

Sociedad de Hipnoterapia Clínica.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.

Existen numerosos artículos y libros dedicados a explicar detalladamente las bases históricas y teóricas en que se fundamenta la terapia conductual, así como el desarrollo de sus técnicas y aplicaciones. Por lo tanto abordaremos el tema de forma resumida, con una breve reseña histórica, explicando algunos conceptos básicos y sus aplicaciones prácticas, remitiendo a la bibliografía especializada para profundizar en el tema.

La terapia conductual incluye un gran número de técnicas específicas que emplean principios psicológicos (especialmente basados en la teoría del aprendizaje) para modificar la conducta humana de forma terapéutica.

Aunque los orígenes de la terapia conductual son diversos y se remontan a siglos pasados, no fue hasta principios de este siglo cuando se iniciaron trabajos experimentales, primero con animales y luego con humanos. Hasta la década de los 50 no existen estudios sistemáticos que desarrollen la terapia conductual como aplicación directa en el tratamiento de los trastornos psicológicos y psiquiátricos.

Ivan Sechenov, un pionero de la fisiología rusa, desarrolló la teoría de la conducta voluntaria, que consistía en una cadena de reflejos, y Pavlov y sus colaboradores realizaron experimentos en animales. Pavlov extiende la noción del condicionamiento clásico a la palabra (el segundo sistema de señales), sugiriendo que leyes similares gobiernan el pensamiento y el discurso.

Posteriormente, los investigadores descubren que el condicionamiento clásico puede extenderse a una gran variedad de órganos y funciones, incluyendo la presión arterial, secreción de insulina, secreción de orina, y la actividad de varias glándulas endocrinas.

John B. Watson demostró que el condicionamiento clásico podía aumentar la respuesta neurótica en un experimento, ahora clásico, con el pequeño Albert un niño con fobia a ratas y conejos.

Skinner, que introdujo el término terapia conductual, se refería a la "modificación de conducta". Así, toda conducta humana, adaptativa o desadaptativa, es aprendida por el mismo mecanismo: el condicionamiento operante. Joseph Wolpe realiza un estudio sobre la adquisición y extinción de una respuesta neurótica de ansiedad en el gato (Wolpe, 1952) y a partir de estos trabajos se formula el principio teórico de la inhibición recíproca. Considera la ansiedad neurótica como una respuesta condicionada a eliminar, y la terapia consiste en romper el vínculo condicionado entre algunas situaciones y la respuesta de ansiedad utilizando las técnicas basadas en el principio de inhibición recíproca.

Para Eysenck, el teórico más importante de la escuela inglesa, la neurosis es una conducta desadaptativa cuya adquisición se explica en términos de condicionamiento clásico. La primera revista sobre terapia conductual fue fundada por Eysenck en 1963, "Behavior Research and Therapy".

Bandura, uno de los principales gestores de la teoría del aprendizaje social, incorporó elementos del condicionamiento clásico y operante, mediados por procesos cognitivos, y describió el aprendizaje por observación y el condicionamiento vicario (adquisición de respuestas a partir de la observación de su efecto en otras personas).

En la década de los 70 se produjo la llamada "revolución cognitiva", incorporándose las terapias promulgadas por Beck y Ellis en la terapia conductual.

La terapia conductual y cognitiva tiene una amplia gama de aplicación en la clínica, en trastornos ansiosos, afectivos, por abuso y dependencia de tóxicos, trastornos de la esfera sexual, trastornos alimentarios, trastornos de la personalidad y en patología médica general. Se puede utilizar como terapia única o asociada a fármacos.

CONDICIONAMIENTO CLASICO. El condicionamiento clásico o respondiente resulta de la presentación conjunta y repetida de un estímulo neutro (condicionado) con otro estímulo que evoque una respuesta (incondicionado), de tal manera que el estímulo neutro eventualmente llegue a evocar la respuesta. El tiempo de presentación entre los dos estímulos es importante, variando desde una fracción de segundo a varios segundos, para un aprendizaje óptimo.

