



OMAR MORENO ALMAZÁN
RICARDO SÁNCHEZ MEDINA
Coordinadores

Psicología clínica

INTEGRACIÓN Y DESAFÍOS
DEL SIGLO XXI

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala





Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

PSICOLOGÍA CLÍNICA

INTEGRACIÓN Y DESAFÍOS DEL SIGLO XXI



Dr. Enrique Luis Graue Wiechers
RECTOR



F E S I

Dra. María del Coro Arizmendi Arriaga
DIRECTORA

Dr. Ignacio Peñalosa Castro
SECRETARIO GENERAL ACADÉMICO

Dr. Luis Ignacio Terrazas Valdés
SECRETARIO DE DESARROLLO Y RELACIONES INSTITUCIONALES

Dra. C. Tzasna Hernández Delgado
SECRETARIA DE PLANEACIÓN Y CUERPOS COLEGIADOS

CP Reina Isabel Ferrer Trujillo
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

Dra. Anabel De la Rosa Gómez
COORDINADORA DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

MC José Jaime Ávila Valdivieso
COORDINADOR EDITORIAL

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
SUAYED Psicología

PSICOLOGÍA CLÍNICA

INTEGRACIÓN Y DESAFÍOS DEL SIGLO XXI

Omar Moreno Almazán • Ricardo Sánchez-Medina

COORDINADORES

AUTORES

Daniel Rodrigo Aguilar López • Blanca Delia Arias García • Georgina Cárdenas López
Anabel De la Rosa Gómez • Selene Domínguez Boer • David Javier Enríquez Negrete
Lorena Alejandra Flores Plata • Giovanni García Yedra • Cristina González Méndez
Talía Rebeca González Morales • Miguel Ángel Hernández Balderas
Brenda Estela Hernández Lima • Claudia Juárez Cuellar • Samuel Jurado Cárdenas
Patricia Landa Durán • Juan Manuel Montiel Génova • Mónica Jasmín Montoya García
Verónica Cristina Morales Vásquez • Liliana Moreyra Jiménez • Sandra Ivonne Muñoz Maldonado
Oscar Iván Negrete Rodríguez • Laura Edith Pérez Laborde • Liliana Patricia Reveles Quezada
Helena Romero Romero • Consuelo Rubi Rosales Piña • Aleida Isela Rubiños Martínez
Gabriela Leticia Sánchez Martínez • Christian Sandoval Espinoza • Berenice Serrano Zárate
Dulce María Velasco Hernández • Omar Moreno Almazán • Ricardo Sánchez Medina



FES Iztacala, UNAM

2022

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Moreno Almazán, Omar, editor, autor. | Sánchez Medina, Ricardo, 1981- , editor, autor. | Daniel Rodrigo Aguilar López, autor. | Arias García, Blanca Delia, autor. | Cárdenas López, Georgina, 1951- , autor. | Rosa Gómez, Anabel de la, 1983- , autor. | Domínguez Boer, Selene, autor. | Enriquez Negrete, David Javier, 1982- , autor. | Flores Plata, Lorena Alejandra, autor. | García Yedra, Giovanni, autor. | González Méndez, Cristina, autor. | González Morales, Talia Rebeca, autor. | Hernández Balderas, Miguel Ángel, autor. | Hernández Lima, Brenda Estela, autor. | Juárez Cuellar, Claudia, autor. | Jurado Cárdenas, Samuel, autor. | Landa Durán, Patricia, autor. | Montiel Génova, Juan Manuel, autor. | Montoya García, Mónica Jasmin, autor. | Morales Vásquez, Verónica Cristina, autor. | Moreyra Jiménez, Liliana, autor. | Muñoz Maldonado, Sandra Ivonne, autor. | Negrete Rodríguez, Oscar Iván, autor. | Pérez Laborde, Laura Edith, autor. | Reveles Quezada, Liliana Patricia, autor. | Romero Romero, Helena, autor. | Rosales Piña, Consuelo Rubí, autor. | Rubiños Martínez, Aleida Isela, autor. | Sánchez Martínez, Gabriela Leticia, autor. | Sandoval Espinoza, Christian, autor. | Serrano Zárate, Berenice, autor. | Velasco Hernández, Dulce María, autor.

Título: Psicología clínica : integración y desafíos del siglo XXI / Omar Moreno Almazán, Ricardo Sánchez-Medina, coordinadores ; autores, Daniel Rodrigo Aguilar López, Blanca Delia Arias García, Georgina Cárdenas López, Anabel De la Rosa Gómez, Selene Domínguez Boer, David Javier Enriquez Negrete, Lorena Alejandra Flores Plata, Giovanni García Yedra, Cristina González Méndez, Talia Rebeca González Morales, Miguel Ángel Hernández Balderas, Brenda Estela Hernández Lima, Claudia Juárez Cuellar, Samuel Jurado Cárdenas, Patricia Landa Durán, Juan Manuel Montiel Génova, Mónica Jasmin Montoya García, Verónica Cristina Morales Vásquez, Liliana Moreyra Jiménez, Sandra Ivonne Muñoz Maldonado, Oscar Iván Negrete Rodríguez, Laura Edith Pérez Laborde, Liliana Patricia Reveles Quezada, Helena Romero Romero, Consuelo Rubí Rosales Piña, Aleida Isela Rubiños Martínez, Gabriela Leticia Sánchez Martínez, Christian Sandoval Espinoza, Berenice Serrano Zárate, Dulce María Velasco Hernández, Omar Moreno Almazán, Ricardo Sánchez Medina.

Descripción: Primera edición. | México : Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, 2022. | "Carrera de Psicología".

Identificadores: LIBRUNAM 2199444 | ISBN 9786073072120.

Temas: Psicología clínica. | Neuropsicología clínica. | Psicoterapia basada en la evidencia.

Clasificación: LCC RC467.P754 2022 | DDC 616.89—dc23

Psicología Clínica

Integración y desafíos del siglo XXI

Primera edición: diciembre de 2022

D.R. 2022 © Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, Alcaldía de Coyoacán,
CP 04510, Ciudad de México, México.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Av. de los Barrios n.º 1, Los Reyes Iztacala,
Tlalnepantla de Baz, CP 54090,
Estado de México, México.

www.iztacala.unam.mx

ISBN: 978-607-30-7212-0

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Esta obra fue dictaminada por pares académicos nacionales e internacionales expertos en el tema y adscritos al Comité Editorial de la FES Iztacala.

Impreso y hecho en México

APOYO TÉCNICO

MC José Jaime Ávila Valdivieso

CUIDADO DE LA EDICIÓN Y CORRECCIÓN DE ESTILO

LH Jorge Arturo Ávila Gómora

Lic. Miryam Geraldine Cuevas Rodríguez

Lic. Joan Michael Jaime Benítez

CUIDADO DE LA EDICIÓN Y CORRECCIÓN DE ESTILO

DG Jacqueline Verónica Sánchez Ruiz

EDICIÓN DE IMAGEN

DG José Alfredo Hidalgo Escobedo

DISEÑO EDITORIAL, DIAGRAMACIÓN Y FORMACIÓN

Mtro. Elihú Gamboa Mijangos

DISEÑO DE PORTADA

Autores

Daniel Rodrigo Aguilar López

Licenciado en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); maestro en Educación con Enfoque en Innovación de la Práctica Docente por la Universidad Virtual del Estado de Guanajuato (UVEG). Profesor de Asignatura “A”, adscrito al Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED) Psicología de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala. Su principal línea de investigación es el enfoque de las masculinidades.

Contacto: daniel.aguilar@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0397-5332>

Blanca Delia Arias García

Licenciada en Psicología por la UNAM. Egresada del Programa de Formación Docente e Investigación Educativa de la UNAM. Profesora de Asignatura “A” Definitiva, adscrita al SUAYED Psicología de la FES Iztacala. Integrante del Grupo de Investigación en Procesos Psicológicos y Sociales (GIPPS). Diseñadora instruccional y tutora en cursos virtuales como productos de los Programa de Apoyo a Proyectos para Innovar y Mejorar la Educación (PAPIME).

Contacto: blanca.arias@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8405-0982>

Georgina Cárdenas López

Doctora en Psicología. Profesora Titular “C” TC, adscrita a la Facultad de Psicología de la UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), nivel I. Fundadora e investigadora responsable del Laboratorio para la Enseñanza Virtual y Ciberpsicología. Sus principales líneas de investigación incluyen la

evaluación y desarrollo tecnológico de tutoriales para la enseñanza; uso de la realidad virtual y evaluación de algoritmos de enseñanza-aprendizaje, así como la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para tratamientos psicológicos.

Contacto: cardenas.georgina@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4569-1944>

Anabel De la Rosa Gómez

Doctora en Psicología por la UNAM. Profesora de Carrera Titular “A” TC, adscrita al SUAyED Psicología de la FES Iztacala, UNAM. Responsable del Laboratorio de Psicología e Innovación Tecnológica (LABPSIIT). Miembro del SNI, nivel I. Sus principales líneas de investigación incluyen la salud emocional y tecnología; las intervenciones psicológicas emergentes (transdiagnósticas, contextuales), y vulnerabilidad al trauma.

Contacto: anabel.delarosa@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3527-1500>

Selene Domínguez Boer

Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología y maestra en Psicología con residencia en Terapia Familiar por la FES Iztacala, ambas de la UNAM. Profesora de Asignatura “A” Definitiva, adscrita al SUAyED Psicología de la FES Iztacala. Psicoterapeuta, tallerista y conferencista. Premio Annemarie Brugmann a la mejor tesis de licenciatura en psicología.

Contacto: selene.dominguez@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5190-9976>

David Javier Enríquez Negrete

Licenciado, maestro y doctor en Psicología por la UNAM. Profesor de Carrera Titular “A” TC Definitivo, adscrito al SUAyED Psicología de la FES Iztacala, UNAM. Docente en la maestría en Psicología con residencia en Gestión Organizacional y en el Programa de Doctorado en Psicología, ambos de la UNAM. Miembro del SNI, nivel I, y del GIPPS. Coordinador del Laboratorio de Ciencia y Tecnología para la Investigación en Ciencias Sociales y de la Salud (LaCiTICSS).

Contacto: david.enriquez@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6376-4898>

Lorena Alejandra Flores Plata

Doctora en Psicología por la UNAM. Profesora Asociada “C” TC, adscrita a la FES Iztacala, UNAM. Estancia doctoral en la Universidad de Valencia. Miembro del LABPSIIT. Participante en diversos proyectos de investigación relacionados

con telepsicología y educación a distancia. Sus principales líneas de investigación incluyen los trastornos emocionales, la incorporación de las TIC en tratamientos psicológicos y la educación a distancia.

Contacto: lorena.flores@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1306-0718>

Giovanni García Yedra

Licenciado en Psicología y pasante de la maestría en Terapia Familiar por la FES Iztacala, UNAM. Diplomado en Terapias narrativas: enfoque clínico y comunitario en la FES Iztacala, y en Docencia para la Educación a Distancia en el CUAED. Profesor de Asignatura adscrito al SUAyED Psicología de la FES Iztacala, UNAM. Colaborador en Centro de Apoyo Psicológico y Educativo del CAPED como supervisor de casos clínicos.

Contacto: giovanni.garcia@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1295-6363>

Cristina González Méndez

Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Unidad Xochimilco; especialista en Psicoterapia de Parejas por la FES Iztacala, y en Intervención en crisis por la FES Zaragoza, ambas de la UNAM; maestrante en Psicoterapia Psicoanalítica por el Colegio Internacional de Estudios Superiores. Docente en el SUAyED, UNAM.

Contacto: cristina.gonzalez@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5441-8125>

Talia Rebeca González Morales

Licenciada en Psicología por la UNAM, maestra en Ciencias de la Educación por la Universidad ETAC y doctorante en Investigación en Ciencias de la Educación en la UPCaribe. Profesora de Asignatura adscrita al SUAyED Psicología de la FES Iztacala, UNAM. Docente en la licenciatura en Psicología de la Universidad Aztlán, Campus Cancún. Colaboradora en el GIPPS y en proyectos financiados por el PAPIME de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), UNAM.

Contacto: talia.gonzalez@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4881-8090>

Miguel Ángel Hernández Balderas

Licenciado y doctor en Psicología por la FES Iztacala, UNAM. Profesor Ordinario de Asignatura adscrito al SUAyED Psicología de la FES Iztacala, UNAM. Ponente en el diplomado Evaluación y Diagnóstico de los Procesos Cognitivos

desde la Neuropsicología. Sus principales líneas de investigación incluyen los procesos cognitivos, la electrofisiología y la evaluación neurocognitiva.

Contacto: miguel.hernandez@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6869-0624>

Brenda Estela Hernández Lima

Licenciada en Psicología por la UNAM, maestra en Ciencias de la Educación por la Universidad ETAC, así como en Tecnología Digital Educativa y doctora en Educación. Profesora de Asignatura adscrita al SUAyED Psicología de la FES Iztacala, UNAM. Docente en la licenciatura en Pedagogía de la Universidad Virtual del Estado de Guanajuato.

Contacto: brenda.hernandez@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4594-0042>

Claudia Juárez Cuellar

Licenciada en Psicología y maestra en Terapia Familiar Sistémica por la FES Iztacala, UNAM. Profesora de Asignatura adscrita al SUAyED de la FES Iztacala, UNAM. Sus principales líneas de investigación incluyen la victimología, psicología forense, tanatología, perspectiva de género, psicología clínica, terapia familiar y psicología del deporte.

Contacto: claudia.juarez@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5256-5407>

Samuel Jurado Cárdenas

Licenciado en Psicología por la FES Iztacala, maestro en Psicobiología y doctor en Psicología por la Facultad de Psicología, ambas de la UNAM. Profesor Titular "C" TC Definitivo, adscrito al Área de Psicología Clínica y de la Salud con énfasis en terapia cognitivo conductual de la Facultad de Psicología. Miembro del SNI, nivel I. Adscrito

Contacto: jurado@servidor.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6772-6418>

Patricia Landa Durán

Licenciada en Psicología y maestra en Modificación de Conducta por la FES Iztacala, UNAM; doctora en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana (UIA). Profesora-Investigadora TC en la FES Iztacala. Impartió cursos, talleres y asesorías, y participó en proyectos de investigación sobre la formación de terapeutas conductuales en el sistema escolarizado y en el SUAyED Psicología de la FES Iztacala, UNAM.

Contacto: patricia.landa@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6948-6710>

Juan Manuel Montiel Génova

Licenciado en Psicología y maestro en Terapia Familiar por la FES Iztacala, UNAM; maestro en Criminalística por la Academia Internacional de Formación en Ciencias Forenses (AIFCF). Docente en la licenciatura en Psicología del SUAyED de la FES Iztacala. Coordinador de técnicos penitenciarios y encargado de la oficina de psicología y de tratamientos auxiliares del Centro Varonil de Seguridad Penitenciaria II.

Contacto: juan.montiel@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5396-3650>

Mónica Jasmín Montoya García

Licenciada en Psicología y maestra en Psicología con residencia en Terapia Familiar por la FES Iztacala, UNAM; maestra en Educación con énfasis en procesos de enseñanza-aprendizaje por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM), campus Estado de México. Diplomada en temas de violencia familiar, terapia de pareja, psicopatología del niño/adolescente y su familia, y actualización docente. Docente de asignatura en el SUAyED Psicología. Terapeuta familiar y de pareja en la práctica privada.

Contacto: jazmin.montoya@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1608-1365>

Verónica Cristina Morales Vásquez

Licenciada en Psicología por la FES Iztacala, UNAM, y maestra en Terapia Familiar por la Universidad Autónoma de Tlaxcala; diplomado en Género por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), en Bioética por el Observatorio Mexicano de Bioética y en Educación a Distancia por la CUAIED, UNAM. Profesora de Asignatura adscrita a la carrera de Psicología del SUAyED de la FES Iztacala, UNAM. Psicoterapeuta familiar con perspectiva de género.

Contacto: cristina.morales@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2595-4292>

Liliana Moreyra Jiménez

Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología, UNAM, y maestra en Docencia por la Universidad Digital del Estado de México-ETAC. Profesora de Asignatura en la licenciatura en Psicología del SUAyED de la FES Iztacala, UNAM. Colaboradora LABPSIIT. Sus principales líneas de investigación incluyen trastornos de ansiedad, psicología de la salud, tratamiento cognitivo conductual e intervención breve y resiliencia.

Contacto: liliana.moreyra@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8123-6589>

Sandra Ivonne Muñoz Maldonado

Licenciada y doctora en Psicología por la UNAM. Profesora Asociada “C”, adscrita a la licenciatura en Psicología del SUAyED de la FES Iztacala, UNAM. Tutora y docente de la maestría de Psicología con residencia en Gestión Organizacional. Pertenece al SNI, nivel candidato. Responsable del Grupo de Investigación en Procesos Psicológicos y Sociales. Su línea de investigación incluye la intervención psicológica de *bullying*, *ciberbullying*, fobias y la educación interprofesional en el área de la salud.

Contacto: sandra.munoz@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9392-5023>

Oscar Iván Negrete Rodríguez

Licenciado y maestro en Psicología con residencia en Gestión Organizacional por la FES Iztacala y estudios de doctorado por la UNAM. Profesor de Asignatura en la FES Iztacala, UNAM. Miembro de la Red Internacional de Práctica Clínica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del GIPPS. Autor y coautor de capítulos de libros y de artículos en revistas nacionales e internacionales. Sus principales líneas de investigación incluyen psicometría aplicada, percepción y evaluación ambiental, y autoeficacia y educación a distancia.

Contacto: ivan.negrete@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8425-4678>

Laura Edith Pérez Laborde

Licenciada y maestra en Psicología con residencia en Terapia Familiar por la FES Iztacala, UNAM. Docente en la licenciatura en Psicología del SUAyED y supervisora clínica en la maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar en la FES Iztacala, UNAM. Ponente en diplomados sobre terapia familiar, terapia de pareja, terapias narrativas en la DEU, FES Iztacala, UNAM. Capacitadora con organizaciones de la Sociedad Civil dedicadas a la prevención. Integrante del GIPPS.

Contacto: edith.perez@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4011-3945>

Liliana Patricia Reveles Quezada

Licenciada en Psicología por la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED); maestra en psicología con residencia en Terapia Familiar y diplomada en Docencia y Asesoría a Distancia por la UNAM; y formación en terapia narrativa. Profesora de Asignatura, adscrita a la carrera de Psicología y colaboradora

del Colectivo de Género del SUAyED Psicología de la FES Iztacala, UNAM. Práctica clínica con familias, parejas e individual.

Contacto: liliana.reveles@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0484-6244>

Helena Romero Romero

Licenciada y doctora en Psicología por la FES Iztacala, UNAM. Profesora de Asignatura, adscrita a la carrera de Psicología del SUAyED de la FES Iztacala, UNAM. Ponente en el diplomado de Evaluación y diagnóstico de los procesos cognitivos desde la neuropsicología. Ponente en el curso-taller Rehabilitación neuropsicológica. Sus principales líneas de investigación son la evaluación y diagnóstico de los trastornos del neurodesarrollo, neuropsicología y electrofisiología.

Contacto: helena.romero@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6557-4046>

Consuelo Rubi Rosales Piña

Licenciada y maestra en Psicología por la UNAM; doctora en Psicología por la Universidad de Baja California (UBC); posdoctorado por la Universidad de Flores, Argentina. Profesora de Carrera Asociada “C”, adscrita a la División de Investigación y Posgrado (DIP) de la FES Iztacala, UNAM. Docente en la licenciatura en Psicología del SUAyED y en la maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar. Candidata del SNI. Corresponsable del GIPPS y del Laboratorio de Psicología, Tecnología y Salud.

Contacto: rubi.rosales@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0605-1859>

Aleida Isela Rubiños Martínez

Licenciada en Psicología por la FES Iztacala, UNAM; maestrante en Educación por el Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca; diplomada en Docencia para la Educación a Distancia. Profesora de Asignatura “A” interina, adscrita a la licenciatura en Psicología del SUAyED de la FES Iztacala, UNAM en áreas Educativa, Clínica y Necesidades Educativas Especiales. Directora del Centro de Atención y Desarrollo Integral para Adolescentes y Niños.

Contacto: isela.rubinos@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0299-4961>

Gabriela Leticia Sánchez Martínez

Licenciada en Psicología y maestra en Psicología con Residencia en Neuropsicología Clínica por la FES Iztacala, UNAM. Profesora Ordinaria de Asignatura “A” Definitiva, adscrita a la licenciatura en Psicología del SUAyED de la FES Iztacala, UNAM.

Contacto: gabriela.sanchez@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4696-2040>

Christian Sandoval Espinoza

Licenciada y maestra en Psicología con Residencia en Terapia Familiar por la FES Iztacala, UNAM; maestrante en Orientación Psicoanalítica por el Centro de Estudios Psicoanalíticos Mexicano de Aguascalientes; especialista en Terapia de Pareja por el Instituto de la Familia, AC. Instructora en FUNDASIDA. Miembro del Comité organizador del Foro de Psicología Jurídica y Forense. Co-fundadora de la Academia de los Sistemas Educación Presencial y a Distancia; y Docente en SUAyED Psicología de la FES Iztacala, UNAM.

Contacto: christian.sandoval@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1395-6696>

Berenice Serrano Zárate

Doctora en Psicopatología, Salud y Neuropsicología por la Universidad Jaume I, España. Docente y directora del Grupo de Investigación Tratamientos Psicológicos Emergentes en la mencionada universidad. Su principal línea de investigación es el desarrollo e innovación (I+D+i) centrado en las intervenciones psicológicas de tercera generación para la prevención y la intervención de la psicopatología, así como la utilización de las tecnologías para mejorar su eficacia, eficiencia y efectividad.

Contacto: bserrano@uji.es

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2650-0698>

Dulce María Velasco Hernández

Licenciada en Psicología por la FES Iztacala, UNAM; maestrante en el Instituto Nacional de Ciencias Penales (INACIPE); diplomada en Docencia, Psicología forense, Intervención en adicciones y Trata de personas. Profesora de Asignatura “A”, adscrita a la carrera de Psicología del SUAyED de la FES Iztacala, UNAM. Participación en publicaciones y conferencias nacionales e internacionales. Integrante del GIPPS y de la Academia de los Sistemas de Educación Presencial y a Distancia.

Contacto: dulce.velasco@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5950-2302>

Omar Moreno Almazán

Licenciado en Psicología por la FES Iztacala y doctor en Psicología Educativa y del Desarrollo por la Facultad de Psicología, ambas de la UNAM. Docente de Psicología en la FES Iztacala, UNAM, y en otras instituciones. Diplomados en Procesos Docentes. Participante en eventos nacionales e internacionales. Presidente de la Academia de los Sistemas de Educación Presencial y a Distancia.

Contacto: omar.almazan@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9562-0234>

Ricardo Sánchez Medina

Licenciado, maestro y doctor en Psicología por la UNAM; posdoctorado en la Universidad de Flores, Argentina. Profesor de Carrera Titular “B”, adscrito a la carrera de Psicología del SUAyED de la FES Iztacala, UNAM. Tutor y docente de la maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala, UNAM. Miembro del SNI, nivel I, y del GIPPS. Coordinador del Laboratorio de Psicología, Tecnología y Salud. Su línea de investigación se centra en la promoción de la salud sexual en contextos de riesgo.

Contacto: ricardo.sanchez@iztacala.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4268-3025>

Índice

Prólogo	I
Prefacio	VI
I. Evolución de la terapia cognitivo conductual y evaluación psicológica	1
1. Origen y desarrollo de la psicología clínica cognitiva Omar Moreno Almazán	2
2. La evaluación cognitiva en la terapia conductual Patricia Landa Durán	26
3. Evaluación conductual Mónica Jasmín Montoya García	52
4. Evaluación neuropsicológica en psicología clínica Gabriela Leticia Sánchez Martínez, Helena Romero Romero y Miguel Ángel Hernández Balderas	70
5. Modelo Secuencial Integrativo (MSI) Blanca Delia Arias García, Óscar Iván Negrete Rodríguez y David Javier Enríquez Negrete	97
6. Modelos de evaluación basados en el análisis de secuencias Omar Moreno Almazán y Dulce María Velasco Hernández	124

II. Etapas del proceso terapéutico	147
7. El proceso terapéutico: contacto inicial David Javier Enríquez Negrete, Blanca Delia Arias García y Ricardo Sánchez Medina	148
8. El proceso terapéutico: formulación de un caso Aleida Isela Rubiños Martínez	179
9. El proceso terapéutico: mantenimiento, cierre y seguimiento Omar Moreno Almazán y Claudia Juárez Cuellar	207
III. Estrategias de intervención	235
10. Estrategias de intervención de primera generación Selene Domínguez Boer y Gabriela Leticia Sánchez Martínez	236
11. Estrategias de intervención de segunda generación Samuel Jurado Cárdenas	270
12. Estrategias de intervención psicológica de tercera generación Anabel De la Rosa Gómez, Berenice Serrano Zárate y Liliana Moreyra Jiménez	313
IV. Procesos de investigación en psicología clínica	336
13. Evaluación de los efectos de la intervención psicológica Ricardo Sánchez Medina, Consuelo Rubi Rosales Piña y David Javier Enríquez Negrete	337
14. Procesos de investigación en psicología clínica Sandra Ivonne Muñoz Maldonado, Consuelo Rubi Rosales Piña y Ricardo Sánchez Medina	369
15. Investigación centrada en la terapia Consuelo Rubi Rosales Piña, Ricardo Sánchez Medina y Sandra Ivonne Muñoz Maldonado	398
V. Competencias profesionales, ética y perspectiva de género	420
16. Competencias profesionales para el ejercicio de la psicología clínica Oscar Iván Negrete Rodríguez	421

17.	Ética en la terapia cognitivo conductual	438
	Giovanni García Yedra, Talia Rebeca González Morales y Brenda Estela Hernández Lima	
18.	Perspectiva de género en la terapia psicológica	463
	Daniel Rodrigo Aguilar López, Verónica Cristina Morales Vásquez y Liliana Patricia Reveles Quezada	
	VI. Aplicaciones y actualidades en psicología clínica	497
19.	Terapia de grupo desde el enfoque cognitivo conductual	498
	Laura Edith Pérez Laborde	
20.	Intervención en crisis	520
	Cristina González Méndez, Juan Manuel Montiel Génova y Christian Sandoval Espinoza	
21.	Telepsicología: intervenciones vía Internet en psicología clínica	550
	Lorena Alejandra Flores Plata, Anabel De la Rosa Gómez y Georgina Cárdenas López	

Prólogo

Con beneplácito comparto con el lector que me he encontrado con un libro que responde a las necesidades del momento actual. Antes de la pandemia existía ya una gran preocupación por las brechas que separaban las necesidades de la población y su demanda de tratamiento de la oferta de servicios y una cobertura efectiva y de calidad. Se estima que solo 12.3% de quienes cumplen el criterio diagnóstico reciben atención de calidad por personas formadas en el campo de la salud mental, y que la deserción de tratamiento es alta (45% en países de niveles medio y bajo de desarrollo, incluido México), a pesar de que se cuenta con intervenciones efectivas y de costo relativamente bajo.

Este escenario también refleja la brecha entre el desarrollo del conocimiento y su aplicación en las comunidades. Tristemente, es frecuente encontrar que el tratamiento que se ofrece en diversos servicios no incluye los últimos avances de la ciencia, en especial en países de niveles medio y bajo de desarrollo en donde vive 80% de la población que requiere algún tipo de atención para su salud mental. Esta dolorosa realidad llevó a la Comisión Lancet de Salud Mental Global a analizar la crisis de salud mental, a reconocer que, a pesar de la amplia investigación que ha desarrollado alternativas terapéuticas, su traducción a la vida real ha sido lenta, y a

mostrar que la falla global para responder a la crisis ha tenido como resultado la pérdida de capacidad humana y sufrimiento evitable.

Este libro con 21 capítulos, divididos en seis secciones, ofrece avanzar en este camino con dos contribuciones: un texto que reúne evidencia científica de la práctica clínica como un medio de difusión del conocimiento y la formación de las nuevas generaciones que tienen ante sí la gran oportunidad de cambiar la situación que impera.

La primera sección lleva a un recorrido por los eventos históricos y las diversas personalidades que formaron parte de la evolución científica de la psicología, sus aportaciones y teorías. Dichas bases forman parte de la disciplina científica y las intervenciones se han adaptado al avance tecnológico y a los cambios en las estructuras familiares, sociales y de comportamiento del ser humano hasta el siglo XXI. El segundo capítulo trata sobre el tema de la evaluación cognitiva en la terapia conductual, incluye un recorrido por la evolución del conductismo y su relación con los procesos cognitivos y de estos con el aprendizaje humano, el aprendizaje social y el autocontrol, así como la aplicación de este conocimiento al manejo de conducta alterada. Introduce a los modelos terapéuticos que se derivan de esta aproximación: terapia racional emotiva, de reestructuración cognitiva, de autoinstrucción y de solución de problemas. También se conoce el origen y evolución de la terapia cognitivo conductual que, como señala su autora, es una modalidad breve que enseña a la persona nuevas formas de actuar. Se trata del modelo considerado como el estándar de oro, que está manualizado con pasos definidos que el terapeuta ajusta a las necesidades de los usuarios y que incluyen la identificación del problema, el análisis funcional y de soluciones posibles, el establecimiento de metas, el diseño, aplicación y evaluación del programa de intervención, y el seguimiento de los cambios logrados. Esta sección se complementa con un capítulo muy operativo y útil de la forma de hacer evaluación conductual.

Otras contribuciones en esta primera sección abordan la evaluación neuropsicológica en psicología clínica, que busca identificar alteraciones y las áreas fuertes con las que cuenta para apoyar el proceso de rehabilitación. El modelo secuencial integrativo, como herramienta para conceptualizar variables cognitivas en los procesos estímulo-respuesta, hace un recorrido por un modelo clínico de la patogénesis derivado de la terapia cognitivo conductual y de los modelos cognitivos de Beck y Ellis que se complementa con el capítulo sobre modelos de evaluación basados en el análisis de secuencias que guía en la identificación de la problemática y los caminos para limitar los factores que las ocasionan y mantienen. Al igual que los capítulos que le preceden, incluye una guía para el terapeuta.

