conducta específica, Jason tendría que sentarse en una silla de tiempo - fuera por un minuto. Ninguno de estos pasos fue fácil de implementar para la Sra. Newman, porque los patrones de conducta negativa entre ella y Jason estaban bien establecidos al momento de solicitar ayuda. Basándose en su experiencia, la Dra. Marcus advirtió a la Sra. Newman que las conductas problemáticas de Jason podrían incrementarse inicialmente antes de mejorar, especialmente cuando ella implementara el procedimiento de tiempo – fuera. La Sra. Newman registraba las conductas problemáticas de Jason y las revisaba con la Dra. Marcus cada semana. Ellas discutían las dificultades que encontraba la Sra. Newman y registraban las lentas pero estables reducciones de la desobediencia y conductas agresivas de Jason.

Al mismo tiempo, la Sra. Newman estaba participando en su programa parental, que ella seguía por

prescripción del pediatra de Jason. El pediatra revisaba los reportes de la Dra. Marcus que describían los resultados de la evaluación conductual de Jason. Basándose en el diagnóstico de ADHD, el pediatra prescribió metilfenidato (methylphenidate) un fármaco psicoestimulante. Este medicamento trabaja estimulando aquellas porciones del cerebro que son responsables de mantener la atención y el autocontrol. Extensas investigaciones han demostrado que los fármacos estimulantes son efectivos en el manejo de los síntomas de ADHD; de hecho, un reciente estudio a gran escala por sobre 500 niños, ha mostrado que los fármacos combinados con terapia conductual es la aproximación más efectiva al tratamiento del ADHD (Arnold et al. 1997; Hinshaw et al. 2000). Así la doble aproximación de entrenamiento conductual parental conducido por un psicólogo en combinación con los medicamentos prescritos y monitoreados por un médico es el protocolo de tratamiento más efectivo para el ADHD disponible en la actualidad.

TABLA 14.2

Contrato de Contingencia de Jason			
Sistema de Puntuación en el Hogar			
Jason puede ganar puntos en casa por las siguientes actividades			
Actividades	Puntos	Recompensas	Puntos
Levantarse a tiempo para ir al colegio	5	Jugar en el computador por 30 minutos	10
Hacer su cama en la mañana	5	Mirar 30 minutos de televisión	10
Completar su tarea después del colegio	5	Andar en bicicleta después del colegio	10
Vaciar el papelerero de la cocina	5	Arrendar una película o video	20
Alimentar a los gatos a la hora de comida	5	Comprar un juego de hasta US\$ 5	15
Limpiar la mesa después de comida	5	Ir al cine	30
Lavar los platos de la cena	10	Invitar a un amigo o dormir fuera	35
Cortar el pasto	15		
Darse un baño en la noche	5		
Lavarse los dientes	5		
Ir a la cama a tiempo (8:30)	5		
Registro de Jason			
Actividad o Recompensa	Puntos Ganados	Puntos Gastados	Balance
Levantarse a tiempo para ir al colegio	5		5
Hacer su cama en la mañana	5		10
Alimentar a los gatos a la hora de comida	5		15
Limpiar la mesa después de comida	5		20
Jugar en el computador por 30 minutos		10	10
Lavarse los dientes	5		15
Cortar el pasto	15		30
Arrendar una película o video		20	10

Numerosos estudios de resultados controlados han demostrado que el entrenamiento parental es superior al no tratamiento y a otras formas terapias para niños no conductuales en la disminución de la desobediencia y la conducta oposicionista y en incrementar conductas sociales positivas (Por ej., Patterson & Chamberlain, 1994; Stoolmiller & Patterson, 1997; Wierson & Forehand, 1994). Estos estudios subrayan la importancia de los contratos de contingencia en reformar la conducta oposicionista y la desobediencia infantil. Además el contrato de contingencia ha sido usado exitosamente en el tratamiento del uso de sustancias (Por ej., Saxon, Calsyn, Kivlahan & Roszell, 1993), disfunción familiar (Blechman, 1980), y estrés marital (Bennun, 1987). Como la Tabla 14.2 ilustra a través de

ejemplos basados en los trabajos de Barkley (1997b), un importante componente de los contratos de contingencia puede ser el uso de fichas o puntos ganados y perdidos como consecuencia de conductas específicas, puntos que pueden ser cambiados por bienes o privilegios. En ninguna parte, este sistema es más explícito que en el desarrollo de los programas de economía de fichas.