CONDICIONAMIENTO OPERANTE. Cualquier conducta está controlada por sus consecuencias. De esta manera, el cambio o no del entorno, que sigue inmediatamente a una conducta hacen que esta conducta aumente o disminuya en frecuencia, o permanezca estable.

PROCEDIMIENTOS BASICOS.

El término refuerzo se refiere al incremento tanto de la probabilidad de que una conducta sea ejecutada como a la intensidad con que se ejecuta. Los reforzadores pueden ser primarios, materiales, sociales, de actividad, fichas y encubiertos (pensamientos y auto-evaluación).

Existen dos tipos de refuerzos, los que aumentan (positivo y negativo) y los que disminuyen (extinción y castigo) la presentación de la conducta.

El refuerzo positivo se refiere al proceso por el cual ciertas consecuencias de una conducta aumentan la probabilidad de que dicha conducta se repita. El refuerzo negativo se refiere al proceso por el cual la conducta que conduce a la eliminación de un acontecimiento potencia dicha conducta.

En el condicionamiento clásico la extinción ocurre cuando se presenta el estímulo condicionado repetidamente sin el estímulo incondicionado, hasta que la respuesta evocada por el estímulo condicionado se debilita de forma gradual y eventualmente desaparezca. En el condicionamiento operante se deja de reforzar la respuesta, con lo cual la conducta se extingue.

El castigo consiste en presentar un estímulo aversivo o eliminar un reforzador positivo inmediatamente después de una respuesta. Se dice que la respuesta ha sido castigada. Ya que la conducta humana tiene lugar en un contexto interpersonal, se producirán influencias recíprocas.

Los esquemas de refuerzo se refieren al patrón o frecuencia con la cual un reforzador se presenta como consecuencia de una conducta (refuerzo continuo, refuerzo intermitente, esquemas de razón fija, esquemas de intervalo fijo, esquemas de razón variable, esquemas de intervalo variable).

La contingencia, en su forma más simple, se refiere a utilizar el refuerzo o el castigo siguiendo a la conducta deseada y solamente después de dicha conducta.

El principio de Premack establece que una conducta que se presenta con alta frecuencia puede ser utilizada para reforzar una conducta de baja frecuencia.

El principio de exposición consiste en estudiar cuidadosamente los detalles de las situaciones que el paciente teme, de tal manera que sea posible planificar su reentrada en ellas y pueda aprender a desarrollar tolerancia en lugar de miedo. Se debe especificar la duración de la exposición, grado de acercamiento al estímulo fóbico (brusco o gradual), si se realiza en imaginación o in vivo o con otras técnicas (video, etc.), individual o en grupo, asistida por terapeuta o autoexposición en su casa.

El modelado es una técnica que consiste en que el paciente observe a uno o más individuos (que estén presentes, filmados o imaginados), mientras realizan una conducta que el paciente desea adquirir. El procedimiento sirve para: adquisición de una función, facilitación de una conducta, deshinibición de conductas que el paciente ha evitado por temor o ansiedad, y mientras se deshiniben conductas, el modelado promueve la extinción vicaria y directa del temor u otras reacciones asociadas con la persona, animal, u objeto hacia el cual va dirigida la conducta.

Inhibición recíproca: Si una respuesta inhibitoria de la ansiedad puede emitirse en presencia del estímulo evocador de la ansiedad, debilitará el vínculo entre estos estímulos y la ansiedad.

La parada de pensamiento popularizado por Wolpe, consiste en pedir al paciente que se concentre en pensamientos problemáticos para él y después de un corto período de tiempo el terapeuta le indica que "pare". Este procedimiento se repite varias veces. Luego el paciente lo practica individualmente. Se considera como una técnica de auto-control.

El moldeado es un tipo de reforzamiento diferencial cuyo objetivo es facilitar una respuesta nueva en el repertorio de un sujeto. Implica el reforzamiento sucesivo de respuestas aproximadas a la respuesta deseada, al mismo tiempo que se realiza extinción de las respuestas precedentes. Para esto es necesario definir la respuesta final deseada.