La segunda sección del libro aborda las etapas del proceso terapéutico, inicia con un capítulo sobre el contacto inicial. Tras una revisión de la literatura sobre la deserción, analiza la relación terapéutica y las habilidades clínicas, y ofrece una guía para el manejo de la primera consulta. El siguiente capítulo ilustra el proceso de la terapia cognitivo conductual a través de la formulación de un caso, la sección cierra con el mantenimiento, cierre y seguimiento del proceso terapéutico.

La tercera sección aborda las estrategias de intervención de primera, segunda y tercera generaciones. En cuanto a la primera, describe su evolución y estrategias que incluyen a la desensibilización sistemática, las terapias de exposición y condicionamiento operante. Analiza la estrategia del reforzamiento y castigo, y sus modalidades: extinción, modelamiento, encadenamiento, desvanecimiento, economía de fichas y el contrato conductual. Le sigue un capítulo obligado de las estrategias de segunda generación que incorporan pensamiento y procesamiento de información. Incluye a la desensibilización sistemática porque, a juicio del autor, utiliza la imaginación como parte del proceso terapéutico; las terapias de reestructuración cognitiva, como la terapia racional emotiva conductual; las

distorsiones cognitivas y las alternativas racionales. Complementan este capítulo las terapias cognitivas de Aron y Beck, la solución de problemas y la inoculación de estrés, además de una guía de intervención. La sección concluye con las estrategias de tercera generación que incorporan el contexto sociocultural, afectos, metas y valores con el propósito de modificar la perspectiva de sí mismos y de sus problemas que buscan construir repertorios amplios y flexibles. Se incluyen las terapias de aceptación y compromiso, psicoterapia cognitivo conductual, analítica funcional, dialéctica comportamental, integral conductual de pareja, *mindfulness* o atención plena.

La cuarta sección aborda el proceso de investigación en psicología clínica. Inicia con la evaluación de los efectos de la intervención psicológica, los diseños que se tienen al alcance para evaluar resultados que se complementan con el análisis de la significancia clínica y los diseños experimentales como coadyuvantes de la práctica. Los otros dos capítulos se centran en los procesos de investigación en psicología clínica y de la investigación centrada en la terapia.

La quinta sección ofrece un capítulo sobre competencias profesionales para el ejercicio de la práctica clínica, teórico-metodológicas, técnicas, contextuales, adaptativas, éticas y su adquisición en la práctica. La ética de la terapia cognitivo conductual es objeto de otro capítulo y se concluye con la perspectiva de género.

La obra termina con una sexta sección sobre aplicaciones y actualidades en la psicología clínica, tomando como base la terapia de grupo desde el enfoque cognitivo conductual, la intervención en crisis y la intervención vía Internet.

Este breve recorrido por la obra muestra su utilidad para los estudiantes, para quienes buscan una formación especializada en la clínica y para los investigadores. En muchos sentidos, da respuesta a los planteamientos de grupos nacionales e internacionales que manifiestan la necesidad de formar especialistas bien preparados,

con base en la evidencia, en los aspectos teóricos y prácticos, con las competencias necesarias para ayudar a personas cuyo bienestar ha sido comprometido, así como de evaluar los procesos y resultados como coadyuvantes de la práctica clínica con una orientación ética.

Sin duda, apoya las nuevas necesidades que se derivan de la pandemia por covid-19 que aumentan la demanda de atención en un escenario de una significativa brecha de atención, de falta de tratamiento para quienes ya lo estaban recibiendo por el confinamiento y la decisión de no considerar a la atención de la salud mental como un servicio esencial. A lo anterior se suman los nuevos casos que se agudizan por la creciente pobreza, la violencia, en la que sobresale la doméstica, las secuelas en aquellas personas que sobrevivieron a una manifestación grave de covid, a quienes vivieron o viven duelos prolongados por las condiciones en que perdieron a familiares y de aquellos que quedaron huérfanos.

Queda el reto de lograr la apropiación social del conocimiento, es decir, cómo hacer llegar a la población los avances de la ciencia en beneficio de las personas que necesitan algún tipo de ayuda. Los estudiantes harán una parte al llevar su conocimiento a sus lugares de trabajo, las unidades de educación continua harán lo propio. La difusión es, sin duda, una parte importante, la cual requiere un plan que promueva la implementación a través del trabajo en redes con tomadores de decisiones, especialistas, personas interesadas en la ciencia y tecnología, grupos sociales y la comunidad.

Ante este panorama, contar con personas capacitadas en terapias breves, con opciones de intervenciones grupales y que han mostrado su capacidad para mejorar el bienestar psicológico con un libro que apoya esta importante labor, es motivo de celebración.

Dra. María Elena Medina Mora

Facultad de Psicología, UNAM

Prefacio

Al momento de escribir este libro no imaginamos que nos tocaría vivir un tiempo insurrecto y cambiante, quizá más allá de lo que se ha vivido en los últimos tiempos, donde la ya contundente presencia de los mundos virtuales ha enajenado a la mente humana; la espectral aparición de una pandemia mundial acabó con la forma ideal de convivencia, nos ha expuesto a la soledad, nos ha hecho aprender de nuevas formas y cuestionar el alcance de nuestros actos para sobrevivir. Gradualmente, penetraron en la voluntad colectiva una serie de nuevas ideas de mayor identidad y pluralidad en lo político, en lo social, en su relación con los demás y con el mundo y, obviamente, en lo individual. Vivimos, pues, un tiempo en donde la *gnosis*, como diría Luis Villoro en su referente *Motivos y justificación de la vocación filosófica*, pudiera ser la vía de solución a las dificultades que vive nuestro país, valorando el poder de la sabiduría como una forma de conocimiento alternativo a la creencia (ideología) y al saber (ciencia); aspirando a constituir al conocimiento como la principal forma de solución a los problemas que vivimos en la actualidad.

Ante este mundo cambiante, los desafíos que pudieran orientar una transformación que tenga como base el conocimiento, se vuelven aún más complicados frente a las tendencias, costumbres

e incluso, la cotidianidad de las nuevas generaciones, donde las formas de enseñanza y de aprendizaje tradicionales han sido desplazadas. Hoy día, la adquisición de conocimiento de las disciplinas científicas se da, primordialmente, a través de medios virtuales, en los cuales la comunicación inmediata es la base para ofrecer respuestas ante los problemas, y donde la posibilidad de encontrar soluciones puede ser ubicada en miles de páginas de Internet, aplicaciones y otros recursos digitales. En consecuencia, las nuevas generaciones de profesionistas en todas las disciplinas están aprendiendo de este modo y el reto consiste en ofrecer información que anhele a convertirse en un auténtico conocimiento, y no en un dato fugaz.

¿Qué sentido adquiere este planteamiento? Basta conocer un poco lo que acontece en nuestro país para identificar el significado de esta necesidad. La población mexicana padece serios problemas: una tendencia creciente de más de 300 casos nuevos respecto al año anterior en la tasa de suicidios en los últimos 25 años; una prevalencia de 32.5% de la población con sintomatología depresiva, donde los temas de mayor consulta psicológica son la depresión, trastornos de ansiedad, fobias y trastornos de conducta alimentaria; esto aunado a los principales problemas psicológicos en menores de edad, tales como trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos psicoafectivos y problemas de conducta relacionados, casi siempre, con conflictos familiares, en los que la violencia, el abuso o el abandono son parte constante entre los factores comunes. Lo anterior sin contar con todo el conjunto de trastornos psicológicos que surgieron a partir de la pandemia mundial.

De este modo, el presente libro pretende convertirse en un elemento más de conocimiento para sus lectores, en el cual la revisión actualizada y los componentes de vanguardia en la psicología mundial se han convertido en la base para su estructuración, con énfasis en las posibilidades de aplicación de la psicología en nuestro contexto. Ofrece un conjunto de aportaciones bajo un esquema que integra el conocimiento en términos históricos, evolutivos,

conceptuales, metodológicos y hasta en su aplicación más contemporánea, con la intención de contribuir en la enseñanza y en la formación profesional de la psicología en el ámbito clínico desde los enfoques cognoscitivistas, así como para nutrir el ánimo de crecimiento intelectual de aquellos profesionistas que ofrecen sus servicios y han adquirido una visión caracterizada por la sensibilidad social y el aprendizaje de calidad.

Otra de las motivaciones de esta obra se sitúa en la enseñanza de la psicología dentro de los sistemas de educación superior en nuestro país, la cual se ha visto ensombrecida por una serie de aspectos institucionales y colectivos, que intensifican en diversas ocasiones las dificultades para su propio desarrollo. Hablamos de la existencia de planes de estudio obsoletos o de algunas propuestas de renovación que responden más hacia los intereses de grupos y gremios universitarios; de la escasez de escenarios de práctica profesional que limita el desarrollo de habilidades para el ejercicio de la psicología; de la implementación forzada de nuevas modalidades educativas basadas en tecnologías, a las cuales se trascendió no por convicción, sino por necesidad, y que han hecho que los docentes enfrenten dificultades al momento de impartir sus conocimientos; por último, del uso de textos curriculares y libros que han perdido vigencia en nuestra ciencia, y que siguen siendo un referente ancestral en los procesos de enseñanza, lo cual pronostica dificultades al momento de que los egresados se enfrentan a esta realidad cambiante, que desafía los cánones más tradicionales de la psicología clásica.

Ante este panorama, donde la carencia de publicaciones que atiendan a los principales retos y desafíos que enfrentará la psicología clínica en México es notable, se tiene así un elemento que intenta convertirse en una pléyade de conocimientos diversificados y orientados hacia la manera en que se puede desarrollar la psicología clínica desde los enfoques cognitivos, en la cual se dé cabida a las manifestaciones que dieron origen a esta línea de trabajo

psicoterapéutico, pasando por las grandes aportaciones en el conocimiento de la conducta y la cognición, hasta llegar a los procesos emergentes propios de los últimos tiempos. La intención se sitúa en evitar tendencias, interpretaciones y visiones acotadas; por el contrario, se ofrece una estructura plural y ordenada, en apego a las aportaciones de la psicología contemporánea basada en evidencia.

La idea del libro se gesta en medio de cambios importantes a nivel mundial, como la aparición de los Cursos en Línea Masivos y Abiertos (MOOCS, por sus siglas en inglés) en los sistemas de enseñanza y la publicación del DSM-5 con ajustes importantes en varios criterios diagnósticos, todo esto hacia el año 2014, siendo concebida en aquel entonces como una iniciativa de dos grupos académicos adscritos a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM): la Academia de los Sistemas de Educación Presencial y a Distancia y el Grupo de Investigación en Procesos Psicológicos y Sociales (GIPPS); sin embargo, por diversos ajustes y situaciones fuera de nuestro alcance, no se materializó la idea. Tiempo después, en medio de la situación de pandemia mundial en el año 2020, un grupo de académicos de la UNAM¹, pertenecientes al Claustro de Psicología Clínica del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED) de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala, tomamos la decisión de retomar este trabajo de manera colegiada dentro del claustro durante un poco más de un año. El objetivo fue integrar y exponer los principales aspectos de la psicología clínica en un libro de texto apegado tanto a los temas incluidos en los planes y programas de estudio más actuales del país como a las contribuciones derivadas de los hallazgos recientes en la investigación; y de esta manera, dirigir esta publicación a alumnos, docentes, investigadores y profesionistas interesados en la psicología clínica, a partir de la terapia cognitivo conductual.

¹ Todos docentes con experiencia tanto en la práctica profesional psicoterapéutica como en la investigación en psicología clínica.

De este modo, la encomienda que tuvimos los autores de este libro fue estructurar una temática a partir de incorporar las diversas dimensiones que existen en cuanto a la enseñanza de la psicología en nuestro país, a saber, personajes como Ribes, Reyna y López, quienes plantean la necesidad de considerar una enseñanza basada en una matriz científica, con prácticas filosóficas, teóricas, tecnológicas, profesionales y transdisciplinarias; de esta manera, se conciben los distintos escenarios que se deben incluir para desarrollar los procesos en psicología clínica. Considerando lo anterior, la obra parte de los antecedentes de la psicología cognitiva que dieron origen a los distintos procesos en el desarrollo de la terapia de conducta en cada una de sus generaciones, para finalizar con la diversidad de alcances que puede tener este ámbito en la atención de los problemas de salud mental que actualmente aquejan a la población mundial.

A partir de una perspectiva deductiva, cada docente invitado realizó una labor minuciosa y actualizada para ofrecer una exposición clara y sistemática del contenido de cada capítulo. La organización tuvo como base un seminario donde participaron los autores de cada capítulo, en el cual hubo la posibilidad de conocer los contenidos y hacer un análisis que dio apertura a la reflexión y deliberación de estos y su alcance, por medio de una serie de criterios académicos, científicos y de estilo, previamente establecidos.

Con miras al cumplimiento de este objetivo, este libro aspira a convertirse en una base para la formación profesional de quienes se preparan para desempeñarse en la psicología clínica, por esta razón, ofrece un panorama global que sirve como fundamento actualizado de su actuación, más allá de su función como libro de texto. Por otra parte, busca despertar el interés, el análisis y la crítica de docentes, investigadores y profesionistas en el ejercicio psicoterapéutico, y que su lectura amplíe y retroalimente el plan de su labor profesional, con apego a la realidad y a la solución de problemas.

A partir de tal visión, se estructuró en seis secciones y 21 capítulos en los que se ahonda en los principales conceptos, funciones y procesos que han seguido al desarrollo de este ámbito en la psicología. Así, la primera sección está constituida por seis capítulos, cuyo interés se sitúa en conocer el origen y evolución de la terapia cognitivo conductual, aunado a la descripción de la importancia de los procesos de evaluación psicológica que se hacen desde esta perspectiva. Parte de un bosquejo histórico que nos permite comprender los antecedentes epistemológicos, filosóficos y científicos que encaminaron la presencia de una teoría psicológica que atendiera los aspectos conductuales y, lo que por mucho tiempo se llamó, aspectos mentales.

Tras la explicación de origen y desarrollo histórico, se aborda de manera puntual la evaluación psicológica, haciendo una clara distinción entre los procedimientos tanto de la evaluación tradicional como de la conductual, ofreciendo un panorama que permite conocer la utilidad y los aspectos metodológicos relacionados con cada una. Posteriormente, se inserta un capítulo que introduce a la evaluación neuropsicológica, con la intención de conocer la contribución que tiene esta para la exploración y conocimiento de trastornos psicológicos. Los dos capítulos posteriores, de corte metodológico y de aplicación, exponen aspectos relacionados con el análisis secuencial como método básico para el desarrollo de la evaluación en psicología clínica, a fin de entender los problemas psicológicos a los que nos enfrentamos, sus variables y la relación funcional entre ellas.

La segunda sección se compone de tres capítulos relacionados con los procesos terapéuticos. El primero de ellos profundiza los elementos metodológicos, empíricos y actitudinales para comenzar el proceso terapéutico, desde el recibimiento, el encuadre y todo lo relativo al contacto inicial. Tras cubrir esta primera parte, se exponen los lineamientos relacionados con la formulación de los casos, lo cual implica determinar los problemas psicológicos,

definirlos con mayor claridad y establecer los procedimientos para dar inicio a la terapia. El capítulo siguiente de esta sección examina los temas relacionados con el mantenimiento, cierre y seguimiento del proceso terapéutico, con la intención de tener elementos claros de la manera cómo debe finalizar el proceso de intervención psicológica, desde este enfoque cognitivo conductual. Los tres capítulos que constituyen esta sección se ofrecen como un recurso elemental para proceder a la actuación terapéutica, bajo los esquemas que actualmente se siguen en este ámbito.

Posteriormente, se abre una tercera sección clave, porque en ella se incluye la noción evolutiva de la esencia de la terapia psicológica cognitivo conductual. Está constituida por tres capítulos básicos; el primero de ellos estudia los procesos terapéuticos correspondientes a lo que denominamos la primera generación de terapias, enmarcadas por las bases conductuales radicales; el segundo capítulo da apertura a la explicación de las principales técnicas de modificación de conducta propias de la denominada segunda ola o generación, a partir de la aparición del enfoque cognitivo dentro de esta línea, la cual dispone de una amplia gama de procedimientos y peculiaridades que se ajustan a los requerimientos actuales; por último, el tercer capítulo resulta novedoso porque incluye las terapias de la denominada tercera ola o generación, que se incorporan aquellas terapias recientemente adscritas a este enfoque, las cuales se enfocan en hacer un discurso más contextualizado y dialéctico, sin embargo, siguen siendo replanteadas y, en algunos círculos, cuestionadas aún; no obstante, se hace una incorporación a partir de procedimientos terapéuticos basados en evidencia y en apego a la metodología científica.

La cuarta sección conjuga aspectos relacionados con algunos procesos específicos que los psicoterapeutas cognitivos deben conocer, desde la evaluación de los efectos de una intervención realizada hasta los procesos específicos de investigación que pueden ser desarrollados para ampliar el conocimiento de los fenómenos

psicológicos, así como las maneras que se pueden ofrecer para su tratamiento.

La quinta sección centra su atención en elementos particulares que se relacionan con las competencias profesionales de los psicoterapeutas en escenarios específicos, el desarrollo, aplicación y utilidad de aspectos éticos en la actuación profesional. Cabe destacar la inclusión de un capítulo destinado a la descripción y entendimiento de la perspectiva de género en la labor profesional de la psicología clínica. Esta sección constituye un aspecto importante para la profesionalización, que en diversas ocasiones es asimilada de manera casi tautológica por los planes y programas de estudio.

Finalmente, la sexta sección pretende una culminación de la obra en un sentido también novedoso, pues se describen aspectos relacionados con algunas de las aplicaciones de la terapia en la actualidad, principalmente desde los tiempos en que comenzó el confinamiento; aspectos tales como la terapia de grupo en diversos escenarios, con todo y su manejo específico, así como los procesos de intervención en crisis, lo cual es relevante ante cualquier escenario de práctica, y los procesos de telepsicología, como una alternativa de utilidad en tiempos de distancia social.

Al repasar sus páginas, los lectores podrán observar en cada uno de los capítulos, una estructura con una introducción que permite reconocer las cualidades del capítulo en cuestión, así como un estilo de redacción correspondiente a la personalidad de cada autor, con el esfuerzo de hacerlo con una mayor claridad y rigor científico. En la parte final de cada capítulo, se ofrece un resumen que destaca los puntos más importantes y que da pie al capítulo posterior.

Para finalizar, queremos destacar la importancia de la locura e ímpetu que existen en algunos miembros docentes, particularmente de quienes fueron invitados a participar en este proyecto, dado que, sin dichos elementos, hubiera sido difícil materializar aquellas grandes obras que ahora son legados. Precisamente, justo cuando terminábamos la integración de este libro, escuchábamos el álbum

Sgt. Pepper's Lonely Hearts Club Band de The Beatles, como demostración casual de que el atrevimiento de salir de lo convencional, muchas veces permite dejar un legado que pueda servir e inspirar al prójimo. Estamos convencidos de que cada uno de los autores agradece a los miembros de su familia, sus padres, parejas e hijos, así como a los estudiantes y discípulos que les inspiran a cometer dichas locuras; y nosotros nos unimos a ese agradecimiento, por el apoyo e inspiración que nos ofrecen, y que han hecho que convirtamos a esta profesión que hemos elegido, en un acto de placer y amor cada día, por los siglos de los siglos.

Los coordinadores

FES Iztacala, UNAM

JUNIO DE 2021



Evolución de la terapia cognitivo conductual y evaluación psicológica

Índice general

1. Origen y desarrollo de la psicología clínica cognitiva
2. La evaluación cognitiva en la terapia conductual
3. Evaluación conductual
4. Evaluación neuropsicológica en psicología clínica
5. Modelo Secuencial Integrativo (MSI)
6. Modelos de evaluación basados en el análisis de secuencias

Origen y desarrollo de la psicología clínica cognitiva

Omar Moreno Almazán

Introducción

El siglo XXI ha traído consigo diversos retos para las disciplinas científicas, en virtud de la presencia y evolución de aspectos propios de nuestra época, como son: el desarrollo tecnológico, la expansión de la comunicación, los aportes en el conocimiento biológico, físico y astronómico, la evolución en las modalidades del aprendizaje y más recientemente, estudios multidisciplinarios derivados de la pandemia de covid-19 a nivel mundial. En este sentido, la psicología también ha tenido una evolución desde su consolidación como disciplina científica, y es posible observarla desde aspectos correspondientes a este siglo, como es su desarrollo en ámbitos como los cambios en los conceptos de estructura familiar, los ajustes en la cultura y educación a partir de la incorporación tecnológica, la presencia conceptual y metodológica relativa a la perspectiva de género, la adicción a las tecnologías virtuales y la vinculación de la psicología con las neurociencias y la robótica.

Cabe recordar que durante el siglo XX surgieron los enfoques psicológicos que actualmente rigen a esta disciplina, entre ellos la teoría cognitiva, la cual, como menciona Abate (2020), se destaca como aquella perspectiva teórica que estudia los procesos psicológicos que contribuyen a construir el conocimiento

que las personas poseen del mundo y de sí mismas, teniendo por objeto de estudio a los sistemas cognitivos: percepción, atención, memoria, razonamiento, entre otros. Pero, ¿qué hace que este enfoque psicológico tenga una importante repercusión y utilidad en el desarrollo actual de nuestra disciplina?, ¿será que la teoría cognitiva valida la existencia de la mente?, ¿supone la teoría cognitiva un alcance mayor en la solución de los problemas psicológicos de las personas, aun por encima de su propia conducta?, ¿podríamos pensar que la psicología cognitiva ha trascendido el establecer evidencias de lo que se consideraba parte de la metafísica? Pues bien, desde el surgimiento de esta teoría, ha existido un interés creciente por tratar de entender la forma en la que los seres humanos actuamos y razonamos haciendo uso de todas aquellas funciones y manifestaciones psicológicas. Cabe aclarar que este interés no solo ocurre por la utilidad inmediata que ha tenido este enfoque en la atención de los problemas psicológicos, sino también por el afán que existe por tratar de replicar estas funciones psicológicas de forma artificial.

Para el caso de México y Latinoamérica, la historia de la psicología se ha enmarcado dentro de algunos de los principales enfoques, encontrándose referencia de su enseñanza y aplicación principalmente en las teorías: psicoanalítica, análisis del comportamiento, psicología humanista, psicología de la liberación, psicología positiva, psicología basada en la teoría de los sistemas y la psicología cognitiva (Ardila, 2012; Garduno, 2002); y en aspectos particulares, hacia enfoques psicoterapéuticos como: el psicoanálisis freudiano y neofreudiano, la terapia transaccional, el psicodrama, la terapia rogeriana, la terapia Gestalt y la terapia cognitivo conductual (Castanedo, 2008).

De este modo, la importancia que adquiere el reconocer las bases teóricas de los principales enfoques de esta disciplina, orientada hacia la atención, prevención, solución y modificación de los problemas psicológicos de los individuos, resulta clave para realizar

un trabajo que se adecue a las exigencias y demandas sociales, pero que, además, represente una actividad basada en evidencia, con rigor y calidad científica, y con reconocimiento en todo momento de la particularidad que tiene cada uno de estos enfoques como parte de una misma epistemología científica. En particular, conocer la historia de la teoría cognitiva permite identificar el alcance de las revoluciones científicas, culturales, políticas y sociales de los últimos tiempos, de manera que su evolución se perfiló hacia la atención de los problemas psicológicos que, hoy día, son el punto de interés de la psicología clínica.

Hacia la búsqueda de la mente

Desde hace varios años ha existido un interés legítimo por saber cuáles son las fuerzas o energías que rigen nuestras decisiones, acciones e intelecto. Se ha atribuido a Platón ser quien expuso, por primera vez y de manera directa, un interés hacia el origen del conocimiento; a partir de entonces y lo largo del desarrollo de la filosofía, fue entonces posible determinar una serie de conceptos más explícitos acerca del estudio del conocimiento y de la mente. Tras el surgimiento del método científico como una nueva forma de conocimiento, autores como Hume, Descartes y Locke procuraron apoyarse de esta para intentar entender la mente, dando preámbulo a explicaciones más desarrolladas como las que surgieron con la Ilustración por pensadores como Kant, quien pudo definir, con mayor precisión, la diferencia entre el conocimiento analítico *a priori* y el conocimiento sintético *a posteriori*, que integraron las bases de lo que hoy entendemos como una naturaleza subjetiva y objetiva de la mente (Álvarez *et al.*, 2012; Carretero, 1998).

A finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, se sucedieron algunos acontecimientos que marcaron este periodo:

- a) *Revolución Industrial*: implicó la presencia de máquinas en el desarrollo y producción lo cual, a su vez, cambió los sistemas económicos, políticos y sociales de la humanidad, con su respectivo ajuste mental.
- b) *Revolución Francesa*: como factor ideológico, donde se concibió la idea de la igualdad, fraternidad y libertad de los individuos rompiendo, con ello, la idea de una jerarquía espiritual o natural entre los seres humanos.
- c) *Teoría de la evolución de las especies*: donde se presentaron las primeras evidencias del origen de la naturaleza humana, a partir de una especie biológica (no divina) en constante cambio.
- d) *Filosofía positivista*: que representó una filosofía que rechaza la existencia de cualquier conocimiento *a priori* (subjetivo), para explicar la naturaleza humana y señalando la necesidad de una filosofía experimental y evidente.

En este marco, se presentan algunas explicaciones claras respecto al desarrollo de la naciente psicología científica experimental ocurrida en 1879, con el establecimiento del laboratorio de psicología experimental de Wundt en Alemania, y la aparición del funcionalismo como una explicación de los procesos mentales desde una noción evolucionista con William James en Estados Unidos en 1890. En esencia, estas dos tendencias marcaron el nacimiento de la psicología como una ciencia, la cual debería apoyarse en el método científico, con bases empíricas y orientarse hacia la solución de problemas relevantes.

El inicio del siglo xx se distinguió de manera inmediata con la aparición de teorías y aportaciones importantes: el psicoanálisis de Freud (1896), el condicionamiento clásico de Pavlov (1904), la primera Escala de Inteligencia de Binet y Simons (1905), las teorías y leyes asociativas del aprendizaje de Thorndike (1911) y la aparición del conductismo con Watson (1913). Es importante mencionar

que, durante esa época, en nuestro país no existían del todo las condiciones apropiadas para el desarrollo de la psicología, aunque sobresale que, justo un par de meses antes de que estallara la Revolución Mexicana, se había inaugurado el Manicomio General La Castañeda (septiembre de 1910), colocando a México dentro de los 27 países de vanguardia en materia de alienismo (posteriormente llamado psiquiatría), en donde iniciaron los primeros procesos de atención a los problemas mentales en nuestro país, desde un marco científico y médico (Sacristán, 2010), aunque interrumpido casi de manera inmediata una vez que estalló la revuelta social.

La psicología mundial comenzaba a tener dos líneas importantes que no solo explicaban las bases teóricas y epistemológicas del entendimiento de la mente y de la acción humana, sino que, además, representaban un símbolo ideológico y de identidad para los profesionales en el ámbito. Por un lado, el conductismo estadounidense que centró sus esfuerzos en el estudio empírico de la conducta, sin oportunidad alguna de explicaciones introspectivas o nociones subjetivas; por otra parte, el psicoanálisis europeo proponía una explicación casi mitológica, pero adecuada a las características filosóficas del estudio de la mente y sus más profundas distorsiones. Así, estas dos líneas constituyeron las principales tendencias del estudio de la psicología y, por tanto, la búsqueda de la verdad en relación con su objeto de estudio y a la posible comprobación de la existencia de la mente. Apenas inició el auge de estas dos líneas, sucedieron tres acontecimientos que cambiaron, de nueva cuenta, el rumbo de la historia: las Guerras Mundiales, la aparición de la informática y la computación, y el empirismo lógico de Berlín.

Antecedentes de la psicología científica

Si bien se ha mencionado que el estructuralismo de Wundt en Europa y el funcionalismo de James en Estados Unidos fueron las

primeras teorías psicológicas científicas, ninguna de las dos consideró como tal, la existencia de la mente como objeto directo de estudio; sin embargo, en un análisis realizado por Álvarez *et al.* (2012), es posible señalar que hubo algunas aportaciones de la futura psicología cognoscitiva que se dieron a la par del desarrollo de ambas líneas.

Una de ellas corresponde a la doctrina idealista acerca de la intencionalidad de Franz Brentano, filósofo y sacerdote católico austriaco que orientó su estudio hacia los fenómenos psíquicos a partir de la psicología empírica. En sus postulados, señaló que la psique existe y es intencional, de tal manera que la mente siempre se orienta hacia algo, aunque ese algo no exista en realidad y, por tanto, solo conocemos “las cosas para mí” y nunca “la cosa en sí”, interponiéndose entre ellas la razón, el conocimiento *a priori* y no educable que se materializa en la acción humana, el cual no requiere confirmación y se convierte, para los individuos, en verdades absolutas.

De este modo, bajo la influencia y a contraposición de Kant, Brentano señaló que el objeto de estudio de la psicología no podía ser un objeto, sino un acto. Bajo esta premisa, su doctrina se orientó principalmente hacia reconocer que los objetos solo existen por referencia de una intención, como una vivencia del sujeto y no es necesario que el objeto exista en la realidad; de este modo, si un individuo hace mención de algún objeto, suponemos que en realidad está mencionando un producto derivado de su conciencia, y no una sensación (semejante a señalar que, si un individuo menciona que percibe maldad en otra persona, no es porque necesariamente esa otra persona sea mala, sino porque este individuo generó un fenómeno básico en su conciencia que le hace pensar de ese modo). Sus principales aportaciones las podemos contemplar en obras como *La psicología desde el punto de vista empírico* (1874) o *El origen de la conciencia moral* (1889).

El análisis de Álvarez *et al.* (2012) señala otra aportación surgida hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX, que

corresponde a un movimiento intelectual denominado la “Escuela de Würzburgo”, en la que participaron diversos investigadores dirigidos por un exalumno de Wundt, Oswald Külpe, quienes crearon una idea basada en el asociacionismo psicofísico, a partir de la cual modificaron la manera de efectuar un proceso de introspección como lo hacía Wundt. En este sentido, establecieron la denominada “introspección controlada”, donde los individuos debían relatar lo que estaban pensando y no lo que estuvieran percibiendo. Este procedimiento de pensamiento en voz alta permitió evidenciar que los individuos pueden asumir la tarea de percibir y de emitir juicios propios acerca de aquello que perciben, al grado de ser capaces de pensar aun cuando los objetos no estén presentes o no existan.