Programas de Economía de Fichas. Los programas de economía de fichas representan aplicaciones de principios de manejo de contingencias en grupos de personas en vez de individuos. De hecho, mucho de nuestra sociedad es esencialmente un sistema de economía de fichas basado en los principios del manejo de contingencia: La gente es recompensada con fichas (dinero, grados) contingentes a su desempeño o conductas. Hay variados aspectos relativos a la construcción e implementación de un programa de economía de fichas. Por ejemplo, las conductas que van a ser cambiadas (más seguidas o incrementadas) deben ser operacionalizadas, y las fichas u otro reforzador simbólico debe ser seleccionado. Los participantes pueden cambiar esas fichas por bienes, servicios o privilegios. Por ejemplo, a los pacientes se les permite cambiar las fichas por privilegios específicos (Por ej., una hora extra de televisión o un paseo fuera del hospital) o bienes, tales como revistas; a los niños se les puede ofrecer snacks o un tiempo de lectura a cambio de las fichas que han ganado ocupándose en las conductas especificadas. En todos los casos, el rango preciso de cambio debe ser especificado antes de que las fichas sean ganadas.

Los programas de economía de fichas han sido más comúnmente desarrollados y usados con poblaciones institucionalizadas. De hecho, uno de los primeros reportes de un programa de economía de fichas sistemáticamente organizado describió el uso de fichas y refuerzos para aumentar las conductas sociales deseables en una muestra de pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados (Ayllon & Azrin, 1965). Desde ese reporte, ha habido numerosos estudios sobre la efectividad de los programas de economía de fichas tanto en muestras de poblaciones con psicopatología (Por ej., Foxx, 1998; Mohanty, Pati & Kumar, 1998) como en poblaciones “normales” (Por ej., Swain & McLaughlin, 1998). Existe importante evidencia empírica de que las conductas que han sido aprendidas y reforzadas en un sistema de economía de fichas pueden generalizarse fuera del ambiente específico donde fueron aprendidas. Paul, Redfield y Lentz (1976), por ejemplo, encontraron que pacientes que habían estado en un programa de economía de fichas eran más capaces de permanecer fuera del hospital luego de que les dieran el alta que aquellos pacientes que recibieron el cuidado tradicional del hospital.

Reduciendo las Conductas no Deseadas: Condicionamiento Aversivo

El objetivo del **condicionamiento aversivo** es reducir la ocurrencia de conductas no deseadas, tales como beber excesivamente, fumar o comer, pareándolas con estímulos nocivos. Así, una conducta que inicialmente fue asociada con el placer o la recompensa, como fumar, se condiciona nuevamente asociándola por el contrario con emociones y sentimientos negativos tales como la ansiedad o las náuseas. Como es posible imaginar, esos procedimientos son a menudo displacenteros y pueden involucrar sustancias nocivas o shock. En consecuencia, el condicionamiento aversivo es usado solo cuando la mayoría de los procedimientos positivos han fracasado en reducir o eliminar la conducta problemática.

El condicionamiento aversivo es utilizado con mayor frecuencia para eliminar conductas adictivas o destructivas. Por ejemplo, al tratar a un empedernido fumador de

cigarrillos, el terapeuta puede parear cada inhalación con estímulos aversivos tales como un olor nocivo arrojado en la cara del paciente o un suave shock eléctrico administrado en el dedo del paciente. Luego de un número de tales pareaciones, el paciente comienza a asociar el fumar cigarrillos con los sentimientos displacenteros evocados por el olor nocivo o el shock. Similarmente, para reducir o eliminar el consumo excesivo de alcohol, el terapeuta puede mezclar una droga inductora de náuseas con el trago de un alcohólico, así el paciente llegará a sentir náuseas y vomitará luego de ingerir el trago. Nuevamente, un número de tales pareaciones harán que el paciente se sienta enfermo con solo mirar el trago de alcohol. Finalmente el condicionamiento aversivo ha sido usado cuando la conducta a ser reducida es auto-dañina o destructiva. Por ejemplo, algunos pacientes psiquiátricos severamente perturbados y algunos niños autistas cortan su piel, se golpean a sí mismos o golpean sus cabezas contra el muro, causando muchas veces daño corporal irreversible. Aunque tales pacientes a menudo permanecen restringidos, desafortunadamente estas soluciones previenen que los pacientes o niños desarrollen conductas más adaptadas. Se ha demostrado que el shock eléctrico aversivo, administrado contingente a la conducta autodestructiva, es exitoso en reducir este tipo de conductas (Por ej., Lovaas & Buch, 1997).