Generalización y mantenimiento: los pacientes llevan a cabo variaciones apropiadas de las conductas que han adquirido (generalización de la respuesta) y adecuadas a las demandas únicas de las distintas situaciones en las que se desenvuelven (generalización del estímulo), después de la terminación del tratamiento (mantenimiento).

Discriminación: proceso por el cual la tendencia hacia la generalización del estímulo es neutralizada y las respuestas se dan solamente ante un estímulo específico.

EVALUACION.

-Análisis funcional de la conducta: En la evaluación inicial del paciente se debe identificar los factores que provocan sus dificultades para lo que hay que realizar una historia clínica detallada y un análisis conductual. Para objetivar la relación de la conducta con el entorno se debe realizar un análisis funcional, esto es, precisar qué estímulos la preceden, descripción de la conducta en sí misma, y las consecuencias que se derivan de esta técnica.

El análisis conductual es un método desarrollado para describir las conductas del paciente: es dirigido, sistemático, focalizado sobre temas específicos, orientado hacia un tratamiento y debe contestar las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los problemas y las metas de la terapia?
2. ¿Cómo se puede medir y monitorizar el progreso del paciente?
3. ¿Qué contingencias ambientales están manteniendo el problema?

4. ¿Qué intervenciones son probablemente efectivas?

-Autoregistros: La autoobservación, con el registro de frecuencia, duración y forma de presentación de las conductas desadaptativas permite precisar la naturaleza e intensidad del problema y planificar la intervención terapéutica. De esta manera, el paciente también se da cuenta de la manifestación del problema y, frecuentemente, induce por sí mismo una modificación positiva de la frecuencia de la conducta estudiada.

Cuestionarios: existen diversos cuestionarios para temas específicos, algunos de los cuales han sido validados en España y son de uso común: Hamilton Anxiety Scale; Hamilton Depression Scale; Beck Depression Inventory; Self Rating Depression Scale, etc.

TERAPIA CONDUCTUAL.

-Relajación: Algunos procedimientos involucran componentes activos, en los que una actividad (por ej. tensión muscular) se utiliza como ayuda en la reducción eventual de la activación, mientras otros son pasivos e involucran componentes que se focalizan aisladamente sobre la relajación y la tranquilidad. Se puede usar como parte de una intervención conductual más elaborada, como la desensibilización sistemática o como instrumento terapéutico por sí mismo. Edmund Jacobson condujo el primer estudio psicofisiológico sobre relajación, relajación progresiva que conduce a un profundo estado de relajación muscular. Actualmente se utiliza una versión modificada que requiere menos tiempo para enseñar la técnica.

Johannes Schultz (1932) introdujo una forma pasiva de control de la activación: el entrenamiento autogénico, procedimiento que focaliza la atención del paciente en sus sensaciones internas, tales como calor y pesadez.

EMG Biofeedback es otra técnica que se utiliza para la relajación, y forma parte de una técnica más amplia, el Biofeedback, que explicaremos más adelante.

Por su importancia, se desarrolla más ampliamente la técnica de relajación progresiva de Jacobson:

Se inicia con el paciente en una posición cómoda, ojos cerrados, centrando la atención en la respiración, de tal manera que con cada inhalación se introduce aire y una sensación de relajación que fluye a través del cuerpo, y con cada exhalación se expulsa la tensión. Luego, se dan instrucciones para tensar y relajar 14 grupos musculares (Seguir instrucciones para tensar los grupos musculares). Se debe mantener un nivel de tensión muscular que no provoque dolor durante unos 5 a 7 segundos y luego una relajación muscular de 10 a 20 segundos. La tensión-relajación se repetirá dos veces por cada grupo muscular, focalizando la atención en las sensaciones de tensión y relajación respectivamente, con frases y tonalidad de la voz adecuadas. Si el paciente no es capaz de relajar algún músculo se le indicará que centre su atención en la zona y repita la tensión-relajación. También hay que observar que no tense otros músculos automáticamente y focalice su atención en el grupo muscular indicado. Cuando los 14 grupos musculares estén relajados, se centrará la atención en la sensación de relajación de todo el cuerpo utilizando como foco la respiración. Para completar la relajación se centrará la atención del paciente en una escena agradable, que previamente se habrá comentado. Para terminar se invita al paciente a volver paulatinamente a un estado de alerta, conservando la sensación de agradable relajación.