La manera en que estos investigadores realizaban el proceso de introspección cambió drásticamente en comparación con el que utilizaba Wundt, pues en esta participaban sujetos con alto nivel académico a quienes se les ponían pruebas complejas (por ejemplo, leer una obra literaria) y, entonces, plasmaban sus pensamientos acerca de esas tareas, en cuestionarios que, hoy día, podrían ser concebidos como autorregistros. A su vez, utilizaron el concepto de pensamiento sin imágenes, donde se demostró que los individuos son capaces de reconocer pensamientos respecto a ciertos estímulos, sin evocar la imagen de dichos estímulos (por ejemplo, a los individuos se les propuso visualizar en su mente imágenes de cierto color, dentro de un cuarto en plena oscuridad).

Otra aportación fue determinar el fenómeno de la abstracción, el cual concebían como la capacidad que los individuos tienen para prestar atención a un determinado estímulo, ignorando la presencia de otros estímulos; por ejemplo, se ofreció a un grupo de individuos un conjunto de estímulos entre letras, números y figuras, y se solicitó a cada individuo que solo prestará atención a las características de un solo estímulo en particular; posteriormente, era evidente que los individuos eran capaces de recordar las características

de ese estímulo solicitado, olvidándose por completo de los demás, a pesar de tenerlos presentes (Álvarez *et al.*, 2012; Saiz *et al.*, 1990).

Poco antes de la Primera Guerra Mundial, justo cuando estaba a punto de nacer el conductismo, surgió también otra influencia en Alemania que formaría parte del preámbulo explicativo de los procesos mentales: la Psicología de la Gestalt, creada en 1912 por el profesor Max Wertheimer y sus alumnos Wolfgang Köhler y Kurt Koffka, quienes comenzaron a tener una propuesta basada en la experiencia perceptual del movimiento en los individuos, a partir de elementos fijos. Fue posible percatarse del hecho de que los individuos son capaces de percibir movimientos y acciones, sin situarse en los aspectos físicos que subyacen a dichos procesos, teniendo como referente lo que ocurre en las películas, las cuales están constituidas, en realidad, por un conjunto de miles de fotografías que, presentándolas de manera continua, pareciera que en realidad estamos visualizando movimiento. De este modo, el punto principal de esta teoría corresponde al precepto de suponer que todos los hechos psicológicos no corresponden solo a hechos físicos y tangibles, sino a una cualidad específica: la Gestalt, es decir, a la diferencia que hay entre la realidad y lo que percibimos de ella (Álvarez *et al.*, 2012; Burga, 1981).

El concepto de la Gestalt hace referencia, entonces, a la forma, a la dinámica y a los conceptos que las personas damos a los objetos y que no se reducen solo a sus características generales; existe la participación de la actividad cerebral para organizar la información percibida. Los psicólogos de la Gestalt rechazan los conceptos atomistas y las asociacionistas de la conciencia (Álvarez *et al.*, 2012), y basan su trabajo en principios básicos para entender a los individuos tales como: la unificación de la figura y el fondo (concepto concreto de la Gestalt), y la atención a los procesos inconclusos que se traducen en comportamientos y emociones no disponibles, pero que afectan a los individuos, en una doctrina holística que asume la individualidad como parte de un todo en

la naturaleza y en la dinámica social; de esta manera, ocurre un contacto entre el individuo y el ambiente, donde existe una necesidad constante de equilibrio y satisfacción para vivir, a lo que se llamó autorregulación orgánica (Burga, 1981).

A pesar de que esta teoría surgió bajo la existencia del psicoanálisis y del conductismo, se constituyó como uno de las aproximaciones más actuales al conocimiento de la naturaleza de la percepción de los individuos respecto a la realidad y su apropiación de la vida.

Conducta y cognición ¿ciencia o mentalismo?

Tras la Primera Guerra Mundial, diversas ciencias comenzaron a crear una serie de ajustes hacia sí mismas con la intención de adaptarse a los nuevos requerimientos mundiales, entre ellas, la psicología. En este sentido, las dos grandes líneas que dirigían su desarrollo (el conductismo y el psicoanálisis) comenzaron a enfrentar sus primeras crisis.

Primeras crisis

La teoría conductista parte de la noción de comparar la acción humana con la acción animal, dando por hecho que los animales no piensan ni sienten, sino que su acción es motivada por la asociación que hay entre estímulos y respuestas; y ante esta noción, se generaron propuestas para modificar tanto las respuestas innatas (bajo los procedimientos del condicionamiento clásico) como las respuestas aprendidas (con los mecanismos del condicionamiento operante) a partir del manejo de los estímulos y de las consecuencias ocurridas tras las respuestas. Su objeto de estudio es, por tanto, la conducta observable, medible y con la capacidad cuantificarse y

demostrarse, y no hay cabida para las explicaciones incapaces de ser demostradas empíricamente (Kazdin, 1994).

Bajo esta premisa, el conductismo renuncia completamente a cualquier explicación que pudiera estar relacionada con los aspectos atribuibles a la mente, situación que le trajo complicaciones al momento de buscar fundamentarse ante la exigencia de aceptar la presencia de aspectos mentales. Al término de la Segunda Guerra Mundial, y precisamente a partir del surgimiento de la computación e informática, comenzó a ser innegable que el ser humano, al igual que las computadoras, no solamente reacciona ante estímulos, sino que es necesario asimilar que existen procesos internos que provocan la forma e intencionalidad de esas reacciones, y que van más allá de una mera configuración de estímulos. Hacia 1948, durante el Simposio de Hixon, el conductismo se enfrentó por vez primera a la comparación de los sistemas computacionales con la actuación del sistema nervioso y los procesos mentales, situación que a la larga provocaría un declive en los preceptos del conductismo radical.

A decir de autores como Bunge y Ardila (2002, en Emiro, 2009), el conductismo adquirió enorme importancia para la psicología, al grado de ser considerado como un estadio precientífico de la psicología, pues en realidad, hacia la primera mitad del siglo xx, ningún enfoque psicológico surgido tras la aparición de la psicología científica, mantenía, en realidad, una carga conceptual basada en el método científico como lo hacían las otras ciencias.

Entre las teorías psicológicas de mayor peso, además del conductismo, se hallaba el psicoanálisis, el cual según Montes de Oca (2010, en Álvarez *et al.*, 2012) fue considerado como una nueva forma de ver el mundo, en oposición al concepto científico de la modernidad que pretendía conocer la naturaleza en su totalidad con un realismo ingenuo, y que planteaba una nueva concepción y estructura del lenguaje, en el que se destaca el papel de la interpretación y de la intersubjetividad, dando un giro que

contribuyó a la hermenéutica; presentó, además, un esquema en el cual se establece una nueva relación dialéctica entre el sujeto y la realidad, así como entre sus tribulaciones. Desde que Freud comenzó a escribir sus obras, iniciando con su *Interpretación de los Sueños* (1900), habló ya de lo psíquico, lo cual no era bien visto por la tendencia científica que había surgido en la psicología; sin embargo, su manera de abordar este concepto generó un carácter paradigmático correspondiente a la revolución del conocimiento, el cual impactó en la psicología al hablar de nociones psicodinámicas y que, a la larga, incorporaría otras perspectivas, tales como el humanismo o el enfoque sistémico.

El psicoanálisis generó una manera de ver al sujeto desde una concepción dialéctica, donde se usaron consultorios como laboratorios y se aspiró al esclarecimiento de la conciencia con aspectos subjetivos e intrapsíquicos. Para autores como Álvarez *et al.* (2012), el psicoanálisis aportaría aspectos esenciales a la psicología:

- a) Incorpora conceptos de la sexualidad que incluyen lo afectivo, corporal, subjetivo, cultural y no se reduce a la genitalidad, lo cual trasciende incluso, hacia la sexualidad infantil.
- b) Comprende el funcionamiento de la actividad psíquica, tomando en cuenta aspectos de la irracionalidad y al inconsciente.
- c) Enfatiza la importancia de las relaciones parentales en las experiencias tempranas, así como del papel de la ley y la cultura en la subjetividad humana.
- d) Ilustra las diferencias de género en la constitución psíquica y en la sexualidad.

El psicoanálisis alcanzó importantes avances durante la primera mitad del siglo xx, los cuales lo situaron como uno de los principales referentes mundiales de la psicología moderna; sin embargo, al igual que al conductismo, sus propios límites serían su declive ante el peso de la ciencia, principalmente por el uso de un

lenguaje mentalista¹ que no sería suficiente para explicar la naturaleza de la actuación humana.

El aporte de la nueva lógica, la computación y la informática

Mientras la psicología comenzaba su auge como disciplina científica, pero con serias limitaciones que representaron una crisis epistemológica y metodológica, surgieron algunas aportaciones en el terreno de la filosofía, la computación y las ciencias de la comunicación, que tuvieron un impacto considerable en la transformación y perfeccionamiento de la psicología como ciencia.

Una de las primeras aportaciones corresponde a la Nueva Lógica, propuesta por Gottlob Frege (1848-1925)², quien entre sus aportaciones señala la idea de que el lenguaje ordinario, tal y como lo usamos, no puede situarse en las leyes del pensamiento, por tanto, se requiere de un lenguaje artificial, que sea capaz de explicar las ideas que subyacen en la mente de los individuos, y que expresen las ideas que hay en los signos y en las palabras.

De ser así, tendríamos un lenguaje que pudiera comprender que cada palabra emitida por un sujeto puede ser entendida en todo su significado mental, sin asociarlo a las características generales que entendemos de las palabras (Fonseca, 2006); algo así como si un individuo señalara, por medio de sus palabras, lo que una persona significa para él bajo expresiones como “Tú eres mi universo”, lo cual tiene un significado basado en la subjetividad e interpretación de quien lo expresa, pero que, al ser escuchado por otra

¹ El término mentalismo ha tenido múltiples definiciones. Para los conductistas iniciadores, hace referencia al uso de conceptos, palabras e ideas relativas a las nociones de la mente, la conciencia y la psique, los cuales no cuentan con evidencia científica de su existencia y caen en una manera de explicar lo que empíricamente no se puede demostrar. Sin embargo, a partir de los años 50, Chomsky utilizaría el término de mentalismo de una forma distinta, haciendo referencia a estructuras prediseñadas en el cerebro para la adquisición del lenguaje. Para una mayor comprensión de esta idea, se sugiere revisar el texto de Hernández Pina (1977).

² Matemático y filósofo alemán cuya obra fue poco reconocida en su tiempo, pero que, hoy día, es considerado como uno de los fundadores de la lógica moderna, y valorado por sus contribuciones a la filosofía del lenguaje y la lógica.

persona ajena, podría relacionarse con las ideas que tiene sobre el concepto de universo. Es por ello que el lenguaje ordinario resulta poco preciso y la propuesta del lenguaje artificial podría superar sus imperfecciones.

Otro personaje que merece atención especial es Alan Turing³, considerado el padre de las ciencias de la computación y de la inteligencia artificial, quien propuso la idea de una máquina que efectuara cualquier cálculo y dispusiera de cintas con códigos simétricos que pudieran desplazarse para ser leídos. Así, a través del código binario, fue posible inventar y crear toda cantidad de programas y aparatos que podrían ser diseñados para efectuar las mismas operaciones y algoritmos de forma autónoma. Sin embargo, el planteamiento de Turing marcó un desafío más profundo al plantear en 1950 el cuestionamiento sobre si pueden pensar las máquinas, al que posteriormente se le conoció como “la prueba de la máquina de Turing”, en la que señalaba que las máquinas alcanzarían la capacidad de pensar y ser inteligentes, en el momento que adquirieran patrones de respuesta que se puedan equiparar con los del ser humano, al punto de no poder distinguir entre uno y otro.

De este modo, nacieron las bases de la inteligencia artificial, donde se consideró la posibilidad de programar secuencias de comportamiento (software) en estructuras electrónicas (hardware), para imitar la conducta inteligente de un ser humano (Ramos, 2014); bajo este precepto, se puso sobre la mesa la discusión que determinó la posibilidad de que la acción humana y su vida mental se podría reducir a una serie de secuencias lógicas, matematizables y programables.

Por otra parte, en la misma época a partir del año 1948, surgieron los escritos de Claude Shannon quien, en colaboración con Warren Weaver, generarían una teoría que se constituyó en los

³ Matemático británico nacido en 1912 cuyas investigaciones en el campo de las ciencias de la computación lo llevaron a ser convocado por el gobierno inglés para participar contra los nazis, hallando la manera de descifrar sus códigos secretos y generar gran ventaja de Inglaterra sobre Alemania a través de su máquina “Enigma”.

principios de la informática y la comunicación. En dicha teoría, sistematizan la unidad de análisis de la comunicación (denominada *bit*) y los elementos que forman parte de un sistema de comunicación, esquematizando de manera lineal la forma en la cual se produce el origen, envío y recepción de un mensaje, así como las posibilidades de su afectación, y la interpretación de los receptores. Con esta teoría, se establecen las bases para explicar los principios de la comunicación a través de cualquier mecanismo, y considerar los procesos cognitivos con independencia de toda materialización particular de los mismos, lo cual fue utilizado por los nacientes psicólogos que estudiaron la cognición, para explicar los mecanismos que subyacen bajo el procesamiento de información en la mente humana (Beacker, 2017); pero, además, sentaron las fundamentos para diseñar y materializar lo que, en el futuro, se convertiría en Internet.

En el momento en que estas teorías se desarrollaban la situación mundial se encontraba enmarcada por las desazones de la Segunda Guerra Mundial, creando una imperante necesidad de agilizar los procesos de estudio en todas las disciplinas científicas; en particular, su evolución tuvo un gran auge en áreas como la computación, la comunicación y la informática, que comenzaron a marcar un preámbulo en los años posguerra. A partir de entonces, la psicología presentó grandes avances que marcaron un precedente que sigue vigente en nuestros días; aparecieron los modelos de condicionamiento operante de Skinner, se consolidó la psicometría con las aportaciones de Thurstone, entraron en escena teorías precisas acerca del desarrollo del ciclo de vida y del aprendizaje, como la propuesta de la psicogénesis del desarrollo de Piaget; a la par, surgieron nuevos planteamientos para reconocer la actuación y la voluntad humana, como las propuestas estadounidenses de una evolución filosófica del humanismo planteado por Roger, como un ejemplo de gran alcance, así como algunas otras teorías que, por su situación histórica y política, alcanzaron su consolidación

años más tarde, como la teoría del origen histórico y cultural del pensamiento propuesta por Vygotsky.

Para el caso de México, el desarrollo seguía lento y no existían aportaciones notables en la psicología; sin embargo, faltaban pocos años para que nuestro país concediera registros oficiales para el estudio de esta disciplina, y así sentar las bases para la formación de profesionistas en psicología a partir de los años 50.

Nacimiento de las ciencias cognitivas

Miller estableció el 11 de septiembre de 1956 como la fecha en que nacieron las ciencias cognitivas, a partir de un suceso importante: el Simposio sobre Teorías de la Información en Massachusetts, donde participaron muchos de los grandes teóricos en el estudio de las ciencias de la comunicación y de la información, tales como Allen Newell, Herbert Simons, Noam Chomsky, Jerome Bruner y George Miller, entre otros. Durante este evento, fueron expuestas las bases del estudio de lo que, hasta entonces, era reconocido como la mente humana, y que constituyeron los elementos esenciales para reconocer el funcionamiento de lo que ahora llamamos procesos cognitivos.

Entre las aportaciones de este evento destaca la idea totalmente definida y renovada del estudio del lenguaje, propuesta por Noam Chomsky. En su trabajo titulado *Tres modelos de lenguajes*, critica las recientes ideas de la teoría de la informática de Shannon, así como al conductismo de Skinner, dado que no podían dar una respuesta auténtica respecto a la forma en la que puede ser explicada la actividad lingüística, ya que esta, en realidad, adquiere una naturaleza innata y universal situada en la mente los seres humanos (García, 2007), que era capaz de explicar toda la conducta humana a partir de una especie de reglas inscritas en la psique; con este precepto, se rompe el esquema tradicional de suponer al pensamiento como causante del lenguaje, invirtiendo así la lógica explicativa

del mismo y asumiendo que el lenguaje, en su misma condición innata, genera los procesos de pensamiento.

De acuerdo con los planteamientos de su teoría, el habla materna (o el lenguaje de señas materno) se adquiere de una forma automática, a partir de principios inconscientes compartidos por todas las lenguas del mundo y especificaciones particulares de esos principios, conocidos como parámetros. Así, el único componente exclusivamente humano de lenguaje es la capacidad sintáctica a la que llamó proceso generativo, señalando que, en el proceso del desarrollo del lenguaje, existen dos tipos de estructuras cognitivas que permiten la asimilación de los enunciados: una superficial y otra profunda, toda vez que de este modo un individuo que escucha algún enunciado, tiene la posibilidad de entender su descripción más sencilla e inmediata, o brindarle una interpretación acorde a sus contenidos (Barón, 2014).

Las aportaciones realizadas por Chomsky en este simposio marcarían el inicio de las explicaciones contemporáneas de la psicolingüística y el estudio del lenguaje que, aunque para algunos resulta un tanto polémico, siguen siendo vigentes para explicar la naturaleza del mismo.

Otra de las aportaciones relevantes corresponde a los preceptos establecidos por Newell y Simons, quienes señalaron que la programación informática y la solución de problemas pertenecen a las denominadas IPS (*Information-Processing System*) o sistemas de procesamiento de información, las cuales constituyen mecanismos para procesar símbolos. Ellos presentaron un mecanismo que permite crear grandes estructuras de datos con el objetivo de almacenar información de un modo accesible, el cual se asemejaba a los procesamientos de pensamiento de los seres humanos (Miquel-Vergés, 2006). La base de su trabajo la establecieron bajo el modelo de la “Máquina de la Nueva Lógica”, con el cual demostraron que la inteligencia artificial no era una posibilidad, sino una realidad y señalan algunos aspectos esenciales:

- a) Las computadoras podían llevar a cabo conductas que, en caso de ser efectuadas por seres humanos, inequívocamente se considerarían inteligentes.
- b) Los pasos que recorrían los programas en el curso de su demostración de los teoremas guardaban una semejanza nada trivial con los que seguían los seres humanos para resolver problemas en general.

Con las aportaciones que ofrecían a partir de este modelo, se desarrolló toda una teoría que explicaba los mecanismos de solución de problemas desde una perspectiva sistematizada, y que alcanzó su máxima plenitud hasta la década de los 70, en la cual se ofrecen los elementos para crear sistemas computacionales capaces de resolver tareas complejas que únicamente se considerarían adecuadas para la inteligencia humana (García, 2007).

Pero de todos los aportes que hubo dentro de la convención de Massachusetts, los cuales fueron fundamentales para entender las bases de la cognición, podríamos situar como el más relevante el escrito de George Miller, con el cual se marcó el nacimiento de la psicología cognitiva, y que llamó “El mágico número siete, más menos dos. Algunas limitaciones en nuestra capacidad para el procesamiento de información”. En ese artículo, Miller centró su estudio en la memoria a corto plazo, donde señaló que dicha memoria rondaba los siete bits, algo similar a tener la capacidad para recordar cerca de siete datos (como siete números o palabras) en corto tiempo; esto marca una diferencia respecto a la memoria a largo plazo, la cual podría almacenar una cantidad superior de información. De este modo, señaló que la memoria humana tiene un límite de capacidad, tal y como lo tienen las computadoras (Álvarez *et al.*, 2012).

A partir de esa época, estos científicos y muchos otros comenzaron a desarrollar una serie de nuevas ideas que constituyeron lo que actualmente conocemos como la teoría computacional de la

mente y que, para muchos, se considera el inicio de una perspectiva que nos permite entender el funcionamiento de lo que, hasta entonces, se denominaba la mente humana y que, para efectos de este capítulo, se analizó en términos de funcionamiento cognitivo. Entre el resto de los años 50 y la década de los 70, surgieron aportaciones que permitieron el desarrollo y expansión de la noción computacional de la mente, como fue el caso de Donald Broadbent, quien desarrolló una teoría computacional sobre la atención, o Bruner, Goodnow y Austin, quienes realizaron una investigación relacionada con la formación de conceptos en los seres humanos, a partir de un enfoque cognitivo (Gardner, 1987).

De este modo, en estos años se desarrolló una perspectiva que, inicialmente, se le conoció como procesamiento de información humana, la cual tuvo como principal objeto de estudio a la mente, con algunas precisiones que le permitieran una mejor aproximación desde un enfoque científico; por ejemplo, rechaza el uso de la introspección como método de análisis, y acepta métodos secuenciales de análisis para la conducta manifiesta, obtenidos desde el conductismo radical; además, el análisis de los tiempos de respuesta y de ejecución en diferentes tareas, se convirtió en uno de sus principales métodos.

Más adelante, con el desarrollo de la computación e informática, se incluyeron herramientas basadas en simuladores computacionales y en inteligencia artificial, con la intención de analizar el comportamiento a partir de la programación de modelos teóricos en computadoras (Gardner, 1987).

Cognoscitivismo y la terapia de conducta

Cuando la psicología adquirió la jerarquía de ciencia desde el siglo XIX, no inició en el ámbito de ofrecer terapia psicológica, desde un enfoque cognoscitivista. Hasta ahora, se ha ofrecido un compendio

que permita reconocer la evolución de una epistemología científica para el estudio de la mente, sin embargo, no así para reconocer el desarrollo de la terapia de modificación de conducta, la cual se consolidó hasta los años 50 del siglo xx. Esta pudo generarse tras el surgimiento de dicha epistemología, la cual se incorporó a algunos antecedentes importantes surgidos desde la psicología misma, para dar forma a lo que conocemos actualmente como terapia cognitivo conductual, la cual es la base de la psicología clínica actual.

Este tipo de terapia tiene sus raíces en el conductismo, a partir de algunas de sus principales manifestaciones que, en revisiones como la elaborada por Díaz *et al.* (2017), podrían tomarse en consideración las siguientes:

- a) *Reflexología rusa y condicionamiento clásico.* Ofreció, a inicios del siglo xx, una manera de entender y modificar una de las principales formas de conducta: la conducta refleja. En la actualidad, varios de los procedimientos que se utilizan para diversos trastornos psicológicos, siguen basándose en la noción del condicionamiento clásico de Pavlov.
- b) *Conexionismo.* Se constituye como el origen de lo que, años más tarde, se entenderían como los modelos secuenciales, donde la base se sitúa en hallar una relación entre estímulos y la adquisición del proceso de aprendizaje, destacando aportaciones importantes como la Ley del Efecto y otros, expuestas por Thorndike.
- c) *Conductismo de Watson.* Se estableció como el nacimiento de la teoría conductista, a partir de considerar a la conducta manifiesta como el principal objeto de estudio, y demostrar el poder que puede tener un reforzador o un castigo.
- d) *Evolución al neoconductismo.* Diversos estudiosos en el tema, comienzan a dar forma a conceptos que se constituyeron de manera relevante para entender los cambios en la conducta. Algunos de ellos son Guthrie con la noción de

contigüidad, Hull con el control y reducción de impulsos, Tolman y la noción del aprendizaje sin reforzamiento o aprendizaje no latente y Mowrer con su teoría bifactorial del reforzamiento.

- e) *Condicionamiento operante*. Completa el cuadro de modificación de conducta iniciado por Pavlov, pero ahora dirigido hacia las conductas aprendidas; con este paradigma, Skinner establece el análisis experimental de la conducta que, a su vez, representa el inicio del análisis conductual aplicado, que tendría auge en la terapia de modificación de conducta más adelante.

En el tiempo en que Skinner presentó al mundo su modelo de condicionamiento operante, el conductismo tuvo una fortaleza conceptual y metodológica que la consolidó como una de las principales perspectivas psicológicas; sin embargo, a la par de esta consolidación, la teoría computacional de la mente tuvo una influencia importante en el trayecto de la psicología pues, después de haberse descartado el estudio de la mente en la psicología, por el hecho de no concebirse como un concepto científico; la teoría computacional traería de nueva cuenta su incorporación a los debates de la psicología científica contemporánea.

La década de los 70 representó la fusión del conductismo y la teoría computacional de la mente, generando así las bases de la terapia de modificación de conducta con los trabajos de personajes como Eysenk en Inglaterra, Wolpe en Sudáfrica, Albert Ellis y Aaron Beck en Estados Unidos, entre muchos otros que se incorporaron a esta nueva postura. En esa misma década, México dio inicio a su propia historia formal en la psicología, con dos grandes teorías que serían el auge. Por un lado, el conductismo bajo la conducción de Emilio Ribes y Arturo Bouzas, pioneros de la psicología experimental mexicana y de la creación de los primeros planes de estudio para la formación profesional superior de psicólogos

nacionales; por otra parte, la teoría transcultural con Rogelio Díaz Guerrero, quien ofreció una visión fenomenológica de la psicología, bajo la cosmovisión de las diversas culturas mexicanas; ellos, junto con muchos otros colaboradores, fundaron en 1967 la Sociedad Mexicana de Psicología, la cual creó el Primer Congreso Mexicano de Psicología, que representó la apertura a la psicología científica.

Ya en la década de los 80, principalmente después del sismo de 1985, tuvo entrada la psicología cognoscitiva y, por tanto, el comienzo de la terapia cognitiva de modificación de conducta en pleno ejercicio profesional en nuestro país. El psicoanálisis también tuvo participación en esta misma década en nuestro país, principalmente con la iniciativa del monje Gregorio Lemecier, quien formalizó la inclusión del psicoanálisis a su monasterio ubicado en el estado de Morelos y que, a pesar de que ya existían asociaciones psicoanalistas, en realidad no tenían forma ni presencia determinada.

Al paso de los años, la teoría cognitivo conductual tuvo una evolución en la cual gradualmente se desprendió de la comparación de la mente humana con los procesadores computacionales; sin embargo, el desarrollo epistemológico obtenido desde la teoría computacional de la mente, permaneció vigente aún en pleno siglo XXI y, para el caso de la psicología clínica, en esta evolución histórica se perfilaron una serie de sucesos y cambios conceptuales y metodológicos, a la par de la creación de más técnicas de modificación de conducta.

Conclusiones

Para algunos estudiosos del tema, existe la posibilidad de dividir esta evolución histórica en tres episodios: una primera generación de terapias, basadas principalmente en las teorías conductistas desde inicios del siglo XX y hasta los años 50; la segunda generación, en la cual se incorpora el concepto de cognición que sustituyó

la idea de la mente y en la cual surgen las terapias de modificación de conducta desde una perspectiva cognitiva; y una tercera generación que dio inicio en la década de los 80, que se centró en el desarrollo de técnicas que consideran tanto a la conducta y a la cognición, pero a la par del entendimiento contextual, histórico y episódico en los individuos.

A lo largo de los próximos capítulos, se abordarán los temas relacionados con los conceptos que han sido más importantes para el entendimiento conceptual y metodológico de la terapia de modificación de conducta, desde una perspectiva cognitivo conductual; asimismo, se reconocen sus alcances, sus formas de trabajo específico y el desarrollo de técnicas y estrategias a partir de las tres generaciones mencionadas.

Quedará en el lector la opción de considerar la oportunidad de apropiarse de este matiz psicológico, para su labor profesional, a partir de tener la cautela suficiente de entablar un proceso de adquisición de conocimiento en la psicología, que esté basado en una evidencia científica y en su utilidad para la sociedad.

Resumen

1. Desde sus inicios en la filosofía, la psicología siempre mostró interés por conocer las razones de la existencia humana, incluyendo dicho interés en aquella cualidad que le distingue del resto de los animales, y que, a lo largo de los siglos, se le refirió como: psiqué, alma, espíritu, humor, mente y, recientemente, cognición.
2. Cuando la psicología se apropió del método científico, como principal mecanismo de estudio, inició un auge en nuevas teorías que buscaron explicar la actuación humana, desde una concepción empírica y demostrable.

3. Durante el siglo xx, la historia de la psicología tuvo dos principales líneas de desarrollo: la concepción europea del psicoanálisis y tendencias fenomenológicas, y el conductismo americano. Estas líneas perduraron como ejes rectores en el desarrollo de la psicología hasta nuestros tiempos.
4. En este siglo, también se integraron múltiples perspectivas basadas en las disciplinas que comenzaron un proceso de consolidación, de entre las que destacan: las matemáticas, la filosofía, la física, la neurología, la comunicación, la informática y las ciencias computacionales; dando origen a una nueva perspectiva que explicaba las nociones de la existencia de la información y el entendimiento, enmarcadas en una teoría computacional de la mente.
5. A mediados del siglo xx, la psicología atravesaba una crisis en su existencia científica; sin embargo, tras la aparición de la teoría computacional de la mente, comenzó un desarrollo evolutivo respecto a la forma de entender la naturaleza psicológica de los individuos. En este desarrollo se adquiere a la mente, de nueva cuenta, como objeto de estudio, pero bajo una definición científica: cognición.
6. Tras el surgimiento de la perspectiva cognitiva, a partir de la década de los 70, se dio forma a la terapia de modificación de conducta, desde una perspectiva cognitivo conductual, que incorpora los aspectos más esenciales del conductismo pero añadiendo elementos enmarcados en el estudio de la cognición. Su auge fue la base para la psicología clínica desde ese momento.