En general, el resultado de las investigaciones en terapia de aversión ha arrojado resultados equívocos. Por ejemplo, aunque se ha encontrado que la droga Antabuse (Disulfiron), la cual interactúa con el alcohol produciendo náuseas, reduce temporalmente la ingesta de alcohol, su efectividad al largo plazo se ha puesto en cuestión (Por ej., Barrera, Osinski & Davidoff, 1994). El shock eléctrico ha sido además evaluado en el tratamiento del alcoholismo y no ha funcionado precisamente bien (Por ej., E. O. Wilson, 1978). Aunque se ha reportado que el shock eléctrico ha suprimido temporalmente la conducta de fumar y de comer excesivamente (Por ej., Jonson, 1997), es mucho menos efectivo al largo plazo en el tratamiento de esos problemas (Russell, Armstrong & Patel, 1976), una conclusión que es aplicable a la mayoría de los condicionamientos aversivos (Por ej., Lichtenstein, 1982). Finalmente, podemos enfatizar aquí que, incluso en situaciones en las cuales se ha encontrado que la terapia de aversión es exitosa, los terapeutas generalmente recomiendan que esos métodos no sean usados a menos que, métodos menos dolorosos hayan fracasado.

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 precedido 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.

CUADRO 14.3

LISTA DE IDEAS IRRACIONALES COMUNES DE ALBERT ELLIS

Albert Ellis (Ellis, 1994; Ellis & Grieger, 1977) ha ofrecido un número de creencias o ideas irracionales que según él, están presentes en muchas personas en nuestra sociedad. Ellis sostiene que la magnitud del grado en el cual la gente adscribe a esas creencias, determinará la probabilidad de que exhiban un debilitamiento o un problema de funcionamiento en el futuro.

1. Absolutamente debo tener el amor sincero y la aprobación casi todo el tiempo de todas las personas significativas en mi vida.
2. Debo ser completamente competente, adecuado y exitoso en todos los aspectos, o al menos debo tener talento o competencias reales en algo importante; de otro modo sería indigno.
3. Las personas que me ofenden o hacen algo malo, son uniformemente unas personas malvadas o perversas, y debieran ser culpadas, condenadas y castigadas por sus pecados y delitos.
4. Cuando las cosas no salen de la forma en que me gusta, la vida es horrible, terrible, espantosa o catastrófica.
5. La infelicidad es causada por eventos externos sobre los cuales no tenemos casi ningún control. Además tengo una habilidad mínima para controlar mis sentimientos y libramme a mí mismo de sentimientos de depresión y hostilidad.
6. Algunas cosas son peligrosas o espantosas, por lo tanto yo debo ocuparme terriblemente de ellas y volcarme hacia ellas.
7. Encuentro que es más fácil evitar dar la cara ante las dificultades de la vida más que enfrentarlas.
8. Los recuerdos de mi pasado son todos importantes y debido a que alguna vez influenciaron fuertemente mi vida deben continuar determinando mis sentimientos y conducta hoy en día.
9. Las personas y las cosas debieran ser mejores de lo que son; es terrible y horrible para mí si no encuentro rápidamente buenas soluciones a los problemas de la vida.
10. No puedo encontrar la felicidad si soy pasivo y no tengo opinión en la vida.
11. Siempre hay sólo una solución correcta para los problemas humanos, y si esa solución no la encuentro debiera estar bastante preocupado.
12. Me doy a mí mismo un valor general como ser humano, y mi valor general y autoaceptación dependen de lo bueno de mi desempeño y del grado en que la gente me aprueba.

Terapia Cognitiva para la Depresión y Ansiedad

Basado en sus formulaciones teóricas, Beck desarrolló la terapia cognitiva para el tratamiento de la depresión y la ansiedad. Beck, Rush, Shaw & Emery (1979) describen la terapia cognitiva del siguiente modo:

La terapia cognitiva es una aproximación estructurada, activa, directiva y de tiempo limitado usada para tratar una variedad de desórdenes psiquiátricos... Está basada en el supuesto teórico racional de que los afectos y la conducta de un individuo están, en gran medida, determinados por el modo en que él se estructura el mundo... Sus cogniciones (eventos verbales o pictóricos en su flujo de conciencia) están basadas en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de sus experiencias previas. Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente y adecuado, sus pensamientos pueden estar dominados por el esquema "Si yo no hago todo perfectamente, entonces soy un fracaso". En consecuencia, él reacciona a las situaciones en términos de adecuación, incluso cuando los otros no tienen relación con si él es o no personalmente competente.