•Instrucciones para tensar los grupos musculares:

1. Mano y brazo dominante: Cerrar el puño y apretar, llevarlo hacia los hombros, doblar el brazo sobre el codo.
2. Mano y brazo no dominante: Cerrar el puño y apretar, llevarlo hacia los hombros, doblar el brazo sobre el codo.
3. Frente y ojos: Abrir mucho los ojos y levantar las cejas. Arrugar lo más posibles la frente.
4. Parte alta de mejillas y nariz: Fruncir el ceño, entrecerrar los ojos, arrugar la nariz.
5. Mandíbula, parte baja de cara y cuello: Apretar los dientes, protruir el mentón. Bajar comisuras de los labios.
6. Hombros, parte alta de la espalda y pecho: Encoger los hombros y llevar los omoplatos hacia atrás como si fueran a tocarse entre ellos.
7. Abdomen: Llevar hacia adelante, ligeramente, la cintura, protruir el estómago, apretar los músculos tanto como sea posible.
8. Glúteos: Apretar los glúteos entre sí y contra la superficie al mismo tiempo.
9. Muslo de pierna dominante: Apretar los músculos largos del muslo de arriba abajo. Endurecer los músculos, presionar unos contra otros.
10. Pierna dominante: Estirar los dedos del pie hasta que apunten hacia la cabeza. Estirar y endurecer los músculos de la pantorrilla.
11. Pie dominante: Apuntar los dedos hacia afuera y abajo, estirando el pie.

12. Muslo de pierna no dominante: Igual al muslo dominante.
13. Pierna no dominante: Igual al muslo dominante.
14. Pie no dominante: Igual que el pie dominante.

-Desensibilización sistemática: Es una de las técnicas más estudiadas y utilizadas en la práctica clínica. Formalmente introducida por Joseph Wolpe en 1958, se enfoca específicamente sobre el alivio de la ansiedad asociada a estímulos concretos. La técnica consiste en presentar conjuntamente la relajación con escenas imaginadas que representan situaciones que el paciente ha indicado que le causan ansiedad. El terapeuta asume que si el paciente está aprendiendo a relajarse mientras se imagina tales escenas, los estímulos de la vida real le causarán menos o ninguna ansiedad. Los principales componentes son:

- 1) Entrenamiento en la relajación muscular.
- 2) Establecimiento de una jerarquía de las situaciones o estímulos evocadores de ansiedad, ordenados de acuerdo al grado de ansiedad que provocan.
- 3) La presentación gradual en imaginación o in vivo de los estímulos evocadores de ansiedad.

-Implosión: Se refiere a una exposición en imagen continuada, prolongada y por lo general con mucha ansiedad. Fue introducida por Stampfl en 1967. Es una técnica diseñada para eliminar las conductas de evitación por un proceso de extinción. Tiene influencias psicodinámicas, propone un trauma infantil como el origen de muchas conductas de evitación.

Consta de dos fases esenciales:

- a) Construcción de una jerarquía de evitación, compuesta por los estímulos directamente asociados a los síntomas, y por los estímulos hipotéticos integrados por los elementos de la psicología dinámica.
- b) presentación de estímulos con la intención de provocar el mayor grado de ansiedad posible.

-Inundación y prevención de respuesta: Es una técnica de exposición a un estímulo provocador de ansiedad, mientras se previene la aparición de respuestas de evitación. El acercamiento al estímulo es rápido y prolongado y el paciente suele presentar un alto nivel de respuesta emocional. Tiene unas bases teóricas similares a la terapia implosiva, pero no realiza interpretaciones psicodinámicas. Algunas investigaciones que contrastan la inundación en imaginación con la hecha in vivo, llegan a la conclusión de que ésta última es más efectiva.