Referencias

- Abate de Tadeo, N. (2020). La psicología Cognitiva y sus aportes al proceso de aprendizaje. *Páginas Personales*. http://www.paginaspersonales.unam.mx/files/574/psicologia_cognitiva.pdf
- Álvarez, D., Molina, J., Monroy, Z. y Bernal, Y. (2012). *Historia de la Psicología*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Ardila, R. (2012). Enfoques conceptuales de la psicología en Colombia. *Revista Interamericana de Psicología*, 46(1), 79-86. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28424858008>

- Barón, L. (2014). La teoría lingüística de Noam Chomsky: del inicio a la actualidad. *Lenguaje*, 42(2), 417-442.
- Beacker, D. (2017). Teorías sistemáticas de la comunicación. *Revista del Magíster en Análisis Sistemático Aplicado a la Sociedad*, (37), 1-20. <https://www.redalyc.org/pdf/3112/311252754001.pdf>
- Burga, R. (1981). Terapia gestáltica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(1), 85-96.
- Carretero, M. (1998). *Introducción a la psicología cognitiva* (2ª ed.). Aique.
- Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos* (2ª ed). Manual Moderno.
- Díaz, M. I., Ruíz, M. A. y Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Biblioteca de Psicología UNED.
- Emiro, J. (2009). La mente descarnada: Consideraciones históricas y filosóficas sobre la psicología cognitiva. *Revista de Psicología desde el Caribe*, 24(1), 59-90.
- Fonseca, M. (2006). Frege y el proyecto logicista, una revolución en la fundamentación de la filosofía. *Análisis. Revista Colombiana de Humanidades*, (70), 17-29. <https://www.redalyc.org/pdf/5155/515551478002.pdf>
- García, E. (2007). *Nuevas perspectivas científicas y filosóficas sobre el ser humano*. Universidad Pontificia de Comillas.
- Gardner, H. (1987). *La nueva ciencia de la mente: Historia de la revolución cognitiva*. Paidós.
- Garduno, L. (2002). Importancia relativa de tres enfoques psicológicos: La validez en la evaluación de profesores. *Perfiles Educativos*, 96(24), 33-46.
- Hernández Piña, M. (1977). Conductismo y mentalismo en la adquisición del lenguaje. *Anales de la Universidad de Murcia. Filosofía y Letras*, 35(1-4), 17-40. <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/21889>
- Kazdin, A. (1994). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas* (2ª ed.). Manual Moderno.
- Miquel-Vergés, J. (2006). La teoría de la computación y la ciencia cognitiva: Atascos y barreras cognitivas en el proceso de adquisición de conocimientos de informática aplicada a la traducción. *Ciências & Cognição*, 9, 42-55. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-8212006000300005&lng=pt&tlng=pt
- Ramos, L. A. (2014). Psicología cognitiva e inteligencia artificial: Mitos y verdades. *Revista Avances en Psicología*, 22(1), 21-27. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/270>
- Sacristán, C. (2010). La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968. *Salud Mental*, 33(6), 473-480. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000600001&lng=es&tlng=es
- Saiz, M., Saiz, D. y Müllberger, A. (1990). La psicología alemana a través de la revista "Philosophische Studien". *Revista de historia de la psicología*, 11(3-4), 411-422.

La evaluación cognitiva en la terapia conductual

Patricia Landa Durán

Introducción

De manera oficial, la psicología clínica nació con la fundación en Pensilvania, Estados Unidos, de una clínica por parte de un grupo de psicólogos encabezado por Lightner Witmer, quienes brindaban servicio psicológico a niños con problemas de comportamiento académico (Kendall y Norton-Ford, 1988). Mucho tiempo ha pasado desde entonces y la psicología clínica ha tenido que sortear diversos obstáculos, paradójicamente, no en el ámbito de dar solución a los problemas propios de su ejercicio profesional, sino en cuanto a resolver los problemas en el ámbito académico. Su lucha por ser reconocida como un ejercicio profesional legítimo, apegado a los lineamientos del quehacer científico, culminó el día en que la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) la reconoció y le asignó la actual División 12 Asociación de Psicología Clínica (APA, 2021). En dicho documento quedó asentado que el psicólogo debería ser formado primero como científico y, posteriormente, adquirir las competencias que le permitieran resolver problemas sociales. Así, estas dos funciones profesionales, la evaluación y la intervención, han sido, en gran medida, las definitorias de la psicología clínica como una profesión.

Puesto que el encargo hecho a la psicología clínica, que era el de la salud mental, correspondía al campo de la salud, no fue extraño que el modelo adoptado inicialmente fuera el modelo médico. Las nociones de paciente, salud-enfermedad, tratamiento, intervención clínica, diagnóstico, entre otras, son propias del quehacer de la medicina, en general, y de la psiquiatría, en particular; sin embargo, la medicina cuenta con indicadores precisos para saber cuándo hay una enfermedad física y cuándo no la hay, la psiquiatría no. A ella se le encargó la “salud mental”, para la cual no existen indicadores universales a pesar de los esfuerzos del DSM-5. Así, diagnosticar e intervenir en una enfermedad física es completamente distinto a realizarlo en una enfermedad mental. Entonces, las funciones profesionales que se derivaron de haber adoptado el modelo médico consistían en encontrar un conjunto de síntomas mentales, ponerles una etiqueta a manera de diagnóstico y prescribir un tratamiento, casi siempre con fines eliminativos, que le permitieran al paciente recuperar su salud mental (Landa, 2011).

El descontento con los contenidos de la psiquiatría generó, tanto en psicólogos clínicos como en los mismos psiquiatras, la necesidad de encontrar explicaciones teóricas alternativas. En esos momentos, la naciente psicología científica proveyó una manera diferente de abordar los viejos problemas de las neurosis y las psicosis. Anclada en los desarrollos pavlovianos del condicionamiento clásico, emergieron distintas formas de aproximarse a la fobia, la depresión, la esquizofrenia, la obsesión-compulsión, entre otros padecimientos (Watson & Rayner, 1920).

Con la llegada del condicionamiento operante y el análisis conductual aplicado, el escenario del psicólogo clínico cambió radicalmente; se amplió la gama de problemas que podía abordar, pues se conceptualizó el comportamiento anormal como comportamiento aprendido, así como las poblaciones a las que podía ayudar, ya que se comenzó a explorar si las leyes del aprendizaje se podían aplicar a niños, adolescentes, parejas, familias y comunidades. Por otra

parte, los escenarios de actuación superaron el consultorio, pues se intervenía en escuelas, hospitales, clínicas, asilos, reclusorios, entre otros, e incluso, cambió la ideología con la cual se comenzó a aplicar el conocimiento generado, trasladándolo a profesionales y para profesionales, como maestros, padres de familia, enfermeras, por mencionar algunos ejemplos (Kazdin, 1983).

A ese movimiento revolucionario Skinner, Lindsey y Solomon (1953) lo llamaron terapia de conducta, mientras que Eysenck (1959) lo bautizó como terapia conductual (en Labrador, 2004). Adoptar el modelo conductual no solo permitió hacer un trabajo más eficiente, sino que, además, facilitó la investigación en un terreno en el que, hasta ese momento, no se contaba con métodos de estudio, ni estrategias sistemáticas, ni resultados: el terreno de la psicoterapia. La investigación científica mostró enormes avances y resultados sorprendentes y, a la larga, también puso en evidencia lo inadecuado del modelo de condicionamiento operante para la explicación de la conducta humana compleja.

Años más tarde, en 1974, tuvo lugar la “revolución cognitiva” que no solo afectó a la psicología clínica, sino a la psicología en general. Este movimiento fue impulsado por psicólogos como Eysenck, Wolpe, Beck y Ellis, entre otros, y consistió en incorporar las nociones relacionadas al pensamiento, emociones y relaciones sociales, al estudio del comportamiento. Además, prestó cada vez mayor atención a los modelos cognitivos de procesamiento de información que enfatizaban la adquisición, almacenamiento y utilización de información, y los incorporó para entender los procesos psicológicos complejos que caracterizan al comportamiento humano. De este modo, a diferencia de la primera revolución, en esta se utilizarían los aspectos cognitivos o mentales como parte del estudio en la terapia de modificación de conducta.

En este capítulo se describe cómo surgió y en qué consiste la evaluación cognitiva dentro de la terapia cognitivo conductual (TCC). Cabe recordar que se pueden rastrear históricamente tres momentos en el desarrollo y consolidación de la TCC:

1. *Orígenes*: donde los modelos de evaluación y tratamiento estuvieron fuertemente anclados a los principios teóricos y metodológicos del condicionamiento clásico; ejemplo de intervenciones conductuales con este enfoque es la desensibilización sistemática de Wolpe (1993).
2. *Condicionamiento operante*: con el surgimiento de este enfoque las explicaciones sobre el comportamiento humano se centraron más en los eventos consecuentes que en los estímulos antecedentes, desarrollando, por ejemplo, técnicas como el manejo de contingencias y la economía de fichas.
3. *Incorporación de procesos cognitivos al estudio de la conducta*: donde los aspectos afectivos y de pensamiento forman parte crucial para entender y modificar el comportamiento; ejemplo de ello lo podemos encontrar en la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) de Ellis (1957) o en la terapia cognitiva de Beck (1960).

Evolución del conductismo y su relación con los procesos cognitivos

Uno de los primeros esfuerzos teórico-metodológicos por incluir factores de naturaleza cognitiva en las terapias conductuales lo representa el trabajo de Bandura (1969), quien argumentaba que todo el aprendizaje que se produce por medio de la experiencia directa también puede tener lugar de manera vicaria a través de la observación de la conducta del otro y de sus consecuencias. Así, sugirió que el cambio conductual podría estar mediado por cogniciones. La teoría del aprendizaje social y los estudios de aprendizaje por observación de Bandura ofrecieron la base para integraciones subsecuentes de los aspectos cognitivos y conductuales de la terapia.

Según Mahoney (1974), la etapa inicial del conductismo enfatizó el objetivismo, enfatizando en los datos objetivos frente a los informes subjetivos de la conciencia. Watson estableció que la

conciencia y los estados subjetivos no podían analizarse mediante el estudio científico y concedió al aprendizaje un puesto central en la psicología, especialmente al aprendizaje estímulo-respuesta de Pavlov y Bechterev. Esto impactó seriamente a la psicoterapia, pues al argumentar que la conducta dependía de las influencias externas, se implicaba que podía modificarse a través de los cambios medioambientales.

En una segunda etapa, el conductismo intentó superar a la psicología E-R. Autores como Hull, Tolman y Mowrer introdujeron conceptos mediacionales en las relaciones entre los estímulos y las respuestas. Entonces se comenzaron a considerar las variables relacionadas con el organismo (O) en la explicación del aprendizaje; así, la psicología E-R se transformó en psicología E-O-R. En una tercera etapa, el conductismo se interesó por temas como el pensamiento, la percepción, los procesos motivacionales complejos y la mediación en general. Teóricos como Robert C. Bolles, Gordon H. Bower y Ulrich Neisser reconocieron que varios de los procesos de aprendizaje investigados en animales parecían inadecuados para aproximarse a los procesos de aprendizaje y pensamiento humanos (Neisser, 1967).

La importancia del concepto de la cognición en el aprendizaje fue explicitada, por primera vez, por Edward Chace Tolman, quien afirmó que el aprendizaje estaba constituido por las cogniciones que los organismos desarrollaban sobre distintos estímulos. Afirmaba, también, que el organismo aprende estrategias de respuesta y percibe relaciones generales de su ambiente. Pensaba que los animales desarrollaban mapas cognitivos de los estímulos ambientales, los cuales constituyen, según él, la representación esquemática de hechos, ejemplos o experiencias. Por otro lado, Edward Lee Thorndike afirmó que los procesos cognitivos podrían facilitar el aprendizaje, pero que no eran imprescindibles para que este tenga lugar. Incluso, Edwin R. Guthrie pensó que los procesos de aprendizaje del ser humano requerían la consideración de cómo

percibe el sujeto los estímulos y del significado de dicha percepción (Hilgard y Bower, 1973).

El mismo Pavlov postuló la existencia de un segundo sistema de señales para explicar el aprendizaje que tiene lugar cuando no existe contacto directo con estímulo incondicionado alguno. Otros investigadores informaron sobre la presencia de variables en forma de cogniciones, percepciones e interpretaciones de los estímulos que complicaban los resultados experimentales. Por ejemplo, cuando a los sujetos no se les da información sobre los experimentos en los que van a participar, construyen sus propias hipótesis y se autoinstruyen, lo que da lugar a un aumento en la variabilidad; pero si son informados, se ajustan a las condiciones experimentales. Más aún, para que la extinción de una respuesta condicionada tenga lugar, basta con notificar al sujeto que ya no habrá emparejamiento entre el estímulo incondicionado y el condicionado (Hersen *et al.*, 1983).

Una de las preguntas más inquietantes del condicionamiento operante con humanos, especialmente en el condicionamiento verbal, es si es necesario que el sujeto se dé cuenta de las contingencias para que el aprendizaje se lleve a cabo. Varios experimentadores han encontrado que los sujetos que están conscientes de las contingencias demuestran adquisición y extinción, mientras que los que no están conscientes, no. También se ha demostrado que una información errónea sobre la situación experimental puede ejercer mayor control sobre la conducta que la contingencia real. Sin embargo, en otros experimentos, como los realizados por Hefferline, se han condicionado pequeños movimientos musculares del pulgar sin que el sujeto estuviera consciente de ello (Mahoney, 1974).

Así, el aumento progresivo del interés en el estudio de la cognición por parte de los psicólogos conductistas ha sido el resultado, en gran medida, de la insatisfacción de las explicaciones E-R del comportamiento humano y de la búsqueda de sus leyes generales

a partir de la investigación animal (Garfield & Bergin, 1971; Landa, 2008).

Procesos cognitivos en la investigación sobre aprendizaje humano

Los primeros intentos por considerar los aspectos privados los llevaron a cabo Homme (1965) y Cautela (1966; en Leahy & Dowd, 2002). Homme invitaba a los analistas conductuales a utilizar la metodología del análisis funcional para dar cuenta de las “cove-rantes”, es decir, las operantes de la mente. Consideraba que los pensamientos eran elementos iniciales de las cadenas conductuales abiertas y que podían sujetarse al escrutinio empírico y al control experimental porque eran públicas, por lo menos para aquel que las emitía. Para Homme, el ignorar o evadir los eventos privados era reforzar el dualismo mente-cuerpo, tan rechazado por los conductistas. En esta línea, Cautela incluyó a las conductas cubiertas en el paradigma del condicionamiento; inventó la “sensibilización encubierta”, que consistía en instruir al sujeto para que se imaginara involucrándose en la conducta problema, experimentando sentimientos desagradables, como náuseas, dolor o desapro-bación social. Los pensamientos, imágenes, recuerdos y sensaciones se describían como estímulos, respuestas y consecuencias cubiertas. Se extendió, así, la lógica del paradigma a los eventos cubiertos sobre la base de que ambos eventos, cubiertos y abiertos, respondían a las mismas leyes y procesos del aprendizaje.

No obstante, dadas las inconsistencias lógicas de la extensión del paradigma operante a las conductas cubiertas y debido a su insuficiencia explicativa, se han adoptado otros modelos de tres fuentes: a) teóricos alternativos, como el modelo mediacional de Mahoney y el modelo de aprendizaje social de Bandura; b) los modelos de intervención terapéutica como los modelos de terapia cognitiva de Aaron Beck y el modelo de terapia racional

emotivo-conductual (TREC) de Albert Ellis¹, y c) el modelo de autocontrol de Kanfer. Con la finalidad de analizar el papel conceptual que jugó lo cognitivo en la evolución de la terapia cognitivo conductual, a continuación, se revisan brevemente los incisos a) y c).

Modelos mediacionales del aprendizaje social

De manera paralela a los modelos de procesamiento de información, se comenzaron a realizar modelos de aprendizaje social (Garfield & Bergin, 1971), entre ellos los desarrollados por:

- a) Miller y Dollard, quienes extendieron los principios del aprendizaje al estudio del lenguaje y el razonamiento, aprendizaje imitativo y las influencias culturales en el aprendizaje.
- b) Rotter, quien enfatizaba los conceptos de expectancia y de reforzamiento, y definía a la conducta en un sentido muy amplio, de manera que se pudieran incluir las actividades cognitivas como el planear, reclasificar, racionalizar y reprimir.

Una de las teorías del aprendizaje social que más ha impactado en el trabajo aplicado de los psicólogos conductuales, hoy día, es la propuesta por Bandura (1971). En esta teoría, el comportamiento humano se explica con base en un modelo de reciprocidad entre tres elementos: conducta, factores personales y cognitivos, y eventos medioambientales, los cuales operan como determinantes interactivos de cada uno de ellos; y no se concibe a los individuos guiados por fuerzas internas ni controladas por estímulos externos. De acuerdo con esta propuesta, la naturaleza de las personas se define en términos de las siguientes capacidades:

- a) *Simbolizar*. Permite al individuo generar ideas que trascienden sus experiencias sensoriales.

¹ Los modelos correspondientes al inciso b) se desarrollan más adelante en el subapartado "Modelos terapéuticos" de este mismo capítulo.

- b) *Anticipar eventos*. El individuo no solo reacciona de manera inmediata a su ambiente, sino que puede prever las consecuencias futuras.
- c) *Imitar*. Implica la capacidad de aprender por observación, permitiendo al individuo adquirir reglas para generar y regular sus patrones conductuales.
- d) *Autorregular*. Necesaria ya que la mayor parte de la conducta humana está motivada y regulada por estándares internos y reacciones autoevaluativas.
- e) *Autorreflexionar*. Es decir, analizar las propias experiencias y pensar sobre los propios procesos de pensamiento.

De la capacidad autorregulatoria del ser humano surge la propuesta metodológica de Bandura, denominada modelo de autoeficacia. Este se define como una capacidad generativa en donde una serie de habilidades cognitivas, sociales y conductuales se organizan en cursos integrados de acción que sirven para múltiples propósitos (Bandura, 1999). La eficacia, como logro, requiere no solo de poseer ciertas habilidades sino, además, de la creencia de que se ejecutarán correctamente. Este elemento de eficacia percibida es central para la consideración de los problemas clínicos desde el punto de vista de Bandura.

Por otro lado, Mahoney (1974) asentó que el hombre es un organismo complejo con una capacidad enorme de adaptación; un elemento activo en su propio desarrollo, un organismo que es, al mismo tiempo, controlado y controlador, así como producto y productor de fuerzas medioambientales. Él explica que el aprendizaje es inducido por la experiencia de relaciones sistemáticas en tiempo y espacio; tales experiencias son selectivamente filtradas, transformadas, categorizadas y almacenadas. Afirma que el comportamiento varía de acuerdo con factores atentivos (perceptuales), procesos relacionales, repertorios de conducta y retroalimentación.

Del mismo modo que Bandura, Mahoney asume que, aun cuando el individuo es prácticamente bombardeado por el medio, no responde a todos y cada uno de los estímulos que se le presentan, sino que, a través de una intrincada interacción entre el sistema receptor y la historia propia de aprendizaje, adquiere la habilidad de imponer un “filtro perceptual”. Comenta, también, que los procesos de atención pueden contribuir al establecimiento de patrones mal adaptativos que llevan a una disfunción en la ejecución.

Los procesos mediacionales, de acuerdo a Mahoney, dan lugar a “productos simbólicos” a los que denomina “contingencias cognitivas” (Mahoney, 1974) y son las representaciones de las regularidades y relaciones que constituyen el mundo vivido. Dado que los humanos somos procesadores de información limitados, nos vemos forzados a imponer regularidades a nuestra experiencia, estas se convierten en las reglas o planes con los que organizamos las combinaciones de estímulo-respuesta-consecuencia y que facilitan nuestro aprendizaje; sin embargo, en diversas ocasiones las regularidades percibidas discrepan de las regularidades reales, llevando a patrones disfuncionales de comportamiento.

Mahoney explica que los procesos atentivos y relacionales adecuados no aseguran patrones de conducta adaptativos, pues es necesario que el sujeto sea capaz de exhibir la respuesta adecuada en una situación dada. Un repertorio de respuestas deficiente puede ser resultado de limitaciones físicas, aprendizaje insuficiente, memoria escasa o uso de la respuesta inadecuada.

Finalmente, y no menos importante, Mahoney consideró que, aunque el papel de las consecuencias había sido a menudo sobrestimado, el análisis del comportamiento humano no estaría completo sin la inclusión de los factores motivacionales. A partir de lo anterior, distingue tres tipos de consecuencias: externas, vicarias y autogeneradas, y afirma que las consecuencias pasadas afectan a la conducta futura a través de un mecanismo llamado “anticipación”.

Autocontrol

Skinner (1970) abrió la puerta al estudio del autocontrol, definiéndolo como la capacidad que tiene el individuo de alterar los estímulos que controlan su propia conducta (Kazdin, 1983). Esta concepción obligó a considerar al individuo como su propio agente de cambio y, en ese sentido, a incluir factores de naturaleza cognoscitiva en el análisis, pues los procesos implicados en el autocontrol no eran directamente observables. Dichos procesos se pueden observar en la siguiente lista:

1. *Autoobservación*. Se ha sugerido que la observación de la propia conducta ayuda a los individuos a saber en qué medida la realizan y a ponerse en acción para alterar esos patrones conductuales no deseados.
2. *Autorreforzamiento*. El individuo decide qué consecuencias positivas autoaplicarse con la finalidad de hacer más probable el comportamiento deseado.
3. *Autocastigo*. El individuo decide qué consecuencias negativas autoaplicarse con la finalidad de hacer menos probable el comportamiento deseado.
4. *Control de estímulos*. El individuo identifica qué aspectos del ambiente controlan su conducta, ayudado por la autoobservación, y decide alterarlos.

La investigación en este campo comenzó en la década de 1960. Los estudios se enfocaron en resolver cómo podrían los niños impulsivos aprender a controlar su propia conducta, cómo se transmiten los patrones de autoevaluación y autorreforzamiento, y cómo podrían abstenerse de participar en acontecimientos reforzantes a corto plazo, pero aversivos a largo plazo.

La premisa del autocontrol tuvo más forma con las aportaciones de Kanfer, quien propuso el primer modelo formal de autocontrol o autorregulación, que se constituyó en tres aspectos:

- a) *Autoobservación*, donde el individuo es capaz de reconocer aquellos comportamientos que desea modificar, registrándolos a fin de contar con una línea base.
- b) *Autoevaluación*, donde el individuo es capaz de establecer criterios de cambio de su conducta, que puedan permitirle una comparación con su propia línea base.
- c) *Autorrefuerzo*, en el cual el individuo se otorga a sí mismo, una serie de reforzadores tras cada cambio de conducta que le permitan cubrir esos criterios establecidos.

La intención de este modelo es basarse en la retroalimentación que el individuo hace hacia su propia conducta, y propiciar una mayor eficacia en su desempeño. El paso gradual de la terapia conductual a la TCC se debió, en gran medida, a dos factores: uno *interno* basado en la incapacidad del modelo de la triple relación de contingencias de dar cuenta del modo de relación del ser humano con el ambiente y otros significativos, esto es, el tipo de comportamientos que se aprenden no de manera directa, sino mediada a través del lenguaje y del contacto social con los otros; y otro *externo*, representado por el crecimiento y desarrollo de la psicología cognitiva, en especial por los modelos de procesamiento de información.

A continuación, se describe la manera en que la TCC se aproxima al estudio del comportamiento anormal.

Aproximación cognitivo conductual a la conducta anormal

La TCC se puede definir como una forma de tratamiento psicológico basada en la evidencia experimental orientada a problemas de corta duración, la cual se caracteriza por ser activa, directiva y cuya meta es enseñarle al individuo a desarrollar nuevas formas de

pensamiento, maneras de actuar y de expresar sus sentimientos, así como mejores estrategias para manejar sus circunstancias cotidianas (Reynoso y Seligson, 2005).

Ahora bien, la TCC opera bajo dos tipos de supuestos: aquellos que se derivan de una concepción acerca de la conducta humana, que son los supuestos teórico-metodológicos, y aquellos que guían el proceso terapéutico, que son supuestos de aplicación.

Supuestos teórico-metodológicos

Ya se ha explicado que la terapia conductual incorporó en sus supuestos, algunos de los conceptos de la teoría cognitiva que coexisten con los postulados generales de la corriente conductual. Así, los principios actuales de la TCC se listan a continuación:

1. Resalta la interdependencia de los procesos involucrados en los pensamientos, sentimientos y conductas del individuo, así como en las consecuencias medioambientales.
2. El comportamiento humano se construye a lo largo de la historia del individuo.
3. Al ser aprendido, el comportamiento es susceptible de ser modificado.
4. El comportamiento desadaptado se aprende bajo los mismos principios que el comportamiento normal.
5. El comportamiento se aprende de tres maneras, por contacto directo con las contingencias, por instrucciones y por aprendizaje vicario.
6. El comportamiento humano se da en función tanto de factores medioambientales como de variables idiosincrásicas.
7. En la mayor parte de los problemas emocionales se puede identificar la presencia de patrones de pensamiento equivocados o irracionales.

8. A dichos patrones de pensamiento se les ha llamado “cogniciones”, que aluden a ideas, constructos personales, creencias, expectativas, atribuciones, etc.

Supuestos de aplicación

La psicología como ciencia genera conocimiento acerca de su objeto de estudio, que es el comportamiento. Dicho conocimiento se puede aplicar a los diferentes problemas sociales, de diversas maneras. Se puede emplear de manera profesionalizante cuando el psicólogo decide cuál es el problema de su paciente² o cliente³ y cómo resolverlo. Otra manera es transmitir al usuario⁴ el conocimiento psicológico y que sea él quien decida qué cambiar y cómo aplicar el conocimiento de manera desprofesionalizada (Landa, 2008). Así, los supuestos de aplicación que caracterizan a la TCC se pueden sintetizar en la lista siguiente:

1. Está diseñada para enseñarle al cliente a funcionar como un científico personal, lo que se ha llamado empirismo en colaboración.
2. No sigue el modelo médico, como se explicó anteriormente. El modelo médico es una forma de concebir al comportamiento en términos de normalidad-anormalidad. Es un modelo patológico y eliminativo.
3. Es activa, de tiempo limitado y, considerablemente, estructurada.
4. Se aplica a individuos, parejas y grupos, tanto con fines de tratamiento como de prevención.
5. Se aplica a una gran variedad de problemas: sexuales, habilidades sociales, depresión, estrés, impulsividad,

² El término proviene del modelo médico y asume una relación jerárquica entre el especialista y el individuo.

³ Implica una relación jerárquica entre el especialista y el individuo sugiriendo una relación comercial.

⁴ Alude a una relación prestador-prestatario de un servicio.

tartamudeo, fobia social, adicciones, maritales, crianza, escolares, entre otros.

6. Utiliza una gran variedad de procedimientos técnicos que tienen sustento empírico.
7. Distingue entre evaluación y medición. La evaluación es un proceso terapéutico que incluye, por lo menos, cinco pasos: identificación del problema, análisis funcional, establecimiento de metas, diseño y aplicación del programa de cambio y seguimiento. Por otro lado, la medición consiste en el uso de herramientas tanto para identificar y definir el problema como para valorar los cambios en el comportamiento. La herramienta preferida por los terapeutas conductuales es la entrevista conductual.

Modelos terapéuticos

Se pueden identificar dos líneas de investigación que han venido a conformar el campo de la TCC; por un lado, las terapias cognitivo-semánticas, como la terapia racional emotiva de Ellis, la reestructuración cognitiva de Beck y el entrenamiento en autoinstrucción de Meichenbaum; y, por otro lado, las terapias enfocadas en la construcción de repertorios, como el entrenamiento en solución de problemas de D’Zurilla y Nezu, la inoculación de estrés de Meichenbaum y el entrenamiento en autocontrol de Mahoney.

Terapia racional emotiva

Propuesta por Albert Ellis (Ellis & Grieger, 1977), su objetivo central es identificar las ideas irracionales que subyacen a los problemas emocionales. La secuencia que sigue Ellis en el proceso terapéutico se puede representar como A-B-C-D-E, en donde A es un acontecimiento externo al que la persona se expone y B, una serie de autoverbalizaciones implícitas que la persona crea como respuesta de A. La C representa las emociones y conductas que resultan de B;

D significa los intentos del terapeuta de modificar lo que ocurre en B, y E son las emociones y conductas nuevas surgidas a partir de D.

Reestructuración cognitiva

Con el objeto de identificar y modificar las cogniciones desadaptativas, Aaron Beck desarrolló una secuencia terapéutica. En primer lugar, el paciente aprende a reconocer sus cogniciones idiosincrásicas, aquellas que reflejan una serie de interpretaciones erróneas o distorsionadas de la realidad y que se ven acompañadas por malestar emocional. Después, el terapeuta enseña al cliente a analizar objetivamente sus cogniciones, para darse cuenta de la falta de relación entre sus pensamientos y la realidad, y de que hay otras interpretaciones posibles y lógicas. El último paso consiste en animar al cliente a corregir sus distorsiones y deficiencias cognitivas y a observar cómo se va alterando su estado emocional (Beck, 1995).

Entrenamiento en autoinstrucción

Este procedimiento se basa en los estudios que realizó Meichenbaum con niños hiperactivos, a los que él consideró como impulsivos, es decir, que reaccionaban al ambiente de manera automática sin que hubiera cogniciones que mediaran entre el estímulo y la respuesta. El entrenamiento en autoinstrucción consiste en verbalizar primero la instrucción en voz alta y más tarde de forma interiorizada. Se ha usado con éxito también en pacientes psiquiátricos, en tareas para evaluar la capacidad de percepción y abstracción, así como para sustituir el habla irracional (Meichenbaum, 1977).

Solución de problemas

Las técnicas de solución de problemas (Nezu *et al.*, 2004) se dirigen a enseñar al cliente distintas estrategias para afrontar sus problemas, más que modificar comportamientos específicos. Constan en general de cinco pasos que enseñan al cliente a:

1. Reconocer las situaciones problemáticas y cómo se comporta ante ellas.
2. Descomponer el problema global en unidades específicas que puedan abordarse fácilmente.
3. Definir objetivamente el problema.
4. Proponer todas las alternativas de solución posibles.
5. Elegir una de esas opciones y llevarla a cabo para que evalúe los resultados.

Si el resultado no es satisfactorio, se inicia todo el proceso de nuevo, hasta encontrar una nueva solución. El terapeuta funge como modelo y el entrenamiento comienza con problemas relativamente sencillos cuya complejidad se incrementa gradualmente.