Como es de esperar dada esta conceptualización, la terapia cognitiva se enfoca principalmente en la identificación y el cambio de los pensamientos y cogniciones desadaptados, con la creencia de que esos cambios llevarán a una reducción de los síntomas de estrés. Adicionalmente, los terapeutas cognitivos también asignan tareas conductuales a los pacientes y les dan entrenamiento en habilidades de resolución de problemas (lo que puede ser llamado más precisamente terapia cognitivo - conductual). La terapia cognitiva es de tiempo limitado: raramente excede las 30 sesiones (1 por semana) y comúnmente se hace en un rango de entre 15 y 25 sesiones.

Al principio en unas pocas sesiones de terapia cognitiva, el terapeuta explica la teoría cognitiva de los desórdenes emocionales al cliente, haciendo énfasis en como las cogniciones negativas contribuyen al estrés. Al cliente se le enseña la importancia de ser capaz de identificar, evaluar y remplazar pensamientos negativos automáticos por cogniciones más positivas. El terapeuta intenta ocupar al cliente como un colaborador, o un compañero científico en terapia, proceso referido como empirismo colaborativo. Trabajando juntos, terapeuta y cliente prueban la lógica y consistencia de cada pensamiento negativo, y el cliente es animado a cambiar sus cogniciones de modo que sean más consistentes con la lógica y la evidencia disponible. El terapeuta enseña al cliente estrategias de enfrentamiento tales como habilidades de solución de problemas y entrenamiento de asertividad para ayudarlo en el uso de esas cogniciones más positivas.

La mitad de las sesiones de terapia cognitiva están dedicadas a ayudar al cliente a identificar y modificar las creencias subyacentes básicas que lo llevan a tener pensamientos negativos. Esas creencias pueden incluir, "No soy una persona sobresaliente," "No merezco ser amado," "Voy a fracasar cuando trate de hacer algo nuevo," u otras creencias similares. Es importante notar que las creencias subyacentes, que son el foco de la mitad de la terapia cognitiva, son más generales y abarcan los pensamientos negativos que son más específicos e identificados en las primeras sesiones. Los terapeutas cognitivos teorizan que esas creencias globales subyacentes conducen a creencias más específicas que gatillan un episodio de depresión o ansiedad. En la terapia cognitiva por lo tanto, las cogniciones negativas específicas son identificadas primero ya que están más cercanas a la superficie. Entonces cuando el cliente ha tenido alguna experiencia con los procesos de terapia, las creencias más globales y profundas son examinadas e inhabilitadas en colaboración con el cliente.

En las sesiones finales de terapia cognitiva (generalmente entre las sesiones 12 y 16) el terapeuta tiene los dos objetivos principales. Primero, el terapeuta trabaja con el cliente para solidificar los logros que el cliente ha alcanzado en la terapia. Así, el terapeuta intenta

ampliar el rango de cogniciones negativas que el cliente ha identificado como problemáticas e intenta fortalecer las cogniciones y conductas más positivas que ha utilizado para mejorar su funcionamiento hasta ahora. Segundo, debido a que muchos desordenes emocionales como la depresión y ansiedad tienen un alto índice de recurrencia, o recaída, en las últimas sesiones de terapia cognitiva el terapeuta se enfoca en la prevención de la recaída del desorden. Aquí, el terapeuta se asegura que el cliente ha identificado adecuadamente las actitudes y creencias disfuncionales subyacentes que ocasionaron las cogniciones negativas y trabaja con el cliente para identificar los tipos de estresores de la vida con los cuales podría encontrarse en el futuro. En realidad, muchos terapeutas cognitivos juegan el rol de esas respuestas y cogniciones adaptativas que permiten anticiparse a esos eventos adversos, además ayudan a sus clientes para que estén conscientes de esas sutiles claves emocionales que están bajo estrés y que pueden emplearse en cogniciones positivas. Un ejemplo de terapia cognitiva es presentado en el cuadro 14.4, describiendo el tratamiento de Phillip, quien experimenta ansiedad social.