-Inoculación de estrés: Es un procedimiento cognitivo-conductual que pretende desarrollar habilidades para el control del estrés.

Consta de tres fases:

- Conceptualización cognitivo-conductual de la respuesta al estrés.
- Adquisición de habilidades de afrontamiento (relajación, autoinstrucciones, etc.).
- Aplicación, en que se somete al paciente a una situación estresante (imaginada o real) de forma gradual (jerarquía).

-Intención Paradójica: Es una de las técnicas paradójicas, en que se le indica al paciente que intente provocar el síntoma con máxima intensidad. La hipótesis es que el paciente no será capaz de llevar a cabo la indicación del terapeuta. De esta manera, si el paciente intenta tener más síntomas no lo logrará y, paradójicamente, experimentará una disminución y, eventualmente, desaparición de estos, al mismo tiempo que realiza una exposición sin darse cuenta.

-Métodos punitivos y aversivos: En muchos casos, el objetivo del cambio conductual es eliminar un patrón de conducta problemático, inapropiado, peligroso, ilegal o dañino. Durante mucho tiempo se han utilizado técnicas de control aversivo, especialmente punitivas, en alcoholismo, desviaciones de la conducta sexual y conductas agresivas, pero en la actualidad están en desuso. Se puede utilizar en imaginación como parte de la sensibilización encubierta, que consiste en provocar una conducta de evitación mediante la asociación de un estímulo aversivo con los estímulos evocadores de la conducta no deseada.

-Biofeedback (retroalimentación biológica): Se refiere a una variedad de procedimientos que proveen al paciente información acerca de una o más respuestas biológicas, que se traducen de forma analógica y se retransmiten a los órganos sensoriales. El propósito es enseñar a la persona a utilizar la retroalimentación para obtener un control consciente de las respuestas biológicas sobre las cuales previamente tenía poco o ningún control. La posibilidad de controlar voluntariamente las respuestas fisiológicas motivó el desarrollo de trabajos que aplicaban las técnicas de biofeedback a una serie de respuestas fisiológicas en varios trastornos. Una de

ellas consiste en adherir tres pequeños electrodos en la frente para medir los niveles de tensión muscular de la parte alta de la cara; la actividad eléctrica asociada a la contracción muscular es traducida en señales acústicas.

El concepto de habilidades sociales es amplio e incluye una serie de habilidades para lograr establecer relaciones interpersonales satisfactorias y una integración adecuada en la comunidad. El entrenamiento en habilidades sociales incluye conductas verbales y no verbales, conducta asertiva y rutinas sociales. Se puede realizar de forma individual o en grupo. El grupo se puede utilizar para el juego de roles, retroalimentación, modelado y como medio para poner en práctica las habilidades adquiridas.

La asertividad es un concepto ampliamente utilizado cuya definición apunta a diversos aspectos y ha ido variando a lo largo del tiempo. Wolpe la define como "La expresión apropiada de cualquier emoción distinta de la ansiedad con respecto a otra persona". En la práctica, el entrenamiento asertivo se incluye como una parte de las habilidades sociales y apunta al desarrollo de capacidades para:

- a) Expresar sentimientos y deseos positivos y negativos de una forma eficaz sin negar o dejar de considerar los de los demás y sin crear o sentir vergüenza.
- b) Discriminar entre la aserción, la agresión y la pasividad.
- c) Discriminar las ocasiones en las que la expresión personal es importante y adecuada.
- d) Defenderse sin agresión o pasividad frente a la conducta poco cooperadora o razonable de los demás.

La mayoría de los autores identifican ciertos componentes verbales y no verbales de la conducta asertiva, que pueden resumirse así: contacto visual, postura, gestos, distancia en relación al interlocutor, expresión facial, características paralingüísticas de la conversación y pertinencia social del contenido de la respuesta.

La terapia conductista cognitiva, llamada TCC o CC, es una de las más eficaces, ya que combina los mejores aspectos de la psicoterapia tradicional y la modificación de la conducta. Este método requiere conocimiento (cognición) y desafío de las conductas y pensamientos y pensamientos autodestructivos, seguido de apropiados cambios en la conducta. De esta manera la paciente trabaja simultáneamente en las motivaciones interiores y las motivaciones exteriores

Intensificar el conocimiento del paciente de sus propios patrones de conducta.