Adiestramiento en Inoculación de Estrés (AIE)

Descrito por primera vez por Meichenbaum y Cameron en 1972, es un procedimiento que se lleva a cabo principalmente en dos niveles: cognitivo (lo que piensa la persona de la situación estresante, cómo la interpreta, sus experiencias anteriores) y conductual (comportamiento en la situación estresante). El control de estrés con el AIE se caracteriza por la enseñanza de habilidades específicas (relajación y asertividad, entre otras) y el análisis de la situación estresante para adecuar las técnicas a la situación particular; además, considera la adquisición de habilidades para enfrentar situaciones futuras de estrés. Es decir, es una inoculación al estrés, inocular es un sinónimo de vacunar, con el AIE se busca inocular a la persona a través de ensayos para que cuando se enfrente a las situaciones estresantes sepa qué hacer, tal como lo hace nuestro organismo al ser vacunado (González, 2009)

Entrenamiento en autocontrol

Skinner observó que la gente habitualmente practica una serie de conductas autocontroladoras como, por ejemplo, contenerse –llevarse

la mano a la boca para contener la risa–; cambiar de estímulos –alejarse de una fuente de ruido intenso–; autoprivarse o autosaciarse para hacer más o menos probable una conducta posterior –evitar dar “Me gusta” o “Me encanta” a la publicación o foto de alguien, por la posibilidad de que esta reacción represente algún problema con otra persona–; manipular estados emocionales –como contar hasta 10 para controlar el enojo–; administrarse premios o castigos, o distraerse, tal como se ha señalado en el apartado 2.3 de este capítulo. Una característica importante del autocontrol es que consiste en la emisión de conductas que parecen ir en contra de la obtención de consecuencias gratificantes inmediatas. El procedimiento que se utiliza para establecer repertorios de autocontrol consiste en instruir al usuario para:

1. Reconocer los elementos que componen las interacciones problema, es decir, antecedentes, conductas y consecuencias.
2. Identificar las situaciones bajo las cuales el comportamiento problema tiene lugar.
3. Distinguir cómo tiende a comportarse en esas situaciones.
4. Determinar las consecuencias de su comportamiento a corto y largo plazo.
5. Listar una serie de comportamientos que se dirijan a alterar las situaciones antecedentes.
6. Listar una serie de comportamientos que se dirijan a alterar las situaciones consecuentes.
7. Llevar a cabo las conductas elegidas, evaluando los resultados.

En la actualidad, son muchas las técnicas que se han desarrollado e incorporado, sin embargo, una de las características definitorias de la TCC es el diseño a la medida del problema de cada usuario, por lo que el programa de intervención que se diseña puede implicar la elección de diversas técnicas para el logro de cada uno de los objetivos que se establecen. Por esa razón, la piedra angular

de la TCC es el proceso de evaluación cognitivo conductual que, si bien se retoma en capítulos posteriores, a continuación, se describe de manera general.

Evaluación cognitivo conductual

Es común confundir el término evaluación con el de medición, por lo que este apartado tiene la finalidad de aclarar la distinción entre ambos, relatando a detalle las características de la evaluación cognitivo conductual, la cual se puede definir como un *proceso* a lo largo del cual se llevan a cabo procedimientos para solucionar un problema psicológico, es decir, un problema de relación entre individuos.

Antes de describir cómo se lleva a cabo la evaluación cognitivo conductual, vale la pena detenerse a describir cómo se llevaba a cabo desde la perspectiva del modelo médico. Este modelo asume que las personas se comportan de manera anormal porque tienen una “enfermedad mental”. El concepto de enfermedad extendido al comportamiento humano trae consigo una forma peculiar de proceder en el trabajo del psicólogo clínico, que comienza por identificar un conjunto de comportamientos desviados (a manera de síntomas) a los que les corresponde una etiqueta (diagnóstico). Esta etiqueta lleva implícita no solo la meta de la intervención (que generalmente es eliminativa), sino también el tipo de tratamiento a prescribir; por ejemplo, al conjunto de comportamientos como pensar que la vida no tiene sentido, sentirse inadecuado e ineficiente, llorar o aislarse, evitar relacionarse socialmente, intentos de suicidio, entre otros, le corresponde la etiqueta de depresión, que se encuentra caracterizada como una de las neurosis o desórdenes afectivos más comunes de nuestra época. El paso siguiente consiste en identificar la etiología de dicha enfermedad –si dicha depresión se debe a factores externos (depresión exógena) o a factores de naturaleza biológica (depresión endógena). La meta idónea del tratamiento es,

por supuesto, la eliminación de la depresión, y las estrategias terapéuticas elegidas consistirán generalmente de la administración de psicofármacos y psicoterapia.

El modelo médico establece, también, una relación particular entre el terapeuta y el paciente. Se asume que el terapeuta está dotado de la información y competencias suficientes y necesarias para decidir lo que es mejor para su paciente, quien juega un papel totalmente pasivo en todo el proceso terapéutico. En este escenario, la evaluación tradicional se restringe a la evaluación diagnóstica, esto es, a la aplicación de pruebas psicológicas para lograr identificar con precisión los síntomas de los desórdenes psicológicos. Por el contrario, la TCC, como ya lo hemos explicado, concibe al comportamiento humano como el resultado de una relación construida entre el individuo y su entorno, independientemente de si dicho comportamiento es valorado socialmente como normal o anormal; y entiende que dicho comportamiento se encuentra cognitivamente mediado. Una vez hecha la distinción entre evaluación tradicional y evaluación cognitivo conductual, pasemos a revisar cómo se lleva a cabo esta última.

Proceso de evaluación cognitivo conductual

Se necesitan dos recursos básicos para llevar a cabo el proceso de evaluación conductual: un modelo de evaluación que vaya guiando el quehacer del terapeuta y un conjunto de herramientas de evaluación que le ayuden a llevar a cabo dicho proceso (Landa, 2006).

Aun cuando cada terapeuta conductual adopta y ajusta sus necesidades prácticas a una metodología, existe un consenso en considerar los pasos siguientes como los típicos de la evaluación conductual:

1. Identificación del problema.
2. Definición del problema.
3. Establecimiento de hipótesis.

4. Análisis funcional.
5. Análisis de las soluciones posibles.
6. Establecimiento de metas.
7. Diseño, aplicación y evaluación del programa de intervención.
8. Seguimiento de los cambios logrados.

Importancia de un modelo de evaluación

La TCC está conformada por diferentes modelos de intervención o terapéuticos, que guían al terapeuta a lo largo de todo el proceso. Son básicamente tres tipos:

- a) Modelos que enfatizan los factores cognitivos en la génesis y mantenimiento de los desórdenes emocionales. Algunos ejemplos son el modelo A-B-C-D de Albert Ellis y el de la tríada cognitiva de Aaron Beck.
- b) Modelos que enfatizan los factores medioambientales como promotores de comportamiento socialmente valorado como problema. Como ejemplo están los modelos S-R y S-R-S de condicionamiento respondiente y condicionamiento operante, respectivamente; y el modelo EORC de Kanfer y Phillips (en Phares & Trull, 2000), los cuales enfatizan las condiciones antecedentes y consecuentes del comportamiento.
- c) Modelos que mantienen un equilibrio entre los factores cognitivos y los medioambientales. Los modelos de Mahoney, Michembaum, y secuencial integrativo de Fernández-Ballesteros y Carroble (1981) son ejemplos de estos en el origen y mantenimiento del comportamiento anormal.

Cada uno de estos modelos le indica al terapeuta cuál debe ser su foco de interés en el proceso. Al terapeuta cognitivo le interesa identificar los sentimientos, pensamientos, creencias y actitudes

del cliente en relación con su comportamiento problema y el comportamiento de los otros significativos; mientras que el terapeuta conductual se esmera en encontrar las consecuencias reforzantes que los otros significativos administran al comportamiento desadaptado del usuario.

Cuando el terapeuta opera bajo un modelo cognitivo conductual, como el EORCK, identifica qué situaciones problema está enfrentado el cliente (E), cuáles factores de naturaleza cognitiva están entrando en juego (O), qué es concretamente lo que dice, hace, siente y piensa, en esas situaciones (R) y cuáles son las consecuencias que obtiene por su actuar, como relaciones de efecto sobre sí mismo y sobre los demás (C/K).

Herramientas de evaluación

Una parte característica de este proceso consiste en el uso de técnicas de recolección de datos que permitan identificar, precisar y medir aspectos pertinentes de los comportamientos valorados como problemáticos. Pueden implicar instrumentos directos, que son los que registran el comportamiento poco tiempo después de haberse producido, como el automonitoreo, el autorreporte, la observación directa, las medidas análogas y las medidas fisiológicas; y los instrumentos indirectos, que registran el comportamiento tiempo después de haberse emitido, como los inventarios, los cuestionarios y las listas de chequeo.

La entrevista conductual es un instrumento mixto de evaluación, pues observamos el comportamiento del individuo mientras responde nuestras preguntas y obtenemos información de eventos que ya ocurrieron. La entrevista es una herramienta de evaluación característica de la psicología clínica y la entrevista conductual tiene sus propios matices. Concebida como una forma de interacción entre el terapeuta conductual y el usuario, puede tener diferentes propósitos. Se habla de entrevista inicial para referirse a cada una de las sesiones necesarias para la identificación y definición del

problema. Habría entonces, también, entrevistas para la solución de problemas, entrevistas de intervención y entrevistas de seguimiento. Así, lo que es importante tener presente es que la función del terapeuta conductual dependerá del objetivo establecido para cada una de las sesiones con el usuario.

Finalmente, al ser la evaluación conductual un proceso estructurado y cuidadosamente planeado, requiere de medidas precisas para asegurar la consecución de todos y cada uno de los objetivos establecidos conjuntamente entre el terapeuta conductual y el paciente.

Conclusiones

Las funciones profesionales básicas del psicólogo son evaluar, intervenir, prevenir, investigar y desarrollar. El desarrollo de este perfil ha sido posible porque el psicólogo ha demostrado, históricamente, que tiene las habilidades y competencias necesarias para hacerlo; sin embargo, la función de evaluación es esencial para las demás funciones. Por ello, es importante, como se menciona a lo largo de este capítulo, adoptar un modelo de evaluación que nos guíe a lo largo del proceso. Los modelos de evaluación conductual que más se usan en la actualidad son aquellos que les asignan el mismo peso explicativo a todos sus elementos: comportamiento, emociones, pensamientos, factores situacionales y factores disposicionales.

Cabe señalar que evaluar no es igual a medir (Aragón y Silva, 2002). Evaluar consiste en una serie de fases y metas a conseguir en cada una de ellas, mientras que, para medir, se cuenta con diversas herramientas que la psicología clínica conductual ha adoptado por considerarlas precisas y útiles: instrumentos de evaluación directos, indirectos y mixtos. El proceso de evaluación inicia con la identificación y definición del problema del individuo que solicita ayuda. Con la información recolectada en esa fase, se

realiza el análisis funcional y se establecen hipótesis, para dar paso al análisis de las posibles soluciones. Se ensaya junto con el paciente cada una de las opciones en términos de los recursos con los que cuenta y los que requiere, así como los costos-beneficios a corto y largo plazo; de manera que la elección del usuario sea una elección informada. Posteriormente, se diseñan y programan una serie de actividades para conseguir las metas establecidas en la fase anterior. Con el apoyo del terapeuta conductual se llevan a cabo las actividades programadas, evaluando continuamente los logros y obstáculos que se presentan, así como los indicadores establecidos en términos del cambio conductual. Finalmente, se evalúa el mantenimiento de los cambios logrados, idealmente, al mes, tres meses y seis meses de concluida la intervención. La única forma profesionalmente responsable de saber si se consiguieron las metas es evaluando y observando los cambios durante y después de la intervención.

Resumen

1. Las funciones profesionales del psicólogo son detección, evaluación, desarrollo, prevención, intervención e investigación. De estas, la de evaluación e intervención han sido las definitorias del quehacer del psicólogo clínico.
2. Evaluar significa conocer las condiciones necesarias y suficientes que dan cuenta del problema psicológico del usuario.
3. Intervenir significa alterar esas condiciones para conseguir cambios significativos para la vida del usuario.
4. Para llevar a cabo todo el proceso terapéutico se requiere tanto de un modelo teórico como de instrumentos de evaluación.
5. El modelo teórico es el marco bajo el cual establecemos tanto las hipótesis sobre el caso, como el análisis funcional.

6. Se muestra el desarrollo histórico de los diferentes marcos teóricos que ha adoptado la terapia conductual hasta lo que, hoy día, se conoce como terapia cognitivo conductual.

Referencias

- American Psychological Association (APA). (2021). Divisions. <https://www.apa.org/about/division>
- Aragón, L. y Silva, A. (2002). *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. Pax.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. Morristown. General Learning Press.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1), 21-41. <https://doi.org/10.1111/1467-839X.00024>
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1977). *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. Springer.
- Fernández-Ballesteros, R. y Carrobes, J. (1981). *Evaluación conductual*. Pirámide.
- Garfield, F., & Bergin, A. E. (1971). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. John, Wiley and Sons.
- González, M. T. (2009). "Estrés en la Familia". En: R. Landero, M. T. González, B. Estrada y G. Musitu (eds.). *Estilos parentales y otros temas en la relación de padres y adolescentes* (pp. 53-88). UANL
- Hersen, M., Kazdin, A. & Bellack, S. (1983). *The Clinical Psychology Handbook*. Pergamon Press.
- Hilgard, E. R. y Bower, G. T. (1973). *Teorías del Aprendizaje*. Trillas.
- Kazdin, A. E. (1983). *Historia de la modificación de conducta* (3ª ed.). Desclée De Brower.
- Kendall, P. y Norton-Ford, J. (1988). *Psicología Clínica: Perspectivas Científicas y Profesionales*. Limusa.
- Labrador, F. (2004). Skinner and the rise of behavior modification and behavior therapy. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(2), 178-183.
- Landa, P. (2006). "El proceso de evaluación conductual Documento inédito de cierre de la Unidad II" En: *Psicología Clínica II*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Landa, P. (2008). Algunas consideraciones sobre el qué y el cómo de la psicología conductual Aplicada. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1(2). <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/numerodos/queycomo.html>
- Landa, P. (2011). Algunas consideraciones sobre la aplicación del modelo médico en psicología: El caso de las terapias empíricamente fundamentadas. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 107-115.
- Leahy, R. L. & Dowd, E. T. (2002). *Clinical Advances in cognitive psychotherapy: theory and applications*. Springer Publishing Co.
- Mahoney, M. (1974). *Modificación de Conducta y Cognición*. Trillas.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive Behavior Modification*. Plenum Press.
- Neisser, U. (1967). *Cognitive Psychology*. Appleton-Century-Crofts.
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2004). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno.
- Phares, J., & Trull, T. (2000). *Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica* (2ª ed.). Manual Moderno.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. Manual Moderno.

Skinner, B. F. (1970). *Ciencia y conducta humana*. Fontanella.

Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1).
<http://psychclassics.yorku.ca/Watson/emotion.htm>

Wolpe, J. (1993). *Práctica de la Terapia de Conducta*. Trillas.

Evaluación conductual

Mónica Jasmín Montoya García

Introducción

En los años 50 y 60 del siglo xx comenzaron a dispersarse ideas polarizadas sobre el estudio de la conducta humana, los métodos tradicionales ya no daban respuesta a la complejidad del comportamiento humano (Kazdin, 1999). La insatisfacción de los enfoques psicoanalíticos sobre el análisis de este último junto con el auge de los avances científicos permitió el acercamiento de la perspectiva conductual.

Previo a estas ideas sobre el estudio de la conducta observable y medible, predominaban los estudios tradicionales, como los intrapsíquicos. Con el paso del tiempo, la eficacia de la terapia psicoanalítica no mostraba evidencias y fue insuficiente para entender y tratar a las personas con problemas psiquiátricos. A partir de lo cual, se desarrolló un movimiento hacia la investigación científica que se extendió al desarrollo del conductismo y al trabajo clínico. Es así que la evaluación conductual surgió a partir de la necesidad de mejorar la evaluación tradicional, ya que esta última estaba limitada al análisis de elementos ambiguos y fenómenos no observables que no contaban con evidencia experimental, ambigüedad que los psicólogos conductuales criticaron y cuestionaron del análisis psicodinámico.

Ante este contexto, la psicología conductual viró su enfoque hacia la conducta manifiesta y, si bien no descartó las variables cualitativas, enfatizó las conductas específicas y sus contingencias ambientales, aspecto innovador en esa época.

Asimismo, se sumaron los elementos cognitivos que la teoría psicodinámica llamaba variables encubiertas y que, desde la psicología conductual, se identificaron como emociones, sensaciones, cogniciones, entre otros; dando inicio al análisis desde una perspectiva relacional y psicofisiológica.

Más adelante, con el auge de la evaluación conductual, se incorporaron las variables organísmicas y personales, haciendo posible una compatibilidad con la clasificación diagnóstica basada en el DSM-III de 1987. Además, se elaboraron manuales de intervención y evaluación conductual que van más allá de solo clasificar las conductas, sino que agregan una descripción conductual detallada y rigurosa fundamentada en las teorías del aprendizaje que, posteriormente, la psiquiatría retomó para su proceso de valoración clínica. Es así como la evaluación conductual se ha fortalecido con la integración de otras disciplinas psicológicas (Birchler, 1989, en Ruiz *et al.*, 2012).

Definición de evaluación conductual

Como la mayor parte de las definiciones en psicología, es complicado llegar a una sola en cuanto a la evaluación conductual, ya que hay una gran discusión sobre si se puede definir como concepto, método, procedimiento o un modelo de la psicopatología; además de que su aplicación depende de la postura psicológica que la lleve a cabo.

Es preciso decir que no es un conjunto único de instrumentos y tácticas de evaluación, sino un paradigma de evaluación psicológica. Al respecto, Ruiz *et al.* (2012) refieren que un paradigma es

una forma de concebir y llevar a cabo el proceso de evaluación en donde influyen el contexto, los individuos, la forma, las herramientas de aplicación, la estrategia de integración de datos obtenidos, la elaboración de juicios clínicos y las decisiones que se tomen a partir de ellos. Por tanto, el paradigma de la evaluación conductual enfatiza la utilización de diversos métodos que se emplean en la evaluación de conductas específicas y observables, y su objetivo es identificar unidades de respuesta significativas y las variables que las controlan para poder diseñar un programa de modificación de conducta aunado a la observación de la conducta fisiológicas y motoras (Silva y Aragón, 2008).

Fue así como se llegó a un consenso para una definición científica, haciendo hincapié en la utilización de medidas sujetas a validación y en la identificación de las relaciones funcionales para realizar conclusiones a partir de los datos obtenidos con distintos procedimientos. Su carácter científico recayó en la idea de que la evaluación psicológica se basa en la indagación e inferencia de principios científicos.

Haynes y Kaholohula (2009) concluyeron que la evaluación debe ser precisa y válida, ya que el paradigma está basado en la ciencia como un conjunto de métodos y técnicas interrelacionados para explicar y describir la conducta humana; por lo que al evaluar el comportamiento humano es importante la integración de los atributos (características observables que facilitan su identificación), las dimensiones (frecuencia, intensidad, duración y latencia) y el cómo y porqué se produce (causas).

Los tres elementos principales en la evaluación conductual son: 1) medida del cambio, 2) identificación y 3) medida de las relaciones funcionales, los cuales se aplican al aspecto individual y al grupal.

El inicio de la evaluación consiste en la observación de las conductas específicas llamadas problema o indeseables, como las variables encubiertas, estas últimas pueden ser pensamientos,

creencias, expectativas, emociones, así como las variables contextuales involucradas, basta recordar el principio de que la conducta está influida por el ambiente (Ruiz *et al.*, 2012).

La observación puede ser naturalista o directa, la cual consiste en poner atención en la interacción medio-conducta, o análoga, la cual consiste en crear un ambiente artificial para observar el comportamiento en cuestión. Ambos tipos de observación se apoyan de otras herramientas de indagación como la entrevista, la auto-observación, los cuestionarios e instrumentos de evaluación psicofisiológica. Cabe mencionar que la evaluación conductual lleva a cabo un proceso inductivo-hipotético-deductivo en el que se aplican las fases siguientes (Ruiz *et al.*, 2012):

1. Definir y delimitar el problema a través de la identificación de las conductas y el contexto.
2. Formular hipótesis, organizar la información obtenida en términos funcionales, identificar las relaciones causales y sus consecuencias para poder generar el cambio.
3. Seleccionar las conductas específicas.
4. Elaborar objetivos y metas terapéuticas.
5. Realizar la propuesta de intervención.
6. Aplicar el tratamiento.
7. Evaluar el cambio.

Caballo (1991) menciona que la evaluación conductual conlleva “realizar una exploración que permita formular hipótesis acerca de enlaces funcionales entre variables de respuestas, objetos de estudio y aquellas que, según determinados procesos psicológicos implican aprendizaje, la determinarían” (p. 110).

Ha sido un largo recorrido de modificaciones para llegar a la definición de evaluación conductual. Diversos autores se inclinan hacia la identificación de conductas problema, otros abarcan el programa de intervención y otros más, se encargan de identificar las variables involucradas en la conducta problema. También hay

quienes proponen el concepto de no-evaluación para determinar aquellas variables subjetivas como el pensamiento, actitudes y opiniones, que Kanfer define como evaluación conductual tradicional que excluía lo subjetivo (Labrador *et al.*, 2008).

Es así que la evaluación conductual se expande hacia el análisis e interés tanto por las relaciones funcionales de las variables en ambientes específicos como de las variables cognitivas y fisiológicas. Esta expansión demandó el uso de nuevos instrumentos de evaluación, así como la necesidad de integrar las diferencias individuales.

Definido lo anterior, toca el turno de hablar del proceso de evaluación. Cabe señalar que existen diferentes propuestas, entre las que destacan la hecha por Jaeger (1986, en Labrador *et al.*, 2008), quien distingue las fases siguientes:

1. *Información preliminar*: identificar el motivo de consulta del cliente. Planteamiento y delimitación del problema.
2. *Desarrollo de hipótesis*: explicaciones tentativas del estado del problema.
3. *Contrastación de hipótesis*: recopilación e interpretación de la información. Juicio clínico.
4. *Programación de tratamiento*: informa y establece las metas de tratamiento.
5. *Valoración de resultados*: evalúa si se han alcanzado las metas.
6. *Seguimiento*: cómo va el mantenimiento de los efectos del tratamiento.

Por su parte, Labrador *et al.* (2008) describen otro proceso de evaluación que contempla a las fases siguientes:

1. *Exploración de las conductas problema y sus circunstancias*: se trata de definir las conductas problema de manera específica, objetiva y cuantificable, así como la delimitación de las situaciones que las rodean.

2. *Determinación de línea base*: corresponde al registro de la frecuencia de aparición de las conductas problema previo a la intervención.
3. *Exploración de los enlaces funcionales e hipótesis*: consiste en realizar una descripción detallada sobre la información referente a la conducta problema, su secuencia temporal, las circunstancias prevalecientes e identificar la presencia de estímulos reforzadores.
4. *Fijar los objetivos*: es la fase compleja, ya que depende de la identificación de la conducta problema derivada del análisis funcional de la etapa anterior.
5. *Diseño de programa de intervención*: se explica la dirección y sentido en que se va a encaminar el cambio de las conductas problema, así como la toma de decisión sobre las estrategias a implementar, el número y momento de los registros.

Considerando lo anterior, cualquiera que sea el proceso de aplicación es importante tener en cuenta que se inicia con la identificación de las conductas problema, estas deben ser definidas con rigurosidad y en términos observables y medibles para poder realizar la observación e hipótesis sobre lo que sostiene la presencia de dichas conductas; de esta manera, se procederá al análisis funcional y al establecimiento de las metas del tratamiento para realizar el cambio. En el apartado siguiente se describe con mayor detalle.

Identificación de las conductas

Analizar el motivo de consulta es el primer paso para la identificación de las conductas problema, por lo que escuchar a los pacientes sobre los aspectos que quieren mejorar dará dirección al terapeuta o evaluador en este proceso (Caballo, 1991). El reconocimiento de

las conductas específicas debe definirse de manera explícita, de modo que pueda medirse y observarse, y se inicia determinando el constructo para convertirlo en términos operacionales para poder evaluarlo.

A manera de ejemplo, puede considerarse una definición operacional de “portarse mal”:

El niño que no sigue las instrucciones para realizar los ejercicios en clase, se levanta con frecuencia de su asiento para trasladarse a otro lugar del salón, sin la autorización de la profesora; en la casa contesta a los padres con elevado tono de voz y se niega a realizar lo que se le indica.

A partir de las definiciones operacionales se pueden realizar las observaciones, autoinformes, cuestionarios o entrevistas para obtener información de lo que ocurre antes, durante y después de la conducta definida como problema. Se insiste en que la definición debe ser clara, objetiva, con elementos observables, que puede repetirse, leerse y parafrasearse por otros observadores, y se agregan las condiciones para su inclusión y exclusión.

Análisis funcional de la conducta

El análisis funcional es la estrategia básica en la evaluación conductual, corresponde a la unión entre la evaluación y el tratamiento, y tiene su origen en las perspectivas operantes; por tanto, el análisis de la conducta debe realizarse con detalle para determinar la relevancia de la conducta problema (Caballo, 1991). Además, implica la realización del juicio clínico a partir de la síntesis de las variables que se correlacionan y generan el problema conductual en la persona, es decir, es la descripción del problema del paciente. En otras palabras, las condiciones contextuales y el comportamiento le dan sentido al aprendizaje en el sujeto para analizar su conducta.

Para llevar a cabo el análisis funcional se sigue un conjunto de métodos que organizan la información en hipótesis sobre los antecedentes y consecuencias de la conducta problema; se parte de la idea de que, a partir de los resultados del análisis funcional, se construyen las posibles respuestas a lo que ocurre con la conducta problema y se busca identificar las necesidades del individuo. Asimismo, se trata de establecer relaciones entre el contexto y la aparición de la conducta problema que permitan el diseño de un plan de intervención clínica de manera pertinente y objetiva. Cabe señalar que la evaluación se continúa para realizar las mejoras necesarias (Peñate, 2008).

Métodos de evaluación conductual

Los métodos y estrategias para recopilar los datos están relacionados con la validez y construcción de los objetivos del programa de tratamiento, y varían de acuerdo con el grado de análisis funcional de la conducta; entre las más importantes se pueden mencionar entrevistas, observación directa, manipulación de las condiciones, cuestionarios y autorregistros que se describen a continuación (Silva *et al.*, 2008):

Entrevistas funcionales

Corresponden a la discusión con el paciente sobre la conducta específica, a quien se le preguntará sobre la rutina, los actos anteriores y posteriores a la conducta problema, quiénes están presentes y los eventos que le rodean. Se pretende encontrar los estímulos y las respuestas, así como los reforzadores que se encuentran inmersos en la conducta problema. Labrador *et al.* (2008) definen las entrevistas como mantener una conversación acerca de uno o varios temas con un fin determinado.

En psicología, la entrevista clínica sirve para obtener la percepción del problema por parte de la persona y la información detallada del problema. Su desarrollo corresponde a indagar sobre el comportamiento actual del individuo en una o varias áreas de su funcionamiento. Previo a la entrevista se elaboran preguntas guías para la conversación, en relación con lo que se quiere indagar en cada caso concreto. Existe una serie de propuestas temáticas que pueden dirigir una entrevista con respecto a la conducta o problema del paciente.

El cuadro 3.1 muestra una guía sugerida para una entrevista. Antes de iniciar, es importante explicar a la persona la necesidad y utilidad de la misma, además de resaltar que su colaboración y compromiso de veracidad será importante para poder comprender y conocer el problema que le inquieta. Asimismo, el entrevistador asegurará la confidencialidad de la información. Una vez establecidas las bases se procede a la entrevista.

Esta puede ser estructurada o semiestructurada, es decir, en la primera se establecen preguntas cerradas y únicas con el fin de evitar la ambigüedad en la obtención de la información, y en la segunda se establecen preguntas que pueden ser modificadas según las respuestas del entrevistado, permitiendo así que, de acuerdo al tipo de problema, se desarrolle el sentido de la conversación.

El final de la entrevista debe realizarse con el planteamiento de preguntas, dudas sobre la información recabada y, una vez que el entrevistador crea que ya no hay dudas, se da por concluida la conversación. No se debe dejar de lado que la relación interpersonal entre entrevistado y entrevistador es importante; la empatía, calidez y comprensión dará cuenta de la cantidad y calidad de la información.

Labrador *et al.* (2008) proponen que una hora de duración de la entrevista es suficiente para obtener información básica, las entrevistas que sobrepasan este tiempo pueden producir fatiga o desinterés tanto en el entrevistado como en el entrevistador.

Cuadro 3.1. Guía para una entrevista clínica

Delimitación de la conducta problema	Describa el problema que le aqueja. ¿Qué es lo que siente?
	Describa a detalle cuál fue la última vez que ocurrió
Importancia del problema	¿Cómo afecta el problema en su vida?
	¿Cómo afecta el problema en su relación con los demás?
	¿En qué medida está interesado en solucionar su problema?
Parámetros de la conducta problema	Ahora describa con detalle el problema o el momento en que tuvo menor intensidad
	¿Cuánto tiempo dura la conducta problema cuando aparece?
	¿Cuántas veces ocurre al día, semana o mes?
	Describa con detalle el problema o el momento en que tuvo mayor intensidad
Determinantes de la conducta problema	¿En qué situaciones aparece?
	¿Qué está haciendo usted cuando aparece la conducta problema?
	¿Qué hace usted y/o los otros después de que aparece?
	¿Qué dice usted antes, durante, y después de que aparece la conducta problema?
Evolución y desarrollo	¿Qué pasó?
	¿Cuándo empezó a ser un problema esto que le sucede?
	¿El problema ha sido igual desde entonces, ha mejorado, empeorado?
	¿Qué cosas más pasaron?
	¿Qué circunstancias hacen que empeore, mejore o disminuya el problema?
	¿Cómo explica usted lo que ocurre?
Expectativas y resultados	¿Qué resultados ha tenido?
	¿Qué espera conseguir con el tratamiento?
	¿Qué ha hecho usted hasta ahora para solucionar el problema?

Fuente: Llavona *et al.* (1977, en Labrador *et al.*, 2008)

Tipos de observación

Como se mencionó en páginas anteriores, existen dos tipos de observación: directa o naturalista y análoga; la primera tiene una validez ecológica, es decir, que los datos obtenidos se recaban directamente del ambiente natural y se pueden registrar de manera manual y mediante codificación en tiempo real, lo que permite tener mayor precisión de la interacción de las variables con el ambiente.