CUADRO 14.4

TERAPIA COGNITIVA PARA LA ANSIEDAD SOCIAL: PHILLIP

La Dra. Marcus tiene considerable experiencia ayudando a clientes que presentan problemas como los de Phillip, personas que han tenido un irrazonable miedo a lo social o a situaciones en las que deben desempeñarse. Habiendo administrado una entrevista estructurada a Phillip, La Dra. Marcus fue capaz de confirmar su impresión inicial de que él estaba sufriendo una diagnosticable fobia social. Ella sabe desde su entrenamiento como psicóloga clínica que la terapia cognitivo conductual es un efectivo tratamiento para la fobia social, y procedió a compartir con Phillip su entendimiento de la fobia social desde su perspectiva. La Dra. Marcus le dice a Phillip que sus pensamientos negativos son el mayor recurso de sus dificultades. Los individuos con fobia social creen que algunas o todas las situaciones sociales son peligrosas debido al potencial que ellos tienen de ser evaluados negativamente lo cual los lleva a sentirse perplejos, perturbados, excluidos, desestimados y con baja autoestima. La Dra. Marcus continúa informando a Phillip que sus pensamientos negativos son cada vez más poderosos tanto el día en que su presentación está cerca como cuando están actualmente presentes y llegan a ser abrumadoras. Ella sugiere que Phillip percibe erróneamente a los miembros de la audiencia como si lo estuvieran mirando críticamente, y que esos pensamientos interfieren con su presentación, llevándolo a tener un bajo desempeño. Ese bajo desempeño lo lleva a tener más pensamientos negativos y síntomas físicos de ansiedad tales como aumento de la frecuencia cardíaca y disminución de la respiración lo que adicionalmente perjudica su desempeño. La Dra. Marcus le explica a Phillip que esto es un círculo vicioso de pensamientos negativos afectando el desempeño, y que gira llevando a más pensamientos negativos y síntomas de ansiedad. La Dra. Marcus además le indicó a Phillips que quizás no está consciente de esos pensamientos negativos. Es probable que él haya experimentado esos pensamientos tan seguido que se hayan vuelto automáticos.

Nunca antes Phillip había pensado en esos términos acerca de su miedo a las presentaciones y sus síntomas físicos. No había escuchado nada sobre “pensamientos disfuncionales” antes de conocer a la Dra. Marcus, pero las explicaciones que ella le dio le hicieron sentido y estaba deseoso de trabajar con ella para dejar sus miedos atrás. La Dra. Marcus le explicó que iba a usar una combinación de técnicas de relajación, exposición al origen de su ansiedad, técnicas cognitivas y técnicas de extinción en su tratamiento. Además le explicó que le iba a asignar tareas para la casa para ayudarlo a practicar las habilidades que aprendiera en la sesión de terapia. Para prepararlo para los procedimientos de exposición, La Dra. Marcus le dio a Phillip un audio cassette de relajación y le pidió que siguiera sus instrucciones dos veces al día. Le dio a Phillip una ficha de auto-monitoreo para que Phillip registrara sus sesiones de relajación (ver figura 14.1). Ella enfatizó que sería

importante para Phillip practicar el procedimiento de relajación muscular progresiva regularmente, y así capacitarlo para que entre en un estado de relajación por sí mismo cada vez que lo necesite.

Registro de Relajación			
Grado de relajación y concentración al final de cada práctica, usando la siguiente escala:			
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8			
nada poco moderado fuerte excelente			
FECHA	PRACTICA	RELAJACIÓN AL FINAL DEL EJERCICIO	CONCENTRACIÓN DURANTE EL EJERCICIO
	En sesión		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		

FIGURA 14.1

Ficha de auto-monitoreo de Phillip, registro de sus sesiones prácticas de relajación en casa.

Después, la Dra. Marcus trabajó con Phillip para identificar sus pensamientos disfuncionales sobre hacer presentaciones en el trabajo. Durante dos sesiones, Phillip identificó los siguientes pensamientos: “Sé que estaré ansioso en la presentación”; “Mis compañeros de trabajo verán que estoy ansioso y pensarán que soy ridículo”; “Me pondré en ridículo a mí mismo”; “Realmente no sé que estoy haciendo en este trabajo”. Phillip tenía miedo de no ser capaz de controlar sus signos manifiestos de ansiedad tales como enrojecimiento, voz temblorosa y dificultad para pensar claramente. Su mayor miedo era que podía tener otro ataque de pánico, como aquel que había experimentado recientemente cuando no pudo respirar y sintió que estaba teniendo un ataque al corazón. Debido a sus miedos, él piensa que la presentación saldrá mal y por lo tanto, será evaluado como un ser incompetente.

La Dra. Marcus comenzó con el componente de exposición del tratamiento, para lo cual Phillip debía relajarse primero tal como lo había aprendido con el video cassette y luego, debía imaginarse haciendo una presentación frente a sus compañeros de trabajo. Phillip tenía que imaginar que comenzaba bien, pero luego revolvía sus papeles y perdía su lugar en la presentación. Es importante para el tratamiento, que Phillip continúe imaginando esta experiencia, incluso si piensa que va a ponerse ansioso. Para prevenir que Phillip evite esta situación, se utiliza un procedimiento conocido como prevención de respuesta con exposición, el cual ha sido encontrado un efectivo tratamiento para la ansiedad porque permite extinguir la ansiedad en presencia de la fuente amenazante.