Enseñar a reconocer la conexión entre ciertos sentimientos, los pensamientos autodestructivos y la conducta.

Examinar la validez de ciertos pensamientos o creencias.

Sustituir las creencias erróneas por ideas más apropiadas.

Cambiar gradualmente las suposiciones fundamentales que subyacen en el desarrollo del trastorno.

Las primeras investigaciones sobre estudios de resultados (p. ejemplo, los tamaños de los efectos según distintos tipos de intervención en el meta-análisis de Smith, Glass y Miller, 1980) ya señalaban la potencia de las intervenciones basadas en la imaginación y la inhibición recíproca, tales como la DS de Wolpe. Pero la mayor parte de estos procedimientos de intervención se han integrado en el paradigma cognitivo-conductual.

Las otras intervenciones conductuales (especialmente la contextual y la analítico funcional) tratan de rescatar para la terapia la función esencial del lenguaje. La conducta gobernada por reglas de Skinner y los desarrollos posteriores del análisis funcional de la conducta verbal tratan de introducirse en el ámbito de la terapia. La importancia de la relación terapéutica es otro factor que se atiende de modo especial. Sobre todo en la Psicoterapia Analítica Funcional (PAF), que trata de reproducir en la situación terapéutica el mayor número de interacciones problemáticas con el paciente. Es doloroso que algo tan obvio como las dos dimensiones comentadas hayan tardado tanto en incorporarse con todos sus derechos en el ámbito de la terapia de conducta. Varios son los factores que podrían explicar este retraso, pero no vamos a entrar en ello ahora.

No hay todavía resultados sólidos a nivel clínico-experimental que avalen estas nuevas terapias, tratándose más de reconceptualizaciones que de la creación de nuevas estrategias o modalidades de intervención. Por otro lado, su poder heurístico ha sido limitado, no logrando generar líneas y frentes de investigación sobre todo si la comparamos con las logradas por la Terapia Cognitiva.

En cualquier caso, estas nuevas terapias quizá puedan ofrecernos resultados prometedores con el tiempo, existiendo ya indicadores notables (p. ej. Linehan et. al., 1991; Kohlenberg y Tsai, 1994) en la dirección positiva.

Aún con estas novedades, paradigmas de aprendizaje tales como refuerzo, castigo, extinción, modelado y el uso de la exposición como técnica de intervención están indisolublemente unidos a la orientación conductual y, tanto en la práctica de los conductistas como en gran parte de los terapeutas que se autodefinen como

cognitivo-conductuales, constituyen elementos básicos en su trabajo. Las diferencias entre unos y otros reside más en el peso y significado que las variables mediadoras juegan en la explicación de las respuestas problemáticas, en especial las variables cognitivas.

A lo largo de los últimos 20 años se ha tratado de aportar un apoyo a una conceptualización neoconductual de los fenómenos cognitivos. Muy brevemente expuestas, las premisas que se han presentado han sido las siguientes:

1. La selección natural de los esquemas cognitivo-emocionales, a nivel individual, sigue pautas de creación, desarrollo y mantenimiento similares a las que preside la selección de las respuestas instrumentales manifiestas en los organismos vivos.

2. Se define así un darwinismo intracognitivo paralelo al darwinismo neural de Edelman (1989) o a los procesos de adaptación instrumental de Skinner (1953).

3. Se recupera la fenomenología del sujeto al hacer recaer en los niveles de credibilidad que confiere a sus creencias y a los procesos auto-atencionales (AA) y atencionales un papel básico en la explicación del paralelismo anteriormente señalado.

La terapia cognitivo-conductual ha recibido y continua recibiendo una atención considerable de los medios académicos, de los usuarios, de los servicios e incluso de las instituciones sociales encargadas de velar por la salud psicológica. Todo ello, a su vez, eleva mucho la credibilidad estos modelos teóricos.