Se requiere que el evaluador esté presente en el contexto donde el sujeto se desenvuelve, para esto lleva consigo un formato de registro que le dará la guía de observación, y se registra todo lo ocurrido en un intervalo de tiempo. Haynes y Kaholohula (2009) agregan que tal vez una desventaja es que depende de la fiabilidad de la codificación del observador.

Con respecto a la observación análoga, el evaluador puede crear un ambiente artificial en el cual diseña y manipula las situaciones que se acerquen a la realidad y que son útiles para comprobar las hipótesis del análisis funcional y la evaluación de los efectos de tratamiento, por ejemplo, cuando se requiere saber cómo la comunicación entre una pareja ha avanzado se construye una situación ficticia donde se evalúen sus estilos de comunicación.

Ambos tipos de observación son sistemáticos y constituyen un método directo para la recolección de información que es parte importante en el análisis funcional de la conducta. Asimismo, la observación también retoma el ambiente en que el individuo se desarrolla, de manera que se pueda cuantificar el antes y después de la conducta problema, lo cual servirá para el establecimiento del programa de intervención. Ahora, para llevar a cabo el proceso de observación es necesario diseñar el procedimiento acorde con los objetivos precisos y contrastables.

Después de la definición objetiva, precisa y clara de las conductas problema, se elaboran fichas de registro con los elementos a medir; estos pueden ser la frecuencia, duración, las personas presentes, características del ambiente y la determinación de los periodos del registro (Haynes *et al.*, 2009).

Autoobservación o autorregistro

Consiste en que el individuo observe su propia conducta y registre la aparición de las características de la conducta problema mediante un procedimiento previamente diseñado por el o la terapeuta, por ejemplo, se registran sus eventos privados, pensamientos y emociones durante un lapso de tiempo.

Este método para recabar datos permite al o la paciente realizar una introspección con la mayor objetividad posible, fortalece los sesgos de la memoria y permite la recopilación de la información en tiempo y entorno real; para esto se deben dar instrucciones claras de cómo llevar a cabo el autorregistro para que no haya dudas en el qué y cómo llevarlo a cabo.

Debe quedar clara la importancia de anotar todos los momentos en que aparece la conducta con la descripción lo más clara posible. Se le dan a conocer al paciente los formatos de registro y se le explica cómo deberá llenarlos para sus autoobservaciones. El terapeuta puede hacer una demostración del procedimiento y pedirle al paciente que lo realice, y con la supervisión del terapeuta resolver las dudas, si las tiene.

Tal vez una limitación es que la información recabada depende de la motivación e interés del o la paciente por realizar el autorregistro (Haynes *et al.*, 2009).

Cuestionarios

Pueden ser complementos de las entrevistas y hay tres diferentes estrategias para construirlos: racional, empírica y factorial. La primera corresponde a la selección que el evaluador realiza de los aspectos de acuerdo a la variable deseada desde una perspectiva teórica; la segunda consiste en someter a una prueba de contraste entre diferentes grupos; y, en la tercera, los factoriales se realizan después de un análisis factorial, se eligen los ítems que proporcionen la mejor información de la conducta problema.

Evaluación psicofisiológica

Corresponde a una observación y medición de los procesos psicofisiológicos que se encuentran encubiertos, es decir, mide las respuestas fisiológicas que permiten realizar el análisis funcional de la conducta. Los aparatos de monitoreo registran las reacciones fisiológicas, cognitivas y emocionales que se presentan ante ciertos estímulos, permitiendo la medición de las dimensiones de la conducta que más adelante se pueden analizar (Haynes *et al.*, 2009). Por tanto, este tipo de medición abarca la evaluación situacional de manera que se puedan relacionar las conductas con las respuestas fisiológicas, es decir, se contrastan dichas respuestas con los acontecimientos psicológicos y sus efectos.

Para cerrar este aparatado es importante mencionar que la elección de las técnicas de evaluación está relacionada con las situaciones contextuales en las que se presenta la conducta problema y las características del mismo (Silva *et al.*, 2008).

Hipótesis explicativas y metas conductuales

Este fase de la intervención se aboca en la tarea de explicar el estado actual de las conductas problema, para lo cual se construyen hipótesis de trabajo que se contrastarán en la fase de tratamiento, con el objetivo de encontrar sobre qué variables se realizará la intervención o plan de tratamiento.

Las hipótesis funcionales se generan durante la fase del análisis funcional, Kern y Dunlap (1999, en Ruiz *et al.*, 2012) mencionan que la construcción de las explicaciones tentativas del problema consiste en:

1. Elaborar las hipótesis basadas en la información obtenida de la recolección de datos.

2. Las variables deben ser medibles, constatables y manipulables.
3. Las personas deben estar de acuerdo con las hipótesis construidas.

Por su parte, la elaboración de las hipótesis puede ir encaminada sobre tres ideas:

1. Se identifican las variables independientes y dependientes, es decir, la presencia de una afecta a la siguiente.
2. Una vez que aparece el problema se presentan respuestas fisiológicas.
3. Estas respuestas fisiológicas originan otras conductas o pensamientos sobre la situación.

Cabe aclarar que cada hipótesis requiere de distintas intervenciones. Durante la construcción de hipótesis se identificarán las variables de intervención relacionadas e independientes (Gavino, 2002):

- a) *Relacionadas*:
 - i. Llave: son clave para la intervención y se identifican como la conducta problema.
 - ii. Facilitantes: permiten la aparición de la conducta problema.
 - iii. Interferentes: una vez presente la conducta problema estas variables interfieren y provocan su atenuación o reforzamiento.
- b) *Independientes*: son las que aparecen durante la evaluación y no tienen relación directa con el problema, pero que podrán ser importantes para la solución o tratamiento del problema.

Caballo (1991) explica que con el término metas de tratamiento o intervención se refiere a lograr los efectos en las conductas problema. Dentro de la construcción de las metas se encuentra el análisis de las tareas a realizar que lleven al cambio conductual, es decir, el programa lleva el número de conductas pequeñas, entrenables y concretas para llegar a la meta requerida (Kazdin, 1996). Una vez establecidas las hipótesis y metas se procede a la elaboración de los objetivos de intervención o plan de tratamiento.

Establecimiento de objetivos de intervención

El programa de intervención conductual y su éxito dependen de la identificación cuidadosa, definición y medición de las conductas. Una vez establecido el análisis funcional de la conducta identificada como problema, se procede a la elaboración de los objetivos de la intervención, los cuales van encaminados a seleccionar las estrategias terapéuticas para lograr las metas que generarán el cambio.

Se pueden realizar objetivos finales o intermedios; los primeros consisten en que, en el momento en que se logren, se concluye el tratamiento y los segundos son el acercamiento paulatino a la meta final (Kazdin, 1996).

A continuación, se presentan algunas consideraciones para la selección de objetivos de intervención:

- Elegir los comportamientos peligrosos para el paciente o personas del entorno
- Modificar las conductas que causan sufrimiento en los individuos
- Cambiar aspectos que favorezcan a la adaptación y bienestar a largo plazo en el paciente
- El diseño del plan puede estar en función del cambio de la conducta en términos positivos y constructivos

- La elección de las metas es un trabajo conjunto entre el terapeuta y el paciente.

En la mayor parte de los casos de modificación de conducta, se busca aumentar la conducta positiva y disminuir la no deseada, sin embargo, es importante tomar en cuenta el contexto en que se presenta la conducta problema y que se puede ver modificada e influir en el fracaso del cambio, por tanto, en las metas se deben considerar estas condiciones (Kazdin, 1996).

Conclusiones

Los métodos de evaluación conductual se pueden utilizar de varias maneras haciendo una combinación en su aplicación, es decir, no hay una forma única, eso depende de la conducta a cambiar y las habilidades clínicas del evaluador, no se puede dejar de ver la importancia de la preparación del terapeuta en el proceso de evaluación, ya que la motivación al cambio, adaptación a los protocolos y la buena relación terapéutica establecida con las personas a evaluar son relevantes para el diseño y aplicación de la intervención (Peñate, 2008).

Además, cada método tiene sus propios valores y limitaciones, por tanto, se sugiere lo siguiente:

- a) Identificar las relaciones funcionales entre los problemas conductuales y variables causales.
- b) Poner atención en las diferencias individuales de cada persona y la relación entre terapeuta y cliente.
- c) Valorar si hay otros problemas de conducta que afectan al problema descrito como principal por parte de los pacientes, esto para analizar cómo uno afecta a otro.

- d) Es importante tener presente el análisis de las dimensiones de las conductas, ya que están encaminadas a la construcción de las metas de tratamiento.
- e) Es importante la elección y diseño de los formatos de observación antes de realizarlas, esto dará sistematización a la definición de las variables conductuales.
- f) Tener siempre presente que hay variables del entorno que afectan y/o modifican la conducta problema y también estar atentos durante las observaciones.
- g) Al momento de elaborar las metas y objetivos del programa de tratamiento es fundamental darlos a conocer a las personas y explicar el sentido de cada una, para que a ellos les haga sentido el trabajo a realizar.
- h) Mantener una relación siempre positiva y de respeto con la persona evaluada.
- i) Explicar a las personas la importancia de los métodos y estrategias de evaluación, así como dar a conocer el consentimiento informado de todo el tratamiento.

Resumen

1. Las primeras ideas sobre la necesidad del surgimiento de la evaluación conductual surgen entre las décadas de los 50 y 60 del siglo pasado.
2. La evaluación conductual pretende tener evidencias científicas que dan validez a la intervención conductual.
3. La evaluación conductual implica la explicación y descripción de las conductas problema.
4. Los métodos y estrategias de evaluación conductual tienen sus características y objetivos particulares.
5. La elección de los métodos de evaluación conductual depende del juicio clínico del terapeuta.

6. Luego de la recopilación de la información se pueden construir las hipótesis del problema de conducta, estas son guías de la probable explicación de las relaciones funcionales entre la conducta y el ambiente en el que aparece.
7. Un programa de intervención conductual y su éxito dependen de la identificación cuidadosa, la definición y la medición de las conductas.
8. Los objetivos del tratamiento van encaminados a seleccionar las estrategias terapéuticas para lograr las metas que generarán el cambio.
9. No hay una única forma de aplicación de los métodos de evaluación conductual.

Referencias

- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI.
- Gavino, A. (2002). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual* (2ª ed.). Psicología Pirámide.
- Haynes, S. N. y Kaholokula, J. K. (2009). *Evaluación conductual y análisis funcional*. Grupo Contextos.
- Kazdin, A. E. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Manual Moderno.
- Labrador, F., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (2008). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Psicología Pirámide.
- Peñate, W. (2008). Psicología Clínica y psicodiagnóstico, sobre la vigencia del modelo conductual. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34(150-51), 95-126.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3073229>
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. UNED.
- Silva, A. y Aragón, E. (2008). *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. Pax.

Evaluación neuropsicológica en psicología clínica

Gabriela Leticia Sánchez Martínez
Helena Romero Romero
Miguel Ángel Hernández Balderas

Introducción

La psicología es una ciencia que surgió de la necesidad de conocer y entender el cerebro y comportamiento humanos. A partir de ello se han desarrollado varias especialidades, las cuales van creciendo en función del área de estudio en la que se enfocan. Dos de estas áreas emergentes son la psicología clínica y la neuropsicología, enfoques que comparten diversos ámbitos, los cuales permiten identificar cómo y por qué se complementan.

En la clínica, cuando un paciente muestra un rendimiento cognitivo significativamente inferior al que habitualmente manifestaba, o si sus quejas o las de sus familiares apuntan en este sentido, es necesario realizar un estudio cognitivo para determinar la existencia o no de un deterioro cognitivo adquirido, y para determinarlo es necesario llevar a cabo una evaluación neuropsicológica. Por esta razón, este tipo de estudios cobra cada vez más auge en las patologías, ya que han demostrado ser efectivos para evaluar las funciones cognitivas que caracterizan a los diagnósticos psiquiátricos y clínicos, como en el caso de los trastornos depresivos, bipolar, esquizofrenia, de ansiedad, obsesivo-compulsivo o por déficit de atención.

La evaluación neuropsicológica de estos cuadros es imprescindible, ya que causan serias dificultades en la vida cotidiana de las personas y, en algunos casos, llegan a ser incapacitantes a nivel social, laboral y educativo.

Asimismo, como parte de la relación entre ambas disciplinas, es importante conocer los antecedentes históricos de la neuropsicología y del propio proceso de evaluación neuropsicológica que muestran una similitud con los antecedentes de la psicología clínica y su metodología.

Debido a lo anterior, la evaluación neuropsicológica aplicada a la psicología clínica, se centra en proporcionar datos objetivos sobre los déficits cognitivos que caracterizan o están relacionados con los trastornos mentales y cómo estos afectan la vida del paciente.

Antecedentes históricos de la neuropsicología

El desarrollo histórico del estudio de la cognición puede rastrearse hasta civilizaciones antiguas que buscaron desde tiempos remotos explicar este tema. Ardila y Rosselli (2007) plantean cuatro periodos (Cuadro 4.1). El primero corresponde con el *periodo preclásico* (hasta 1861) dónde se ubican los antecedentes egipcios, griegos, entre otras culturas antiguas, así como las primeras descripciones de lo que hoy conocemos como afasias, anomias y agrafias (en los siglos xv al xviii) y termina con el surgimiento del localizacionismo de Gall y Spurzheim a finales del siglo xviii y principios del xix con la frenología, la cual buscaba la correlación entre centros específicos del cerebro y las llamadas funciones mentales. De acuerdo con Villa (2009) y Yáñez-Tellez (2008), como propuesta destructora se encuentra Flourens, quien realizó investigaciones con lesiones provocadas en aves para demostrar lo que se conoce

como equipotencialidad, es decir, la corteza actúa como un todo homogéneo.

A finales del siglo XIX, en 1861, la Sociedad Antropológica de París (Société d'Anthropologie de Paris, en francés) presentó un cráneo primitivo y se planteó la correlación entre el volumen del cerebro y la capacidad intelectual. En ese mismo año, Paul Broca inició su trabajo en un cerebro *post mortem*. Esto marcó el inicio del segundo momento, conocido como *periodo clásico*, que va de 1861 a 1945 (Ardila *et al.*, 2007).

Los estudios de Paul Broca, en 1863, y de Carl Wernicke, en 1874, así como sus hallazgos con relación con el lenguaje expresivo y receptivo fueron fundamentales para la comprensión de la relación entre el cerebro y el comportamiento, hecho sirvió como punto de partida para una gran cantidad de estudios que buscaban encontrar correlaciones entre áreas específicas del cerebro y funciones psicológicas. Cabe recordar que el área de Broca se encuentra en la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo y la afasia de Broca, mientras que el área de Wernicke en la parte posterior del giro temporal superior, en el límite del giro angular del lóbulo parietal y la afasia de Wernicke (Ardila *et al.*, 2007; Villa, 2009; Yáñez-Téllez, 2008).

Por su parte, en 1881, Munk describió, por primera vez, las alteraciones perceptuales como resultado de lesiones en el lóbulo occipital en perros, a las que denominó ceguera psíquica, término reemplazado por “agnosia” en 1891 por Sigmund Freud. Esto representó un antecedente importante para los estudios posteriores sobre las agnosias (como es el caso de la prosopagnosia, es decir, la dificultad para identificar rostros) (Ardila *et al.*, 2007; Villa, 2009; Yáñez-Téllez, 2008).

A raíz de las guerras mundiales se lograron varios avances importantes. La gran cantidad de heridos de guerra facilitó encontrar lesiones similares en tamaño, localización y etiología, lo que

permitió realizar estudios de pacientes con lesiones similares y observar la sintomatología y las secuelas que presentaban.

El *periodo moderno* de la neuropsicología (o tercer periodo), se puede ubicar entre 1945 y 1975, que son los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial. Dado el contexto, surgió la necesidad de evaluar, diagnosticar y rehabilitar a los heridos de guerra con alteraciones cognoscitivas. En 1947, Alexander R. Luria publicó su libro *La afasia traumática* como una propuesta de interpretación teórica y clínica (Ardila *et al.*, 2007).

A partir de sus estudios, Luria (1977, 1979) desarrolló el concepto de *sistemas funcionales complejos*, en donde los procesos psicológicos requieren de varios “eslabones” para su funcionamiento normal, por tanto, las funciones cognoscitivas no pueden restringirse a áreas concretas, sino que se organizan en áreas que trabajan de manera conjunta. Estos sistemas no son estáticos, por lo que cambian conforme al desarrollo. Una lesión puede contribuir a la desintegración del sistema, pero la pérdida de una función en particular no implica el conocer la localización exacta de la lesión. Con base en esta postura, Luria propone una clasificación de las afasias y una metodología de evaluación que busca identificar las zonas responsables de la actividad mental compleja, su contribución, así como la relación entre ellas (en Yáñez-Téllez, 2008).

Mientras tanto, al otro lado del mundo, en Estados Unidos, se creó el Grupo de Boston y en conjunto con Norman Geshwind, trabajaron sobre las afasias y otros síndromes corticales, al hablar de síndromes de desconexión, retomando las ideas de Wernicke (Ardila *et al.*, 2007).

Por su parte, en Francia, Hécaen (1962, 1964, 1976) estudió la asimetría cerebral y la organización del lenguaje; en Italia, De Renzi, Vignolo y Gainotti estudiaron las alteraciones del lenguaje, habilidades construccionales y espaciales; en Alemania, Poeck realizó estudios sobre las afasias y las apraxias, por poner algunos

ejemplos de los estudios realizados en este periodo a nivel mundial (Ardila *et al.*, 2007).

A partir de 1975, inicia el *periodo contemporáneo*, cuarto y último de acuerdo con Ardila *et al.* (2007), en donde se observan avances importantes debido al desarrollo de los estudios de imagen cerebral, las pruebas estandarizadas para la evaluación, el desarrollo de la rehabilitación neuropsicológica, la profesionalización de la neuropsicología, el incremento en las publicaciones, la ampliación del campo de trabajo, así como la integración conceptual. Esto permitió el desarrollo de una gran variedad de estudios de diferentes procesos cognoscitivos, así como de diferentes tipos de evaluación y rehabilitación (Ardila *et al.*, 2007).

En la década de los 80 surgió un nuevo enfoque para la neuropsicología, que propone la modularidad de la mente (Fodor, 1983), la cual se basa en el modelo computacional. Dicho enfoque retomó la propuesta de Lichteim (1885) para la producción de palabras, empleando cajas y flechas para explicar los procesos. Autores como Ellis y Young, Shallice, y Warrington han retomado este modelo; no obstante, existen varios detractores que lo consideran un modelo de poca aplicabilidad para la rehabilitación (Basso, 2000, en Villa, 2009).

A principios del año 2000, Fuster mencionó que lo modular debía dar paso a las redes corticales, que retoma el concepto de módulo, pero a partir de la premisa de que las redes están distribuidas en toda la corteza, es decir, dispersas. Los módulos de procesamiento se distribuyen en redes corticales que se desarrollan a partir de nodos (módulos nucleares de funciones elementales) (Villa, 2009).

Los avances en el desarrollo de las neurociencias, en particular de la neuropsicología, conllevaron cambios en la teorización y el entendimiento de los procesos cognoscitivos, así como en las bases y fundamentos para la evaluación, diagnóstico e intervención ante las diferentes alteraciones. La evaluación neuropsicológica surgió a

partir de la necesidad de conocer los déficits y alteraciones, pero, al mismo tiempo, tener un referente para poder realizar la intervención o rehabilitación necesaria para cada caso.

Cuadro 4.1. Periodos históricos en el desarrollo de la neuropsicología

Periodo	Características
Preclásico (hasta 1861)	Antecedentes previos a 1861, se abarcan los estudios y avances de diferentes culturas antiguas como la egipcia, los griegos, entre otras más
Clásico (1861-1945)	Localizacionismo (Gall, Spurzheim, Broca, Wernicke)
	Surgen términos como afasia y agnosia
Moderno (1945-1975)	Desarrollo de la neuropsicología a partir de los estudios de alteraciones cognitivas en heridos de guerra
	Surge el concepto de sistemas funcionales desarrollado por Luria, al igual que una clasificación de las afasias y una metodología de evaluación
	Se describen los síndromes de desconexión por el grupo de Boston y Geshwind
Contemporáneo (1975 a la fecha)	Estudios sobre asimetría cerebral, lenguaje, habilidades construccionales y espaciales, afasias y apraxias
	Avances importantes gracias al desarrollo de estudios de imagen cerebral, pruebas estandarizadas, desarrollo de la rehabilitación neuropsicológica, profesionalización de la neuropsicología, incremento de publicaciones e investigaciones en el área
	Teoría de la modularidad de la mente (Fodor, Lichteim, Ellis y Young)
	Modelos de redes corticales (Fuster).

Elaboración propia, basado en Ardila *et al.* (2007)

Evaluación neuropsicológica

Antecedentes de la evaluación neuropsicológica

A partir del momento en que surgió la neuropsicología, se volvió necesario medir las alteraciones cognoscitivas propiciadas por el daño cerebral y así poder identificar la sintomatología, recopilarla, compararla y analizarla, es decir, evaluarla.

Hacia 1970, la neuropsicología clínica comenzó a perfilarse como una práctica bien definida en los escenarios médicos. Como ya se mencionó, la guerras mundiales de la primera mitad del siglo xx dieron pie a que autores como Luria y Halstead, en diferentes partes del mundo, desarrollaran formas de evaluación neuropsicológica e interpretación de la sintomatología a partir de lesiones cerebrales (Villa, 2009; Yáñez-Téllez, 2008).

La evaluación neuropsicológica surgió a la par del desarrollo de la teoría neuropsicológica. Si bien Luria es considerado por diversos autores como el padre de la neuropsicología, es importante mencionar que, en paralelo, Halstead desarrollaba un método de evaluación del daño cerebral. Para 1947, Halstead creó una batería que permitía diferenciar entre una lesión cerebral frontal de lesiones en otras regiones, tanto corticales como subcorticales. En 1955, Reitan se unió a Halstead para llevar a cabo una revisión de la batería, a partir de lo cual crearon la prueba Halstead-Reitan (HRNB). A la fecha, esta prueba se utiliza por sus bondades en la identificación y diferenciación de las lesiones cerebrales frontales del resto, es una batería que requiere de entre seis y ocho horas para su aplicación (Goldstein & Beers, 2004; Hebben *et al.*, 2002; Lezak *et al.*, 2012).

Por su parte, Luria también desarrolló una serie de tareas y pruebas para evaluar a los pacientes; sin embargo, no fue sino a partir de la década de los 70 cuando, tras de una revisión realizada por la Universidad de Nebraska, se popularizó la batería conocida con

el nombre de Batería Luria-Nebraska, la cual consta de 269 ítems, y se requieren entre dos y dos horas y media para su aplicación. Presenta tareas de identificación de relaciones lógicas entre palabras, opuestos, analogías, así como identificar un concepto diferente en una lista de cuatro (Goldstein & Beers, 2004; Hebben *et al.*, 2002; Lezak *et al.*, 2012).

Por otro lado, es inevitable mencionar las aportaciones de la psicometría a la evaluación neuropsicológica. El desarrollo de los primeros test o pruebas tienen sus antecedentes más relevantes en la prueba desarrollada por Simon y Binet en 1905, con la que se buscaba evaluar la inteligencia y las capacidades de los niños, e identificar a aquellos que requerían de una escuela especial. A partir de esta prueba se acuñó el término de *capacidad mental*. Tres años más tarde, los mismos autores desarrollaron el término de *edad mental* y, para 1912, Stern desarrolló el concepto de *coeficiente intelectual*, el cual es el resultado de la relación entre la edad mental y la edad cronológica (Goldstein & Beers, 2004; Lezak, 2012).

Cuatro años más tarde, en 1916, la Universidad de Stanford desarrolló la prueba conocida como Stanford-Binet, que consiste en una revisión de la prueba elaborada por Binet y Simon, y retoma el concepto del coeficiente intelectual. Contiene diferentes tareas (test verbales, escalas de razonamiento, aritmética, construcción con cubos) (Goldstein *et al.*, 2004; Lezak, 2012).

En esta misma línea, en 1939, David Wechsler desarrolló su primera escala de inteligencia denominada Wechsler-Bellevue Intelligence Test, que posteriormente se convirtió en el antecedente de lo que ahora se conoce como el Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS, por sus siglas en inglés), y que este, a su vez, es el antecedente del Escala de Inteligencia para Niños (WISC, por sus siglas en inglés, 1949) y la Escala Wechsler de Inteligencia para Preescolar y Primaria (WPPSI, por sus siglas en inglés, 1967), los cuales se enfocan en la población escolar y preescolar, respectivamente (Groth-Marmat, 2003).

Actualmente, las escalas Wechsler han retomado un enfoque neuropsicológico en su evaluación y en las últimas versiones proporcionan diferentes puntuaciones índice relacionadas con procesos cognoscitivos como la memoria de trabajo, el razonamiento perceptual, entre otras (Groth-Marmat, 2003).

Con la breve revisión de estas pruebas, se pretende ejemplificar los aportes de la psicometría a la evaluación neuropsicológica; además, sirven como marco de referencia para determinar qué es la evaluación neuropsicológica y en qué consiste.

Evaluación neuropsicológica

Se podría entender como el método que se emplea dentro de la neuropsicología clínica para la evaluación, diagnóstico y desarrollo de un plan de intervención ante diferentes alteraciones de las funciones cognoscitivas. Esto implica tener un amplio conocimiento de los procesos a evaluar, así como de las lesiones cerebrales, su etiología, las diferentes pruebas y sus posibilidades de interpretación ante los diferentes cuadros sintomatológicos a los que se enfrenta un paciente.

Labos *et al.* (2008) mencionan que la evaluación neuropsicológica “consiste en la detección, cuantificación e interpretación de la disfunción cognitiva, conductual y emocional causada por anomalías en la estructura o función cerebral de un sujeto” (p. 71). Asimismo, esta evaluación se basa en diferentes tipos de información que se pueden obtener a través de la entrevista con el paciente y sus familiares o cuidadores, reportes médicos, observación durante la evaluación, resultados de las pruebas aplicadas, reportes de estudios de imagen o electrofisiología (según sea el caso), entre otros más.

Por otra parte, es importante mencionar que la evaluación neuropsicológica busca no solo la identificación de los déficits o alteraciones en la persona, sino también las áreas fuertes o fortalezas

con las que cuenta, de manera que puedan servir de apoyo en un proceso de rehabilitación.

Para la evaluación neuropsicológica, es importante considerar la variabilidad interindividual, que abarca cuestiones a considerar como: edad del evaluado, edad de adquisición de la lesión, etiología de esta (Labos *et al.*, 2008), escolaridad, desempeño general previo a la lesión, tratamiento farmacológico (si fuera el caso), entre otras.

Si bien es cierto que la evaluación neuropsicológica implica la aplicación de pruebas, el evaluador debe conocer el trasfondo de estas, así como la metodología de aplicación, calificación e interpretación de los datos obtenidos. De manera general, se considera que para la evaluación neuropsicológica se pueden aplicar distintas pruebas, las cuales se pueden agrupar en dos tipos de baterías:

- a) *Fijas*: implican la presentación de una serie de tareas con un orden establecido, las cuales se han aplicado previamente para su estandarización a diferentes poblaciones, por tanto, cuentan con índices puntajes, entre otros datos, que se toman como base durante la interpretación de los resultados. Algunos ejemplos de baterías fijas son Luria-Nebraska y Halstead-Reitan.
- b) *Flexibles*: se refieren a las creadas a partir de pruebas individuales ya existentes y que permiten cierta libertad al evaluador al momento de seleccionar las tareas o tests a aplicar, dependiendo de lo que se pretenda evaluar.

En ambos casos, la evaluación neuropsicológica requiere de varias horas para la culminación del proceso de aplicación de las pruebas, además de la compilación de resultados con el análisis correspondiente al momento de realizar el reporte. Cabe mencionar que el análisis no se limita únicamente a la colocación de los datos numéricos obtenidos a partir de las pruebas, sino también al

análisis cualitativo realizado durante la misma aplicación de cada una de las tareas.

El proceso para la evaluación neuropsicológica comienza desde la entrevista inicial, lo que permite delimitar las funciones cognitivas que serán evaluadas. A continuación, se seleccionan las pruebas e instrumentos a emplear para la evaluación. De manera general, se recomienda la aplicación de un test de *screening*, el cual permite tener una visión general del funcionamiento cognitivo de la persona. Posterior a ello, se recomienda seleccionar los test o pruebas complementarias que permitan profundizar en aquellos procesos en los que se observan alteraciones, de manera que se cuente con datos específicos sobre los mismos. Esta forma de trabajo sería una versión mixta de las aplicaciones de las baterías, dado que lo más común es aplicar una batería fija para el *screening* y, posteriormente, los test a manera de batería flexible (Labos *et al.*, 2008).

Al momento de la interpretación, es necesario considerar las variables intrasujeto, así como los datos cuantitativos y cualitativos recopilados durante todo el proceso, incluyendo los datos de la entrevista y los estudios previos con los que se pueda contar.

La evaluación neuropsicológica permite el diagnóstico y desarrollo de los programas de intervención necesarios, así como identificar los casos en los que se requiere canalizar al paciente con otro profesional de la salud para continuar su tratamiento o como complemento al mismo, como puede ser con un psicólogo, neurólogo, psiquiatra u otro.

Proceso de evaluación y principales pruebas neuropsicológicas

Tradicionalmente, las aplicaciones de la neuropsicología a la práctica clínica se limitaban al daño cerebral (ictus y traumatismo craneoencefálico) y a las demencias como sujetos de estudio, por lo

que durante la etapa histórica de los creadores de diagramas explicativos de los síndromes neuropsicológicos, esa contribución se hacía basándose en la hipótesis de que los centros y las vías representadas en estos diagramas tenían una correspondencia anatómica y, por tanto, si se determinaba conductualmente qué componente del diagrama estaba dañado, se podía determinar la localización de la lesión (Benedet, 2002). Esta metodología fue sustituida durante la etapa psicométrica de la neuropsicología por el nuevo enfoque descriptivo.