Phillip pudo continuar imaginándose a sí mismo en la situación, y su nivel de ansiedad lentamente

comenzó a bajar. Durante cuantas sesiones siguientes, la Dra. Marcus hizo que Phillip se imaginara dando presentaciones en circunstancias cada vez más difíciles, animándolo para que se imaginara en situaciones incluso cuando se estaba poniendo cada vez más ansioso. Es importante que cada vez que el nivel de ansiedad de Phillip era peligroso, se daba por terminada la sesión aun cuando él continuara imaginándose a sí mismo en la situación. Phillip continuó practicando la relajación, y durante las sesiones de tratamiento, la Dra. Marcus comenzó a trabajar con Phillip en identificar sus pensamientos disfuncionales mientras se imaginaba dando una presentación. La Dra. Marcus y Phillip identificaron pensamientos más adaptativos y Phillip practicó esos pensamientos dando presentaciones en la oficina de la Dra. Marcus. La Dra. Marcus además le asignó tareas para la casa tales como dar breves presentaciones a su equipo de trabajo, monitoreando sus pensamientos y niveles de ansiedad. Phillip fue capaz de identificar distorsiones cognitivas específicas que estaba teniendo durante las presentaciones, pero además fue capaz de formular pensamientos más racionales y adaptativos y ponerlos en lugar de sus pensamientos distorsionados. Al final del tratamiento (15 sesiones), Phillip, fue capaz de dar presentaciones en el trabajo sin experimentar una ansiedad debilitante. A los 6 meses después de las sesiones con la Dra. Marcus, Phillip reportó que, si bien no disfrutaba dando presentaciones, no había evitado tales eventos y pensaba que estaba haciendo un buen trabajo.

Evaluación de la Terapia Cognitiva

Dado que la terapia y la teoría cognitiva intentan entender y tratar la depresión (Por Ej., Beck, 1967), no es sorprendente que la mayoría de los estudios que examinan la efectividad de la terapia cognitiva se enfoquen en la depresión. De hecho, la terapia cognitiva y la terapia cognitivo conductual han sido actualmente bien evaluadas en más de 80 estudios controlados (American Psychiatric Association, 2000). Los resultados de esos estudios clínicos son consistentes: Está claro que la terapia cognitiva es un efectivo tratamiento para la depresión unipolar. En realidad, la terapia cognitiva fue identificada por la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures of Division 12 of the APA (Fuerza de Trabajo en la Promoción y Disseminación de los Procedimientos Psicológicos de la División 12 de la APA) (Chambless & Hollon, 1998) como un “tratamiento bien establecido” (ver capítulo 15). Aunque hay excepciones (Por Ej., N. S. Jacobson et al., 1996; Shapiro, Barkham, Rees & Hardy, 1994), la terapia cognitiva generalmente ha sido encontrada ser tan efectiva como (y a veces más efectiva que) formas alternativas de tratamiento para la depresión, incluyendo medicación antidepresiva (DeRubeis, Gelfand, Tang & Simons, 1999; Hollon, Haman & Brown en prensa). Si embargo, al mismo tiempo es importante darse cuenta que, a pesar del foco explícito de la terapia cognitiva en la prevención de la recaída, cerca de 2 tercios de pacientes depresivos quienes reciben terapia cognitiva tienen otro episodio de depresión dentro de 2 años (Gortner, Gollan, Dobson & Jacobson, 1998), un problema que además aflige a otras formas de psicoterapia. Examinaremos esta investigación con más detalle en el capítulo 15.