La metodología del enfoque descriptivo consistía en determinar, mediante test psicométricos, las funciones psíquicas que resultaban alteradas y las que resultaban preservadas en presencia de lesiones en diferentes estructuras cerebrales. Los resultados de estas investigaciones permitían determinar la presencia y la localización de lesiones cerebrales a partir del análisis de la conducta (Tirapu-Ustárrroz, 2007).

En paralelo a este enfoque psicométrico, se desarrollaron, dentro de la clínica, instrumentos y procedimientos para la rápida clasificación de los pacientes. Para ello, una vez establecida la relación entre los perfiles psicométricos obtenidos mediante una batería neuropsicológica y ciertas condiciones cerebrales, bastaba con aplicar esa batería, obtener el perfil del paciente, compararlo con los diferentes perfiles-tipo incluidos en el manual de aplicación y atribuir al paciente una etiqueta diagnóstica, que se sumaba a las restantes pruebas clínicas, por lo que las aportaciones de la neuropsicología continuaban limitándose a contribuir al diagnóstico neurológico.

Esta situación cambió radicalmente en el momento en que la neuropsicología adoptó el paradigma cognitivo del procesamiento de la información para guiar sus evaluaciones e interpretar sus resultados. En adelante, los objetivos de la evaluación neuropsicológica consistirían en determinar, a la luz de los modelos de procesamiento normal de la información, qué componentes del sistema de procesamiento del paciente son los responsables de las alteraciones de su conducta en los test y, sobre todo, en la vida cotidiana.

Esta metodología permite establecer diferencias cualitativas sutiles entre trastornos que tienen una descripción clínica y arrojan puntuaciones similares en los test (y que se habían agrupado previamente bajo una misma etiqueta), lo que representa una enorme contribución al diagnóstico diferencial de dichos trastornos. Como resultado, suele ser posible formular una hipótesis acerca de las características de la lesión.

Considerando lo anterior, su aportación genuina a la clínica consiste en que, a partir de los datos de la evaluación, se puede establecer un programa de rehabilitación, enfocado a entrenar de la mejor manera al paciente para valerse de los componentes preservados de su sistema y compensar la función de los componentes dañados. Asimismo, se puede evaluar objetivamente el programa en términos del progreso en su funcionamiento cognitivo y de sus habilidades adaptativas a la vida cotidiana (Benedet, 2002).

Objetivos de la evaluación neuropsicológica y habilidades del neuropsicólogo

En las últimas décadas, la demanda de exploraciones neuropsicológicas ha aumentado en personas que han sufrido un daño cerebral y en aquellas que padecen algún trastorno mental (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por déficit de atención e hiperactividad). Se ha demostrado, en este tipo de pacientes, la presencia de alteraciones cognitivas que generan un déficit en funciones tales como la atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas que afectan la capacidad de elaborar respuestas que exige la adaptación al medio. Debido a esto, cobra relevancia la evaluación neuropsicológica, ya que las alteraciones cognitivas causan serias dificultades en la vida cotidiana de la persona y en algunos casos llega a ser incapacitante, tanto en el ámbito laboral como en el social o educativo.

Para la evaluación neuropsicológica, los objetivos pueden dividirse en dos: 1) objetivo general, que conlleva identificar las alteraciones cognoscitivas, conductuales y emocionales de la disfunción cerebral, mediante el análisis detallado de los procesos cognitivos conservados y alterados, y la forma en que estos interfieren en la capacidad del paciente para desenvolverse de forma funcional e independiente en su vida cotidiana; y 2) objetivos específicos, extraídos a partir de los puntos comunes de propuestas realizadas por diversos autores (Blázquez-Alisente *et al.*, 2011; Lezak, 2012; Maruish, 2004; Muñoz-Céspedes *et al.*, 2008; Perea-Bartolomé y Ardila, 2014; Prigatano & Pliskin, 2003; Vanderploeg, 2000), los cuales se listan a continuación:

1. Identificar, cuantificar y describir las áreas cognitivas, conductuales y emocionales que se encuentran alteradas e intactas en una persona con disfunción cerebral y con otras patologías.
2. Detección precoz de las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales asociadas a procesos neurodegenerativos y trastornos del neurodesarrollo.
3. Elaboración del perfil neuropsicológico que contribuya al diagnóstico diferencial y etiológico del deterioro cognitivo, en colaboración con profesionales de la neurología, neuropsiquiatría y neuropediatría.
4. Establecer medidas de línea base que ayuden tanto a monitorizar la evolución del estado del paciente como a evaluar la eficacia de la rehabilitación o las intervenciones (farmacológicas y no farmacológicas).
5. Establecimiento de programas de rehabilitación individualizados.
6. Establecer patrones diferenciales de ejecución que permitan la identificación de los factores de pronóstico.
7. Determinar el impacto de los déficits cognitivos, emocionales y comportamentales sobre los aspectos social,

- laboral, familiar y personal, y la repercusión sobre la independencia funcional y la calidad de vida.
8. Extraer información útil en la que basar el apoyo y consejo a pacientes y familiares sobre actividades de la vida diaria del paciente.
 9. Aportar información para la toma de decisiones en el ámbito forense y pericial de tipo judicial.
 10. Verificación de hipótesis que nos permita mejorar nuestra comprensión de las relaciones entre cerebro, funcionamiento cognitivo y trastorno mental.

Para cubrir estos objetivos, el profesional que lleve a cabo este tipo de evaluación debe tener determinadas habilidades. Lezak *et al.* (2012) señalan que un neuropsicólogo debe de poseer cualidades de psicómetra, así como una buena capacidad de razonamiento clínico y de observación, ya que la evaluación ofrece la posibilidad de recoger información tanto cuantitativa como cualitativa. Debido a esto, es fundamental adoptar una actitud reflexiva y de observación minuciosa durante todas las sesiones de evaluación, toda vez que esto permitirá recabar información extra de las reacciones conductuales, emocionales y cognitivas del paciente ante las diversas preguntas, situaciones o tareas que se le propongan, así como de su forma de realizarlas (Milberg *et al.*, 2009).

La observación, como otra habilidad del neuropsicólogo, es un método útil para identificar en el paciente conductas como agresividad, infantilismo, frustración, depresión, ansiedad, apatía, impulsividad, desinhibición e incluso, para estimar el estado de alerta, la presencia de estereotipias, lenguaje espontáneo o actividad motora. Por ejemplo, a lo largo de la evaluación es posible registrar el grado de motivación, la cooperación, el interés mostrado ante la tarea, si recuerda las instrucciones de la prueba, si se precipita al dar una respuesta, si organiza y planea de forma correcta la realización de una tarea antes de llevarla a cabo, si identifica sus propios errores y puede corregirlos (metacognición), o si es capaz de producir

estrategias o alternativas diferentes a las que acaba de emplear si estas han sido infructuosas.

Lo anterior quiere decir que no solo se debe conformar con la puntuación total de un test con el registro de los aciertos y errores, se requiere descubrir la naturaleza de los mismos y conocer las estrategias cognitivas que el paciente emplea durante la realización de las pruebas, a este enfoque se le conoce como *Boston Process Approach* (Libon *et al.*, 2013; Milberg *et al.*, 2009). En síntesis, se trata de incorporar el análisis de procesos, la observación detallada, la búsqueda de signos clínicamente relevantes y el razonamiento clínico, como herramientas complementarias que se utilizan durante el proceso de evaluación.

Una vez identificados los objetivos y habilidades que debe tener el clínico para realizar una evaluación de este tipo, se deben considerar los instrumentos que se van a utilizar y sus características.

Selección de las pruebas a utilizar

La elección de los instrumentos a emplear es una decisión crucial, puesto que a partir del resultado de la evaluación se emitirá un diagnóstico diferencial, se establecerá el rumbo de la rehabilitación, se redactará un informe pericial o se extraerán los resultados y conclusiones de una investigación. No todos los test son útiles en todas las circunstancias, por lo que los instrumentos que se incluyan en la batería deben cumplir una serie de requerimientos básicos (Lezak, 2012):

1. Ajustarse a una evaluación personalizada de cada paciente.
2. Cumplir criterios psicométricos de adecuada confiabilidad y validez.
3. Considerar la edad, escolaridad, lenguaje y contexto cultural.
4. Permitir una aplicación sencilla y flexible.
5. Ofrecer en conjunto una minuciosa exploración de los múltiples procesos que integran la cognición.

6. Ser sensibles a los cambios que se producen a lo largo del curso evolutivo de la lesión o patología.

Si bien hasta el día de hoy no existe unanimidad en los criterios a la hora de componer los protocolos de evaluación, se puede observar un cambio en esta tendencia, ya que las exploraciones neuropsicológicas exhaustivas están ganando adeptos en comparación con las evaluaciones breves y poco confiables realizadas mediante test de *screening*, que solo presentan una fiabilidad y capacidad discriminatoria baja como para basar en ellas cuestiones como la detección precoz del deterioro cognitivo o la realización de perfiles neuropsicológicos específicos que se asocien de forma inequívoca (Arevalo-Rodríguez *et al.*, 2015; Ranson *et al.*, 2019; Roebuck-Spencer *et al.*, 2017).

A continuación, se presentan las áreas que se evalúan en un examen neuropsicológico y las pruebas diagnósticas más utilizadas (Cuadro 4.2), no obstante, existen muchas otras:

Cuadro 4.2. Pruebas neuropsicológicas más utilizadas por función cognitiva

Área que evalúa	Prueba utilizada
Orientación temporal, espacial y personal	<ul style="list-style-type: none"> • Subtest del Barcelona-R • Test de Orientación de Amnesia de Galveston
Atención y velocidad de procesamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Test de Stroop • Test de los Cinco Dígitos • Trail Making Test • Test de Ejecución Continua • Subtest de Dígitos WAIS-IV • Clave de Números WAIS-IV • Búsqueda de símbolos WAIS-IV • Neuropsi Atención y memoria
Habilidades visoespaciales y visoperceptivas	<ul style="list-style-type: none"> • Test de Orientación de Líneas • Figura Compleja de Rey • Visual Object and Space Perception Battery (VOSP) • Test de Figuras Superpuestas (PIEN Barcelona-R, Poppelreuter, Test de 15 objetos)

Área que evalúa	Prueba utilizada
Praxias constructivas, ideomotoras e ideatorias	<ul style="list-style-type: none"> • Figura Compleja de Rey • Cubos de WAIS-IV • Rompecabezas WAIS-IV • Gesto simbólico, imitación de posturas y uso secuencial de objetos (PIEN Barcelona-R) • Ideomotor Apraxia (Alexander)
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de memoria de Wechsler (WMS-IV) • Figura Compleja de Rey • Test de Aprendizaje Verbal España Complutense (TAVEC) • California Verbal Learning Test • Versión NEURONORMA del test de recuerdo selectivo y facilitado de Buschke
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Test de Boston • Evaluación neuropsicológica del lenguaje en adultos (Neurobel) • Denominación y comprensión de órdenes (PIEN Barcelona-R)
Razonamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión, semejanzas balanzas y matrices de WAIS-IV
Funciones ejecutivas	<ul style="list-style-type: none"> • Letras y Números de WAIS-IV • Trail Making Test (B) • Test del Zoo (BADS) • Card Sorting Test Wisconsin • Torre de Londres • Test Stroop • ENFEN • BANFE-2 • BANPE

Adaptado de Tirapu-Ustárrroz (2007, p. 199).

La principal contribución de la evaluación neuropsicológica aplicada a la psicología clínica se enfoca en proporcionar datos objetivos acerca de los déficits cognitivos relacionados con los trastornos mentales y cómo estos afectan a la vida cotidiana del paciente. Así, las pruebas neuropsicológicas han intentado establecer las bases neurofuncionales de los diferentes trastornos psicopatológicos. La exploración neuropsicológica describe los déficits cognitivos de forma que puedan ser susceptibles de intervenir y de ser capaz de predecir la repercusión de los déficits cognitivos en aspectos funcionales de la conducta (Tirapu-Ustárrroz, 2011).

En este sentido, en relación con la predicción del curso de la enfermedad, la identificación de déficits cognitivos específicos en los diversos trastornos mentales podría resultar un factor pronóstico que informara sobre el curso de la enfermedad (Keefe, 1995). De hecho, un aspecto implícito que se considera importante es que permite evidenciar que, en un grupo de pacientes con una misma etiqueta diagnóstica, aquellos que tengan un desempeño inadecuado en los test neuropsicológicos tendrán peor pronóstico que aquellos que los ejecuten correctamente. Por ejemplo, se ha encontrado que las funciones cognitivas afectadas en pacientes con episodios depresivos son: la velocidad psicomotora, la atención, el aprendizaje y la memoria visual, así como las funciones ejecutivas. Por su parte, los pacientes en fase de remisión presentan una mejoría en tareas de atención, aunque sin alcanzar los niveles de rendimiento que las personas sin el padecimiento. Asimismo, se ha notado que el rendimiento en tareas de funciones ejecutivas es sensible a la gravedad de la sintomatología de la depresión.

Por otro lado, se ha visto que pacientes tratados con fármacos antidepresivos clásicos obtienen peores resultados en las puntuaciones compuestas de inhibición, en las pruebas de fluidez verbal, en las puntuaciones de memoria de trabajo verbal y en las puntuaciones compuestas de memoria de trabajo visoespacial (Paelecke-Habermann *et al.*, 2005; Porter *et al.*, 2003).

Neuropsicología de los trastornos mentales

A pesar de que existen manuales diagnósticos como el DSM-5 (APA, 2014), en el que los trastornos mentales son clasificados por “criterios diagnósticos”, las personas diagnosticadas con un trastorno mental presentan una gran heterogeneidad en los síntomas clínicos (García-Gutiérrez *et al.*, 2020). Esta observación es ampliamente

discutida entre los profesionales de la salud mental, así como en las aulas y pasillos de las escuelas y facultades de medicina y psicología.

Pérez y Vásquez (2012) van más allá de esta discusión y sostienen que gran parte de las enfermedades neurológicas y psiquiátricas carecen de marcadores biológicos confiables o hacen uso de técnicas de diagnóstico que contribuyen poco a un diagnóstico preciso. Ante esta situación, mencionan las autoras, la evaluación neuropsicológica surge como una herramienta que puede contribuir a precisar el diagnóstico de este tipo de trastornos. Así, podríamos decir que una de las aportaciones de la evaluación neuropsicológica a la psicología clínica consiste en caracterizar las alteraciones cognitivas que frecuentemente se manifiestan en los trastornos mentales, problemas neurológicos y trastornos psiquiátricos que se observan de manera global como un déficit en el control de la conducta y las emociones. Asimismo, este tipo de evaluación es relevante porque permite determinar las habilidades y los déficits de las personas con este tipo de trastornos y así poder predecir el curso de la enfermedad, elegir el tipo de intervención de forma objetiva, identificar patrones de alteraciones neuropsicológicas y establecer estrategias que mejoren el pronóstico del trastorno (Palomares *et al.*, 2010).

Bajo estos argumentos, se han intentado establecer marcadores neuropsicológicos como una forma de coadyuvar al diagnóstico de los trastornos mentales, además de establecer perfiles de clasificación por medio de pruebas neuropsicológicas sensibles y, de esta manera, contribuir al diagnóstico diferencial neuropsicológico (Zakzanis *et al.*, 1999).

Estos marcadores y perfiles intentan caracterizar el estado cognitivo de algunas de las enfermedades mentales de mayor prevalencia como los trastornos de ansiedad, emocionales y la esquizofrenia.

Por ejemplo, en el caso de la ansiedad, revisiones como la de Pérez y Vásquez (2012) muestran que en este trastorno se observan patrones de alteración cognitiva en el control atencional y a nivel ejecutivo en el control de la interferencia, lo que repercute en

la capacidad de controlar las acciones voluntarias. En sujetos con trastorno de ansiedad generalizada, por otra parte, se ha observado un pobre desempeño en habilidades visoespaciales, memoria visual, memoria verbal y funciones ejecutivas (Cupul-García *et al.*, 2018).

Varias son las alteraciones que se observan durante los episodios depresivos: déficit en atención y memoria, alteraciones en la secuenciación espacial, pobre concentración y dificultad para memorizar; respecto a las funciones ejecutivas, se han observado alteraciones en flexibilidad mental, planeación y toma de decisiones (Rozenhal *et al.*, 2004). Otros estudios sugieren que este trastorno suele ir acompañado de problemas de aprendizaje, atención, concentración y algunas veces de disfunción ejecutiva (Pérez y Vásquez, 2012).

Por otra parte, en el trastorno obsesivo-compulsivo se ha observado un déficit en la atención y un patrón de alteración de las funciones ejecutivas, específicamente en la flexibilidad cognitiva, planificación, solución de problemas, fluidez verbal e inhibición (Pérez y Vásquez, 2012).

En cuanto al trastorno por estrés postraumático, se reportan alteraciones en la atención, inhibición, flexibilidad cognitiva y en el control de la interferencia, además de un déficit en la memoria a largo plazo, específicamente en la memoria declarativa y en la memoria de trabajo.

Para el caso del trastorno de pánico, se ha observado un déficit en la capacidad de cambiar el foco de atención, en la memoria verbal, en memoria visoespacial, memoria de trabajo, y en funciones ejecutivas, específicamente en formación de categorías, fluidez verbal semántica y fonológica, así como fluidez no verbal, y en la inhibición de respuestas inadecuadas (Palomares *et al.*, 2010). Debido a la amplia variedad de perfiles neuropsicológicos encontrados en estos trastornos, algunos autores sugieren que se hagan las distinciones pertinentes al momento de evaluar y diagnosticar los procesos cognitivos alterados (Nitschke & Heller, 2002).

Respecto al trastorno bipolar, según Chamberlain y Sahakian (2006) y Ríos-Flórez y Escudero-Corrales (2017), la neuropsicología se ha enfocado en estudiar el deterioro cognitivo que provoca este trastorno a lo largo de sus diferentes fases. Por ejemplo, se pueden apreciar alteraciones en la atención selectiva, atención sostenida, memoria, enlentecimiento motor y mayores tiempos de reacción, además de una alteración en el reconocimiento de expresiones faciales negativas (incluyendo caras tristes) durante la fase aguda de la enfermedad (manía). En la fase depresiva, por otro lado, se observan dificultades en la toma de decisiones y un déficit en la memoria de recuerdo inmediato, memoria de reconocimiento y memoria de trabajo, pero muestran un excesivo recuerdo de material negativo autobiográfico (hipermnesia).

Por último, otro de los trastornos que es frecuentemente revisado es el de la esquizofrenia. Algunos estudios reportan que las alteraciones observadas en pacientes esquizofrénicos dependen de la intensidad del trastorno, desde un déficit en la percepción en etapas ligeras de la enfermedad hasta alteraciones en el aprendizaje, fluidez verbal y funciones ejecutivas (Cuesta *et al.*, 2000). Estudios posteriores sugieren alteraciones en casi todos los procesos: atención, memoria y función ejecutiva, lo que, según el autor, sugiere una falta de correlación neurocognitiva con este trastorno. No obstante, se destaca que una evaluación neuropsicológica puede predecir la enfermedad hasta 25 años antes de su aparición pues se pueden apreciar déficits en el CI, en velocidad visoperceptual, velocidad de procesamiento, atención sostenida memoria de trabajo verbal y visoespacial, lenguaje y procesamiento perceptivo (Selma, 2008). Hoy día, se puede afirmar que el estado cognitivo de las personas con esquizofrenia es variado y no existe un perfil determinado y característico.

En resumen, a partir del estudio de la neuropsicología de los trastornos mentales, autores como Tirapu-Ustárroz (2011) sostienen que la neuropsicología, más que contribuir a la clasificación

diagnóstica de estos trastornos, contribuye al estudio de las alteraciones en función de los síntomas psicopatológicos.

Conclusiones

La evidencia desglosada solo marca tendencias sobre cuál es la neuropsicología de los trastornos mentales, pues aún es poca la evidencia que existe al respecto, situación que se complica aún más, debido a que los resultados de tales estudios son divergentes, impidiendo obtener perfiles neuropsicológicos exclusivos para cada trastorno (Vargas *et al.*, 2011). No obstante los resultados de estos estudios, a nivel teórico, los objetivos siguen siendo prometedores, pues aún se espera que los trastornos sean explicados en función de la actividad cerebral y cognitiva, además de dotar a la psicología de un discurso más acorde con el conocimiento neurocognitivo actual, que a su vez se espera impacte también las estrategias de neurorehabilitación que se diseñan para cada caso (Tirapu-Ustárroz y Muñoz-Céspedes, 2004).

A raíz de los resultados del estudio de la neuropsicología de los trastornos mentales, autores como Tirapu-Ustárroz (2011) sostienen que la neuropsicología, más que contribuir a la clasificación diagnóstica de los trastornos mentales (que se espera sea en función de los patrones de ejecución en pruebas neuropsicológicas), se deben estudiar tales alteraciones en función de los síntomas psicopatológicos concretos de algún trastorno mental. Ante esta situación, Tirapu-Ustárroz (2007) señala que es de suma importancia distinguir entre el estudio de los trastornos mentales después de una lesión cerebral y el estudio del estado cognitivo de las personas con trastornos mentales.

Para concluir, es posible decir que la evaluación neuropsicológica también puede ser una herramienta para el diagnóstico diferencial, por ejemplo, hay estudios que demuestran que este tipo

de evaluación pueden diferenciar entre personas adultas con riesgo de desarrollar psicosis y adultos con trastorno de déficit de atención e hiperactividad, pues estos últimos se desempeñan peor que aquellos en diversas tareas cognitivas (Studerus *et al.*, 2018).

También, se puede afirmar que la evaluación neuropsicológica impacta positivamente en las estrategias de rehabilitación o remediación cognitiva, pues han demostrado buena eficacia en la intervención de personas con trastornos psiquiátricos, sobre todo en pacientes esquizofrénicos, al mejorar no solo sus habilidades cognitivas sino también su funcionamiento en general. Por último, en la depresión, la rehabilitación neuropsicológica impacta favorablemente en el funcionamiento cognitivo y este, a su vez, en el estado de ánimo, favoreciendo así la adhesión a la rehabilitación (Cardoner y Vicent, 2019).

Resumen

1. Se retoma la clasificación de periodos históricos en el desarrollo de la neuropsicología de Ardila *et al.* (2007) en donde se habla de cuatro momentos: preclásico (hasta 1861), clásico (1861-1945), moderno (1945-1975), contemporáneo (1975 a la fecha) a manera de contextualizar los eventos más relevantes para el desarrollo de la neuropsicología y la evaluación neuropsicológica.
2. La evaluación neuropsicológica se define como el método que se emplea dentro de la neuropsicología clínica para la evaluación, diagnóstico y desarrollo de un programa de intervención.
3. Los objetivos de la evaluación neuropsicológica pueden variar, desde considerar alteraciones cognoscitivas, conductuales y emocionales, elaborar el perfil neuropsicológico para el diagnóstico diferencial, la detección precoz de alteraciones, entre otros más.

4. Un neuropsicólogo debe contar con habilidades de observación, razonamiento clínico, además de las relacionadas con la psicometría para el análisis cualitativo y cuantitativo, por mencionar algunas.
5. La selección adecuada de pruebas permite un buen diagnóstico diferencial, así como el establecimiento del proceso de intervención.
6. La evaluación neuropsicológica proporciona datos sobre los déficits cognoscitivos que se relacionan con trastornos mentales, proporcionando descripciones que ayudan a los procesos de intervención desde la psicología clínica.
7. En la actualidad, la caracterización de los trastornos mentales retoma fundamentos neuropsicológicos, permitiendo un mejor diagnóstico diferencial, así como el trabajo hacia la rehabilitación neuropsicológica.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). "Desarrollo histórico de la neuropsicología". En: A. Ardila y M. Rosselli, *Neuropsicología Clínica* (pp. 1-10). Manual Moderno.
- Arevalo-Rodríguez, I., Smailagic, N., Roqué-Figuls, M., Ciapponi, A., Sanchez-Perez, E., Giannakou, A. Pedraza, O., Bonfil-Cosp, X., & Cullum, S. (2015). Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), 1-68. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010783.pub2>
- Benedet, M. J. (2002). *Neuropsicología cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la investigación. Fundamento teórico y metodológico de la Neuropsicología Cognitiva*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Blázquez-Alisente, J. L., González-Rodríguez, B. y Paúl-Lapedriza, N. (2011). "Evaluación neuropsicológica". En: J. Tirapu Ustárriz, M. Ríos Lago y F. Maestú Unturbe (Eds). *Manual de neuropsicología* (2a ed.). (pp. 33-56). Viguera.
- Cardoner, N. y Vicent, M. (2019). Rehabilitación cognitiva en salud mental. *Neurorrehabilitación*. Guttman, 16-19. https://siidon.guttman.com/files/sr_95_rehabcognitiva.pdf?_ga=2.175013730.1392726078.1617380700-1164734498.1617380700
- Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2006). The Neuropsychology of Mood Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 8, 458-463. <https://doi.org/10.1007/s11920-006-0051-x>
- Cuesta, M. J, Peralta, V. y Zarzuela, A. (2000). Neuropsicología y esquizofrenia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23(supl. 1), 51-62. <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6414>

- Cupul-García, J. C., Hinojosa-Calvo, E., Villa-Rodríguez, M. A., Herrera-Guzmán, I. y Padrós-Blázquez, F. (2018). Evaluación neuropsicológica básica para adultos en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 56(3), 151-160. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000300151>
- García-Gutiérrez, M. S., Navarrete, F., Sala, F., Gasparyan, A., Austrich-Olivares, A., & Manzanares, J. (2020). Biomarkers in psychiatry: Concept, definition, types and relevance to the clinical reality. *Frontiers in Psychiatric*, 11. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.00432>
- Goldstein, G., & Beers, S. (2004). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. John Wiley & Sons.
- Groth-Marmat, G. (2003). *Handbook of Psychological Assessment* (4th ed.). John Wiley & Sons.
- Hebben, N., Milberg, W., & Kaufman, A. (2002). *Essentials of neuropsychological assessment* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Keefe, R. (1995). The contribution of neuropsychology to psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 6-15.
- Labos, E., Pérez, C., Prenafeta, M. L. y Slachevsky, A. (2008). "La Evaluación en Neuropsicología". En: E. Labos, A. Slachevsky, P. Fuentes y F. Manes (Eds.). *Tratado de Neuropsicología Clínica* (pp. 71-82). Librería Akadia Editorial.
- Lezak, M., Howieson, D., Bigler, E., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5th ed.). Oxford University Press.
- Libon, D. J., Swenson, R., Ashendorf, L., Bauer, R. M., & Bowers, D. (2013). Edith Kaplan and the Boston Process Approach. *The Clinical Neuropsychologist*, 27(8), 1223-1233. <https://doi.org/10.1080/13854046.2013.833295>
- Maruish, M. E. (Ed.) (2004). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (3rd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Milberg, W. P., Hebben, N., & Kaplan, E. (2009). "The Boston Process Approach to neuropsychological assessment". In: I. Grant & K. M. Adams (Eds.), *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric and neuromedical disorders* (pp. 42-65). Oxford University Press.
- Muñoz-Céspedes, J. M., Muñoz-López, M., Tirapu-Ustároz, J. y Vázquez-Valverde, C. (2008). *Rehabilitación neuropsicológica*. Síntesis.
- Nitschke, J. B., & Heller, W. (2002). "The Neuropsychology of Anxiety Disorders: Affect, Cognition, and Neural Circuitry". In: H. D'Haenen, J. A. den Boer & P. Willner. (Ed.), *Biological Psychiatry* (pp. 975-988). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/0470854871.chxix8>
- Paelecke-Habermann, Y., Pohl, J., & Leplow, B. (2005). Attention and executive functions in remitted major depression patients. *Journal of Affective Disorders*, 89(1-3), 125-135. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2005.09.006>
- Palomares, C. E., Campos-Coy, P. E., Ostrosky, F., Tirado, E. y Mendieta, D. (2010). Evaluación de funciones cognitivas: atención y memoria en pacientes con trastorno de pánico. *Salud Mental*, 33(6), 481-488. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n6/v33n6a2.pdf>
- Perea-Bartolomé, M. V. y Ardila, A. (2014). *Síndromes neuropsicológicos*. Amarú.
- Pérez, J. C. y Vásquez, V. C. (2012). Contribución de la neuropsicología al diagnóstico de enfermedades neuropsiquiátricas. *Revista Médica Clínica las Condes*, 23(5), 530-541. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70347-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70347-4)
- Porter, R., Gallaguer, P., Thompson, J., & Young, A. (2003). Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182(3), 214- 220.
- Prigatano, G. P., & Pliskin, N. H. (Eds.). (2003). *Clinical neuropsychology and cost outcome research: A beginning*. Psychology Press.
- Ranson, J. M., Kuźma, E., Hamilton, W., Muniz-Terrera, G., Langa, K. M., & Llewellyn, D. J. (2019). Predictors of dementia misclassification when using brief cognitive assessments. *Neurology: Clinical Practice*, 9(2), 109-117. <https://doi.org/10.1212/CPJ.0000000000000566>
- Ríos-Flórez, J. y Escudero-Corrales, C. (2017). Características neuropsicológicas y bases biológicas y conceptuales del trastorno afectivo bipolar. *Revista Katharsis*, (24), 241-263. <https://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis/article/view/972/1393>

- Roebuck-Spencer, T. M., Glen, T., Puente, A. E., Denney, R. L., Ruff, R. M., Hostetter, G., & Bianchini, K. J. (2017). Cognitive screening test versus comprehensive neuropsychological test batteries: A National Academy of Neuropsychology Education Paper. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 32(4), 491-498. <https://doi.org/10.1093/arclin/acx021>
- Rozenthal, M., Laks, J., & Engelhardt, E. (2004). Neuropsychological aspects of depression. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(2), 204-212. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000200010>
- Selma, S. H. (2008). Neuropsicología de la esquizofrenia. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 2(2), 79-134. <https://www.redalyc.org/pdf/4396/439642482002.pdf>
- Studerus, E., Corbisiero, S., Mazzariello, N., Ittig, S., Leanza, L., Egloff, L., Beck, K., Heitz, U., Andreou, C., Stieglitz, R. D., & Riecher-Rössler, A. (2018). Can neuropsychological testing facilitate differential diagnosis between at-risk mental state (ARMS) for psychosis and adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)? *European Psychiatry*, 52, 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.02.006>
- Tirapu-Ustárrroz, J. (2007). La evaluación neuropsicológica. *Psychosocial Intervention*, 16(2), 189-211. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000200005
- Tirapu-Ustárrroz, J. (2011). Neuropsicología-Neurociencia y las ciencias "PSI". *Cuadernos de Neuropsicología*, 5(1), 11-24. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439642487002>
- Tirapu-Ustárrroz, J. y Muñoz-Céspedes, J. M. (2004). Neurociencia, neuropsicología y psicología clínica: Necesidad de un encuentro. *Psicología.com*, 8(1). <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=neurociencia-neuropsicologia-y-psicologia-clinica-necesidad-de-un-encuentro>
- Vanderploeg, R. D. (Ed.). (2000). *Clinician's Guide to Neuropsychological Assessment* (2nd ed.). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781410603487>
- Vargas, M. L., Lahera, G., López S. y Tirapu, J. (2011). Proyecto de sección de neurociencia clínica de la AEN. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 31(111), 589-599. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n3/paginas2.pdf>
- Villa, M. A. (2009). *Definición y Breve Historia de la Neuropsicología*. http://www.academia.edu/33955162/DEFINICI%C3%93N_Y_BREVE_HISTORIA_DE_LA_NEUROPSICOLOG%C3%8DA
- Yáñez-Téllez, M. G. (2008). "Métodos y Teorías en Neuropsicología. Una perspectiva histórica y actual". En: J. Silva (Ed.), *Métodos en las neurociencias cognitivas* (pp. 173-200). Pax.
- Zakzanis, K. K., Leach, L., & Kaplan, E. (1999). *Studies on neuropsychology, development, and cognition. Neuropsychological differential diagnosis*. Swets & Zeitlinger Publishers.