Debido a que no todos los clientes depresivos responden a la terapia cognitiva, investigadores han comenzado a examinar si puede haber un cliente con características particulares que se asocie con mejores resultados. Por otro lado, la pregunta que están haciendo esas investigaciones es, “¿Pueden algunos tipos de clientes responder mejor a la terapia cognitiva que otros tipos de clientes?”. Aunque esta investigación aun no ha rendido resultados consistentes, han emergido unos pocos descubrimientos inesperados. Por ejemplo, incluso una ardua terapia cognitiva requiere clientes que usen la lógica para evaluar sus creencias, el nivel de inteligencia no está asociado con los resultados de la

terapia cognitiva para la depresión (Haaga, DeRubeis, Stewart & Beck, 1991). Similarmente, debido a que la terapia cognitiva se propone trabajar mediante la reducción del nivel de cogniciones disfuncionales, sería razonable pensar que los pacientes depresivos con altos niveles de pensamiento disfuncional podrían tener un gran beneficio mediante esta forma de tratamiento. Paradójicamente, parece que es todo lo contrario: Se ha encontrado que los pacientes con bajos niveles de pensamiento disfuncional han respondido mejor a la terapia cognitiva (Por Ej., Jarrett et al., 1991). Interesantemente, pacientes con los más altos niveles de cogniciones disfuncionales tienden además a tener las depresiones más severas (Whisman, 1993) y además su respuesta es relativamente baja a la medicación antidepressiva (Sotsky, Glass, Shea & Pilkonis, 1991). Finalmente, Barber y Muenz (1996) encontraron que pacientes que intentan evitar comportarse en relaciones con otros funcionan mejor en una terapia cognitiva que en una psicoterapia interpersonal, mientras que pacientes con un estilo más obsesivo muestran el patrón de respuesta opuesto.

Finalmente, es importante indicar aquí que se ha encontrado que la terapia cognitiva es más efectiva en el tratamiento de otros desórdenes que en la depresión. En su revisión reciente del soporte empírico de la psicoterapia para adultos, DeRubeis y Crits-Christoph (1998) notó que la terapia cognitiva ha sido usada exitosamente para tratar el desorden de ansiedad generalizada, el desorden obsesivo - compulsivo y el desorden de pánico. Además existe literatura creciente documentando la efectividad de la terapia cognitiva en los desórdenes alimenticios como la bulimia y la anorexia nerviosa (Por Ej. Kinoy, 2001; Ricca, Mannucci, Zucchi, Rotella & Faravelli, 2000; Whittal, Agras & Gould, 1999), en las dificultades maritales (Por Ej., Emanuels-Zuurveen & Emmelkamp, 1996; Epstein, Baucom & Daiuto, 1997) y en las disfunciones sexuales (Nobre & Gouveia, 2000). Adicionalmente, se ha encontrado que la terapia cognitivo conductual ha sido efectiva en el tratamiento de dificultades que tienen componentes tanto de significancia física como psicológica. Debido a que el tratamiento del dolor crónico representa una excelente ilustración de este punto, describimos con gran detalle las aproximaciones cognitivo conductuales a este problema en el cuadro 14.5.

CUADRO 14.5

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL DOLOR CRÓNICO
<p>Una de las más amplias y exitosas aplicaciones de la terapia cognitiva, o terapia cognitivo conductual, ha sido en el tratamiento del dolor crónico. Millones de individuos sufren de dolor crónico asociado con una variedad de condiciones, incluyendo dolor de cabeza, varias formas de dolor estomacal y abdominal (Por Ej., colitis, desorden de colon irritable), dolor de espalda, artritis y otras enfermedades reumáticas, AIDS y cáncer. Aunque numerosos medicamentos son efectivos en el manejo del dolor crónico, la mayoría tiene efectos colaterales negativos, siendo incluso adictivos. Como consecuencia, terapeutas e investigadores cognitivo conductuales han empleado y evaluado métodos para ayudar a los pacientes a que aprendan a manejar mejor y luchen con su dolor y sus consecuencias en su funcionamiento diario. Un gran número de investigaciones empíricas han demostrado que esos métodos son altamente efectivos en el manejo del dolor crónico (Compas, Haaga, Keefe, Leitenberg & Williams, 1998; Morley, Eccleston & Williams, 1999). Las intervenciones conductuales, cognitivas y cognitivo conductuales para el dolor crónico típicamente incluyen variados elementos. Por ejemplo, algunos tratamientos están basados en los principios de la teoría operante y se enfocan en reducir el reforzamiento social y la atención que a menudo es contingente tanto con la conducta de dolor como con la pérdida del funcionamiento que casi siempre acompaña el dolor crónico (Por Ej., Fordyce, 1988, 1993). Esos métodos han sido exitosamente usados en el tratamiento del dolor crónico lumbar, una condición debilitante que</p>

afecta a millones de americanos. Las aproximaciones de la terapia conductual al tratamiento del dolor implican el reforzamiento de las conductas adaptativas o saludables, tales como el ejercicio regular y el hablar de tópicos que no están relacionados con el dolor (en un intento por reducir la preocupación por el dolor que generalmente caracteriza las interacciones de los pacientes que sufren dolor crónico). Al mismo tiempo, el reforzamiento es retirado en aquellas conductas que sirven para mantener el dolor y reducir las actividades normales. Esas conductas desadaptadas pueden incluir pasar el tiempo en la cama o tendidos, moverse de una manera excesivamente cautelosa y hablar o quejarse de dolor. Esta aproximación terapéutica conductual operante ha mostrado ser efectiva en el tratamiento del dolor crónico lumbar (Por Ej., Nicholas, Wilson & Goyen, 1991; Turner, Clancy, McQuade & Cardenas, 1990).

Una segunda aproximación al tratamiento del dolor utiliza la retroalimentación biológica, un procedimiento que implica aumentar la conciencia de los pacientes de su habilidad para controlar los procesos fisiológicos que se relacionan con el dolor. La retroalimentación es dada por medio de recursos electrónicos que pueden ser utilizados para medir la tensión muscular, la conducción de la piel, la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca u otros indicadores de tensión fisiológica o arousal. La retroalimentación biológica ha mostrado ser efectiva en tratamiento de variadas condiciones de dolor más notablemente las migrañas (Por Ej., Blanchard, Peters & Hermann, 1997; Kropp, Gerber, Keinath-Specht, Kopal & Niederberger, 1997; Sarafino & Goehring, 2000).

Una tercera aproximación psicológica al tratamiento del dolor, implica esfuerzos sistemáticos para mejorar la forma en que los pacientes se enfrentan con su dolor. Esta aproximación incluye métodos para distraer la atención del paciente puesta sobre su dolor, el uso de métodos de relajación que disminuyen la tensión fisiológica que frecuentemente acompaña al dolor y el desarrollo de otras estrategias de enfrentamiento para manejar el estrés emocional. En esas intervenciones los pacientes son típicamente educados en los aspectos del dolor conductuales, psicológicos y biológicos. Se les enseña una variedad de habilidades para luchar con el dolor y aprenden a aplicar esas habilidades de manejo del dolor en situaciones cada vez más difíciles (Por Ej., Gil et al., 2000; Keefe & France, 1999; Moore, Von Korff, Cherkin, Saunders & Lorig, 2000).

Aprendiendo a luchar con el dolor, a los pacientes se les enseña técnicas de relajación (relajación muscular progresiva, imaginación guiada, respiración profunda) y como realizar sus actividades; se les enseña a programar actividades placenteras, a cambiar la forma de pensar sobre el dolor y a enfocar su atención en otros estímulos distintos del dolor. Se ha demostrado que esos métodos son efectivos en el tratamiento del dolor asociado con dolores reumáticos (Por Ej., Keefe & France, 1999), en las migrañas (Por Ej., Blanchard et al., 1997) y en el síndrome de colon irritable (Por Ej., Boyce, Gilchrist, Talley & Rose, 2000; Blanchard, 2001).

En suma, todos esos estudios demuestran que la terapia cognitiva es efectiva en el tratamiento de varias formas de psicopatología en adultos, existe literatura desarrollándose rápidamente indicando que la terapia cognitiva es además efectiva en el tratamiento de desórdenes emocionales en niños. Por ejemplo, varios investigadores han examinado la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la ansiedad infantil y han reportado efectos beneficiosos tanto en el postratamiento inmediato como 1 a 3 años luego de la evaluación (Por Ej., Barret, Dadds & Rapee, 1996; Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel & Southam-Gerow, 1997). Otros investigadores han reportado resultados positivos similares en el tratamiento de habilidades de enfrentamiento para la depresión infantil. Esta aproximación tiene un foco cognitivo significativo en la identificación y modificación de los esquemas y atribuciones depresógenos o desadaptados y se ha encontrado que es efectiva en el tratamiento de la depresión en niños (Stark, Swearer, Kurowski, Sommer & Bowen, 1996) y adolescentes (Lewinsohn, Clarke, Rohde, Hops & Seeley, 1996; Weisz, Rudolph, Granger & Sweeney, 1992). De hecho, existe evidencia

reciente que sugiere que fijarse en las cogniciones desadaptadas puede ayudar a prevenir la ocurrencia de depresión en niños que presentan un riesgo elevado para este desorden (Por Ej., Gillham, Shatte & Freres, 2000). Finalmente, un número de investigadores han reportado el uso exitoso del entrenamiento cognitivo de habilidades de resolución de problemas para las conductas de oposicionismo y agresividad en niños (Por Ej., Durlak, Fuhrman & Lampman, 1991; Kazdin & Weisz, 1998).

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