Modelo Secuencial Integrativo (MSI)

Blanca Delia Arias García
Óscar Iván Negrete Rodríguez
David Javier Enríquez Negrete

Introducción

El objetivo del presente capítulo es presentar los aspectos históricos y conceptuales que configuran lo que actualmente se denomina Modelo Secuencial Integrativo (MSI) como una herramienta que permite operacionalizar las variables implicadas en el proceso de atención clínica, a partir del estudio de categorías analíticas, las cuales coadyuvan a explicar, predecir y orientar al terapeuta en el diseño de intervenciones con el fin de modificar el comportamiento humano, a través de la identificación y relación entre variables personales, ambientales y sociales que tienen, a su vez, una relación funcional con el motivo de consulta del cliente. Cabe señalar que el MSI es un modelo de evaluación conductual y que, desde este marco epistémico-conceptual, se desarrollarán diferentes tópicos para generar un marco de comprensión sobre el tema.

En la terapia cognitivo conductual (TCC), la evaluación tiene un papel clave, puesto que opera como un proceso constructivo en sí mismo; es decir, la evaluación permite generar información que orienta el proceso terapéutico, a partir de la cual es posible realizar ajustes o cambios en la planeación del tratamiento, cuyo objetivo es modificar el comportamiento, valorado por el cliente como

problemático (Aragón y Silva, 2002). Asimismo, la evaluación se fundamenta en una visión teórica del comportamiento que considera antecedentes históricos, sociales, filosóficos, psicológicos e incluso, antropológicos.

Para Carrasco (2000), la evaluación permite generar datos sobre los logros de los individuos; estos pueden ser tanto cualitativos como cuantitativos. Así, gracias a la evaluación es posible conocer la eficiencia de los individuos en alguna tarea o el estado en el cual se encuentra algún proceso; identificando, de manera inicial, las variables que se asocian con el resultado.

En esta misma línea de análisis, López (1999) puntualiza que la evaluación es un proceso sistemático cuyo resultado permite emitir un juicio y realizar una valoración de un objeto, situación o proceso del cual se obtuvo una medición previa. Cabe señalar que medir no es sinónimo de evaluar, ya que la primera acción corresponde a una operación que genera los elementos necesarios para describir el objeto, proceso o estado actual de un objeto, pero no implica en sí mismo la emisión de un juicio; por tanto, no siempre que se mide se evalúa. En este sentido, Briones (2008) afirma que la evaluación permite generar criterios para la toma de decisiones, a partir de un juicio, en relación con la estructura, funcionamiento o desarrollo del objeto o atributo evaluado.

La evaluación no es ajena a la vida de las personas, Cohen y Franco (1992), y Valenzuela (2004) indican que los individuos se orientan diariamente a través de la información que adquieren del medio, lo que les permite identificar problemas, pero también planificar las estrategias para resolverlos. También reflexionan sobre las acciones realizadas, con el propósito de emitir un juicio de los resultados obtenidos y sobre los cambios que convenga realizar en un futuro, al enfrentar una problemática similar.

Sin embargo, más allá de la cotidianidad, la evaluación es un proceso vinculado con las ciencias del comportamiento en diferentes dominios: clínico, educativo, de educación especial, psicología social, entre otros (Rodríguez, 2003). Particularmente, en

el ámbito clínico, Gurrola *et al.* (2009) puntualizan que la evaluación va más allá de una simple clasificación y la conceptúan como parte del proceso terapéutico y de atención clínica. Por otro lado, desde la perspectiva de Fernández-Ballesteros (1995), la evaluación proporciona información que será utilizada en la intervención con el propósito de que haya cambios en el comportamiento, conocimiento y actitudes manifestadas por un individuo, ocasionadas por la exposición a un proceso de instrucción. Esto implica cambios en las acciones, cogniciones y sensaciones.

Así, la evaluación promueve un cambio integral más allá de la solución particular en un área de funcionamiento específica, función para la cual es clave generar lo que Romano (2010) cita como ambientes protésicos, mismos que provean de escenarios sociales que contribuyan a la adquisición de nuevas habilidades.

A partir de lo anterior, es posible afirmar que los psicólogos utilizan la evaluación como un medio para identificar las áreas que requieren atención con el propósito de generar acciones que permitan orientar el trabajo profesional para cumplir el objetivo de un proceso de atención clínica. Dado que existen diversos modelos de atención, a continuación, se describen las diferencias entre dos modelos que se constituyen como referentes en relación con la evaluación: el tradicional y el conductual (Aragón y Silva, 2002; Aragón, 2014; Fernández-Ballesteros, 2013). Este último es el marco del cual se desprende el MSI.

Diferencias entre la evaluación conductual y la tradicional

Ambos modelos presentan diferencias no solo cronológicas, considerando el momento de su aparición y dominio dentro del quehacer psicológico, sino también epistemológicas y, por ende, conceptuales.

La evaluación tradicional incorpora los modelos del rasgo, dinámico y médico (Aragón *et al.*, 2002; Galguera *et al.*, 1984), y

su objetivo principal es dar cuenta de un diagnóstico, mismo que justificará cuál es el tratamiento que se debe aplicar. La evaluación se orienta a identificar fuerzas, factores, rasgos o condiciones intrínsecas y, hasta cierto punto, constitutivas del estado psicológico.

Así, los fenómenos psicológicos se tornan estáticos y se vinculan estrechamente con la personalidad; sin embargo, no se consideran las variables del entorno social y ambiental, aspecto relevante dado que el comportamiento puede ser distinto de un momento y de un lugar a otro. Al asignar al entorno inicial y las primeras experiencias sociales un papel predominante sobre el comportamiento, se toma una postura que se puede calificar como determinista, en la cual las experiencias en los primeros años de vida definirán cuál será el patrón de comportamiento que predomine a lo largo de la vida de los individuos, sin considerar que este es un proceso dinámico que tiene como cualidad constitutiva la interacción entre el organismo y su medioambiente a lo largo de su historia (Ardila, 1970).

Este posicionamiento sobre lo psicológico define los procedimientos a seguir al momento de realizar una evaluación. Es así como en el modelo tradicional predomina el uso de pruebas psicológicas (psicométricas o proyectivas) con la finalidad de realizar un diagnóstico; generalmente, estos instrumentos son referidos al criterio. En síntesis, los modelos de evaluación tradicional plantean que la conducta de los individuos está determinada por variables de orden intrapsíquico, es decir, factores, dimensiones, construcciones dinámicas (instancias de la personalidad) o constructos psicológicos (Fernández-Ballesteros, 2013).

En contraparte, el modelo de evaluación conductual recopila información precisa sobre el ambiente, el organismo, el comportamiento y las consecuencias de la conducta, con el propósito de analizarla en términos funcionales (Aragón y Silva, 2002). De este modo, se pretende analizar objetivamente el repertorio conductual y las variables personales (fisiológicas y cognitivas) y

medioambientales (ambiente físico y social) que tienen un efecto sobre el comportamiento del individuo. Este modelo permite identificar un grupo de variables para explicar el surgimiento, mantenimiento y predicción de un comportamiento, que es valorado como problemático.

En este mismo orden de ideas, Aragón (2014) puntualiza que la evaluación conductual centra su interés en la conducta y sus manifestaciones, es decir, en la respuesta motora, fisiológica o cognitiva. También señala que identificar las variables exógenas (ambientales y sociales) que regulan el comportamiento brinda la posibilidad de tomar decisiones orientadas al cambio o modificación de la conducta de interés (motivo de consulta).

Adicionalmente, Fernández-Ballesteros (2013) señala que la observación sistemática y analítica del comportamiento, así como de las distintas situaciones, son claves en el proceso de evaluación conductual, ya que se torna necesario identificar las relaciones que existen entre el comportamiento de interés (conducta blanco) y los aspectos personales (cognitivos y fisiológicos) y medioambientales (sociales y físicos) en términos espacio-temporales (Kazdin, 2000).

En esta línea de análisis, el modelo también considera la percepción que tiene el individuo de su propio comportamiento, la cual Bandura denominó “autoeficacia” (1977, 1988, 1997, 1999). La relevancia de considerar este elemento reside en que la autoeficacia incide en la forma en que el individuo se comportará en una situación en particular y, a su vez, esta se configurará a partir de su historia de aprendizaje (Fernández-Ballesteros, 2013) o historia interactiva del individuo, como la define Ribes (1972, 2007).

Finalmente, el modelo de evaluación conductual considera la observación directa, la entrevista y los autorregistros como medios para recuperar información. A través de estos instrumentos, el psicólogo obtiene información puntual y precisa sobre las dimensiones conductuales, cognitivas y fisiológicas de la conducta de interés

o motivo de consulta (también considerada conducta blanco). Así, los instrumentos de evaluación se orientan a obtener información en términos de su frecuencia, duración, intensidad, topografía, situaciones (geografía), discriminación o generalización de estímulos o comportamientos, latencia, entre otros (Moreno *et al.*, 2012; Kazdin, 2000).

En esta parte, cabe recuperar lo descrito en el apartado anterior, pues solo a partir de identificar puntualmente variables que tienen una función moderadora o mediadora sobre el comportamiento de interés se podrán establecer los objetivos de la intervención que se llevará a cabo, dado que, como menciona Fernández-Ballesteros (1995), nunca se debe evaluar sin desarrollar una propuesta de intervención o tratamiento, y viceversa, nunca implementar un tratamiento o sugerir una intervención sin antes haber evaluado. A continuación, se describirán los antecedentes del MSI que, como se mencionó en la introducción, forman parte del modelo de evaluación conductual y permiten operacionalizar las variables implicadas en un proceso de atención clínica.

Antecedentes históricos del Modelo Secuencial Integrativo (MSI)

Un modelo es una representación gráfica y teórica de uno o varios procesos que pretenden explicar un fragmento de la realidad (APA, 2020). En el caso particular del MSI, se refiere a la representación de distintas variables, a través de las cuales, se intenta explicar el comportamiento de un individuo con base en relaciones funcionales (Fernández-Ballesteros y Carroble, 1983). Representaciones de este tipo, se conocen como modelos mediacionales, los cuales se caracterizan por relacionar dos o más unidades observables en una secuencia temporal; lo que permite incrementar la capacidad explicativa del modelo.

El MSI, como modelo mediacional, tuvo contribuciones históricas que permitieron justificar la inclusión de variables cognitivas para explicar los procesos intermediarios entre los estímulos y las respuestas que, a su vez, predicen la conducta. Esta propuesta tuvo influencia de modelos no mediacionales (no hacen inferencias sobre las relaciones entre la variable independiente y la variable dependiente), los cuales, en retrospectiva, justifican la inclusión de determinadas variables en la conformación del MSI. Entre las aportaciones teóricas y empíricas de estos modelos se encuentran las contribuciones de Iván Pavlov (1849-1936), Jhon B. Watson (1878-1958) y Edward Thorndike (1874-1949); posteriormente, por Frederic Skinner (1904-1990), Ogden Lindsley (1922-2004) y Kanfer (1925-2002) y Phillips, solo por citar algunos de los más importantes. A continuación, se describen brevemente las aportaciones que estos autores tuvieron desde sus modelos:

Condicionamiento clásico de Pavlov

Este modelo contribuye al MSI con la noción de *respuesta condicionada* como un factor medular del aprendizaje; esta respuesta se consigue cuando se presentan estímulos de manera contigua, es decir, con un pequeño intervalo temporal entre uno y otro.

El ejemplo siguiente se ilustra con el experimento clásico de Pavlov y sus perros. Como se observa en la figura 5.1, el estímulo incondicionado (EI-alimento) produce un reflejo o una respuesta incondicionada (RI-salivación del perro) de manera natural; sin embargo, cuando se asocian a un estímulo neutro (EN-sonido de campana), es decir EI-EN, después de un cierto número de repeticiones, el EN adquiere las propiedades de un estímulo condicionado (EC-sonido de campana) que produce un reflejo semejante al EI (salivación del perro) (Pérez y Cruz, 2003; Sarason y Sarason, 2006; Ardila, 1970).

Antes del condicionamiento	El (alimento) →	RI (salivación)	} → =
	EN (campana)	RI (no salivación)	
Durante el condicionamiento	El (hueso) +EN (campana)	RI (salivación)	
Después del condicionamiento	EC (campana) →	RC (salivación)	

Figura 5.1. Fases del condicionamiento clásico de Pavlov.
(Elaboración propia)

De este modo, después del aprendizaje por asociación, la respuesta condicionada (RC) se convierte en una función del organismo, y para su explicación no se requieren de inferencias, pues hay una relación directa entre la ocurrencia de los antecedentes y el nivel de respuesta fisiológica (Rodas, 2009). Ahora bien, los EC pueden ser de carácter cognitivo y no solo físicos o ambientales, y pueden precipitar respuestas de tipo fisiológico, por ejemplo, al imaginarse chupar un limón se origina la RC de salivación debido a que la imaginación es un proceso cognitivo que origina la respuesta condicionada de salivar.

Conductismo de Watson y las aportaciones de Thorndike

El segundo modelo no mediacional se conoce como conductismo, propuesto por J. B. Watson, quien tomó el paradigma estímulo-respuesta para explicar los determinantes de la conducta. En la figura 5.2 se representa cómo la conducta se ejecuta mecánica e independientemente de las condiciones del individuo (Ruiz *et al.*, 2012). El principio substancial de este modelo, de acuerdo con Ardila (1970, 2013), es la relación que se establece entre los estímulos y las respuestas que dan origen a nuevas conductas y comportamientos observables.



Figura 5.2 Paradigma estímulo-respuesta de Watson.
(Elaboración propia)

Así, Watson se basó en el estudio de la conducta humana observable e identificó, según Campos (2005), que esta modifica el comportamiento de los individuos tras un proceso de estímulo-respuesta y finaliza con el aprendizaje, el cual es considerado como una función del ambiente.

En esta misma línea, y de manera paralela a los estudios de Watson, el psicólogo americano Edward Thorndike (1874-1949) formuló dos leyes que contribuyeron con el desarrollo del conductismo (Segura *et al.*, 1991); la ley del efecto y la ley del ejercicio. La primera señala que cuando existe una conexión entre un estímulo y la respuesta, y la consecuencia se torna reforzante, el resultado se asocia con el estímulo, lo que probabiliza la ocurrencia de la respuesta cuando el estímulo se vuelva a presentar. Por otro lado, cuando el organismo recibe un castigo como consecuencia de la conducta, se debilita la probabilidad de que la respuesta se presente en el futuro.

La segunda ley sugiere que, mientras más se repita la conexión entre estímulo-respuesta, mayor será la asociación (Rodas, 2009; Ruiz *et al.*, 2012); no obstante, Thorndike documentó, posteriormente, que la práctica sin retroalimentación no genera aprendizaje perdurable.

El neoconductismo de Skinner y las aportaciones de Lindsley

El neoconductismo es la evolución del pensamiento que los psicólogos conductistas defienden, y quienes recuperaron al aprendizaje

como su objeto de estudio (Lattal, 1992). El posicionamiento teórico destaca las consecuencias (C) como un elemento clave en la relación funcional entre la conducta y el ambiente, lo que permite explicar el comportamiento sin recurrir a procesos cognitivos. Así, el tipo de estímulo consecuente, sea reforzante o aversivo, generará un aumento o disminución de la frecuencia con la que se observa una conducta (Pérez-Acosta *et al.*, 2002).

Desde esta perspectiva, Manrique (1977) menciona que el aprendizaje se genera cuando el comportamiento del individuo se somete a algún tipo de cambio, a causa de la interacción que tiene el organismo con el medioambiente. El aprendizaje, a su vez, se encuentra delimitado por las características biológicas del organismo y las posibilidades topográficas de los comportamientos (intensidad, frecuencia, duración) (Ruiz *et al.*, 2012).

Es así que, de acuerdo con Pérez-Acosta (2010), las consecuencias de eventos anteriores inciden sobre las probabilidades de ocurrencia de la conducta cuando esta ha sido reforzada (conducta operante), pero su predicción se basa en el análisis de la relación que establece con los estímulos antecedentes (conducta respondiente). Por tanto, tal como se observa en la figura 5.3, la primera conexión que configura el aprendizaje es entre la respuesta (R) y la consecuencia, sea esta de refuerzo positivo (R+) o negativo (R-); posteriormente, se genera la conexión entre el refuerzo y el enlace del control de estímulos (E).

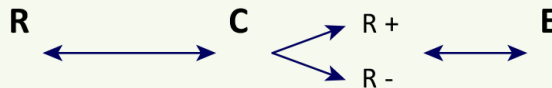


Figura 5.3. Conexión de elementos para el aprendizaje.
(Elaboración propia)

Por su parte, Lindsley (1964) enfatiza la contingencia (K) en el modelo de Skinner, y con él, aporta un elemento más al MSI que,

posteriormente, Kanfer y Phillips (1976) agregaron a la ecuación como una unidad de análisis. Desde esta perspectiva, la contingencia se refiere a la inmediatez en la presentación del reforzador tras la respuesta del sujeto, destacándose como una relación entre el tiempo y el espacio, dada entre la respuesta y los cambios que esta produce en el ambiente.

Este modelo hace explícito la importancia de K en el proceso de adquisición de una respuesta, y la relación de esta con la conducta, ya que entre más gratificante sea la contingencia (gradiente de reforzamiento) o desagradable (gradiente de castigo) habrá mayor probabilidad de que la respuesta sea controlada por las consecuencias. La relación de los elementos expuestos hasta este momento se muestra a continuación: E – R – K – C.

El modelo de Kanfer y Phillips

Este modelo, de acuerdo con Segura *et al.* (1991) y Rodas (2009), es el más amplio debido a que en él se incluyen explícitamente factores del organismo (O) como una unidad biológica, se modifica la concepción de los estímulos antecedentes (E) y considera las respuestas encubiertas (pensamientos, esquemas e imágenes mentales). Asimismo, retoma los componentes esenciales del análisis de la conducta que se han definido tradicionalmente con las aportaciones de Watson y su modelo estímulo (E)-respuesta (R), e incluyen la representación de otros tres componentes sustanciales: a) el estado biológico del organismo (O) que se observa; b) las consecuencias (C) del comportamiento para el propio organismo o para su ambiente, y c) la relación de contingencias (K) entre el comportamiento y sus consecuencias. De este modo, Kanfer y Phillips (1976) agregaron, de manera explícita, tal como se muestra en la figura 5.4, un elemento adicional para explicar las relaciones temporales y la centralidad de la respuesta.

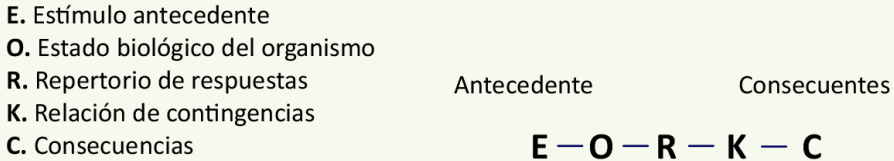


Figura 5.4. Componentes para análisis de la conducta.

Fuente: Kanfer y Phillips (1976, p. 69).

Se han descrito brevemente hasta ahora, los antecedentes más importantes del MSI, considerando las aportaciones que los conductistas realizaron en diferentes momentos de la historia, y que permitieron justificar las dimensiones de análisis del comportamiento. A continuación, se explica brevemente por qué el modelo de evaluación se define con el adjetivo “secuencial”, así como las razones para connotarlo como “integrativo” una vez que se incluye la dimensión cognitiva. Este marco ayudará al lector a tener una apreciación global de los componentes que sirven como base para hacer una propuesta de evaluación psicológica desde un modelo cognitivo conductual.

Particularidades secuencial e integrativa del MSI

Una secuencia es una colección numerada de objetos, elementos o términos ordenados de manera particular que pueden aparecer varias veces en diferentes posiciones y, generalmente, se utiliza para organizar datos (McDonald *et al.*, 2000; Przenioslo, 2004; Dubinsky *et al.*, 2005; Adams, 2016). Hay varias formas de denotar una secuencia, por ejemplo, al numerar sus elementos (Yazgan-Sag & Argun, 2012), razón por la cual, es útil no solo en ciencias formales, sino también en el comportamiento, ya que puede ser una herramienta para secuenciar situaciones de la vida real como los

procesos de crecimiento (Weigand, 2004) o la conducta que se manifiesta en diferentes momentos (Aragón y Silva, 2002).

En este sentido, se podría considerar que la evaluación conductual, en sí misma, parte de un modelo secuencial porque, de acuerdo con Fernández-Ballesteros y Carrobles (1983) y Aragón y Silva (2002), evalúa la conducta-problema de un sujeto por medio de diferentes situaciones durante una secuencia temporal para, posteriormente, descomponerla en eslabones y hacer un análisis de la misma, a partir de la conducta actual. Es decir, las variables se analizan de manera progresiva como se muestra en la figura 5.5.

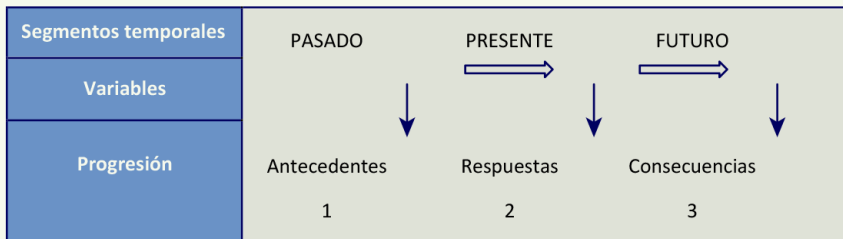


Figura 5.5. Progresión de variables conductuales en segmentos temporales.
(Elaboración propia)

Así, la secuencia que se describe en el MSI inicia, de acuerdo con Segura *et al.* (1991), Martin y Pear (2008), y López y Costa (2012), con la identificación de los estímulos ambientales antecedentes que provocan en el presente; después, las respuestas del sujeto y termina con las consecuencias que tales conductas producen en el ambiente (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1983; Fernández-Ballesteros *et al.*, 2011). De acuerdo con lo anterior, es indispensable evaluar la respuesta del individuo en diferentes situaciones durante una secuencia temporal, porque los antecedentes pueden estar asociados a situaciones del pasado que promovieron la aparición y mantenimiento del problema actual, y se manifiesta en diversas respuestas en el presente, mientras que las consecuencias posteriores a la conducta-problema pueden reforzar el comportamiento y, por consiguiente, mantenerlo en el futuro (Kazdin, 2000).

Por otra parte, el modelo se denota como integrativo, dado que se incorporan factores cognitivos al análisis comportamental y no queda reducido solo a variables ambientales (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1983, Aragón y Silva, 2002, Rodas, 2009). Este modelo también considera a los eventos internos (diálogo interior, valores y creencias del individuo), como procesos o eventos que ocurren dentro del organismo (conducta encubierta), los cuales cumplen un papel importante en el mantenimiento de la conducta de interés. Teniendo en cuenta la correspondencia entre estas variables, el MSI integra diferentes dimensiones para describir, analizar, explicar y predecir el comportamiento, al tiempo que permite analizar los fenómenos psicosociales desde la perspectiva del individuo, o de su propia conducta en relación con otras variables (Bandura y Walters, 1974; Bandura, 1978).

Considerando lo anterior, se establece que los eventos internos que preceden o son consecuentes del problema, pueden controlar o mediar la conducta; no obstante, están sujetos a la condición ontogenética del organismo (Ardila, 1970; Kanfer y Phillips, 1976); por tanto, el MSI integra en su análisis las habilidades, aprendizajes o competencias que forman parte del repertorio de conductas del sujeto (Kanfer y Saslow, 1974), así como ciertas variables de tipo cognitivo (pensamientos, expectativas y/o creencias) que configuran el sistema de valores y creencias del individuo (Golfried & Kent, 1972). Conviene puntualizar que estos aspectos, a su vez, pueden estar sujetos a los procesos de condicionamiento encubierto (Cautela, 1967) y manifestarse con diferente grado de intensidad en varias dimensiones: motora, cognitiva y fisiológica.

Con esta descripción, cabe resaltar que los aspectos cognitivos incorporados en el modelo enfatizan en la explicación del comportamiento, el estudio de una serie de estructuras cognitivas consideradas como parte de las variables O y R, las cuales median entre los estímulos antecedentes y las consecuencias, y que, como se puede observar en la figura 5.6, están integradas una en la otra, lo que las

vuelve inseparables. De ahí que Fernández-Ballesteros y Carrobles (1983) las considerara una unidad.

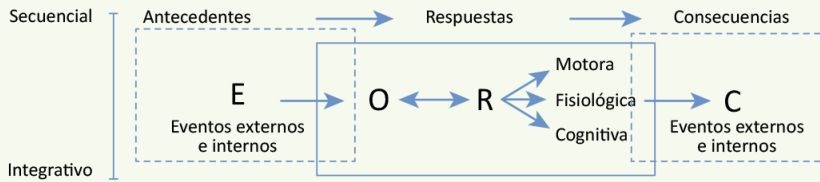


Figura 5.6. Características del Modelo Secuencial Integrativo.

Fuente: imagen ajustada de Fernández-Ballesteros y Carrobles (1983, p.115).

Esta unidad configurada por O-R se representa como el motivo de consulta del cliente, el cual es operacionalizado, es decir, se define a partir de atributos susceptibles de medición, como aquellos que pueden valorarse a través de su duración, frecuencia e intensidad. Esta variabilidad en los parámetros de la respuesta se constituirá como un indicador de la influencia que puedan tener las variables independientes del modelo, sobre esta, denotada como variable dependiente. En otras palabras, se espera un cambio en la variable dependiente (motivo de consulta) como consecuencia de la manipulación de las variables independientes (estímulos antecedentes y consecuentes) (Villasís-Keever y Miranda-Novales, 2016). Adicionalmente, el MSI permite analizar las variables en su dimensión cognitiva, fisiológica, motora y aquellas que se consideraran como contaminadoras y que contribuyen con la explicación de la conducta. Una vez realizada esta distinción entre las variables y sus dimensiones de análisis, es importante identificar con claridad la relación funcional que existe entre ellas, la cual justifica los elementos considerados en la evaluación (Coolican, 2005).

Variables asociadas al Modelo Secuencial Integrativo

Hasta este punto, se ha establecido que el campo de la evaluación diagnóstica fue enriquecido por el modelo propuesto por Kanfer y Phillips (1976), el cual propone que el comportamiento es continuo y puede separarse en segmentos conocidos como unidades de análisis, sin perder de vista las variables ambientales. Estas unidades de análisis, están constituidas por los estímulos antecedentes (E), el estado biológico de la persona (O), el repertorio de las respuestas (R), las relaciones de contingencias (K), y las consecuencias (C); mismas que se justifican y son una modificación de la propuesta hecha por Lindsley (1964).

Posteriormente, Fernández-Ballesteros y Carrobles (1983) tomaron como base el modelo formulado por Kanfer y Phillips y lo denominaron Modelo Secuencial Integrativo que, como se observa en la figura 5.7, parte de la formulación teórica procedente del aprendizaje social de Bandura (1978).

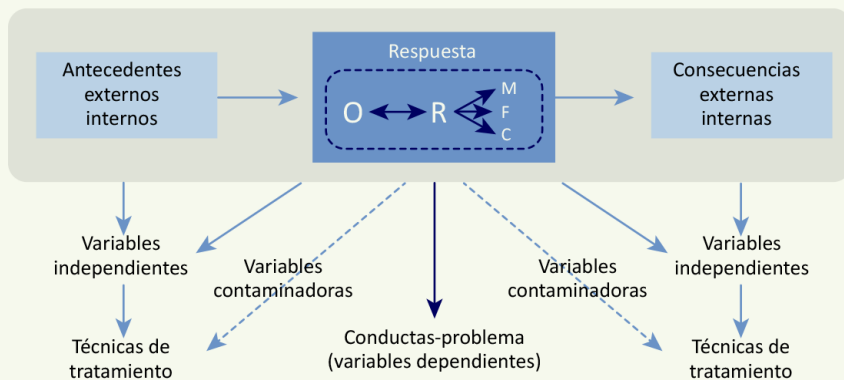


Figura 5.7. Modelo Secuencial Integrativo.
Fuente: Fernández-Ballesteros y Carrobles (1983, p. 126).

Derivado de estas contribuciones, el MSI se configura en tres dimensiones. La primera está constituida por los antecedentes, ya sean externos e internos, y es conceptualizada desde el punto de vista metodológico como una variable independiente; asimismo, puede ser considerada para la selección de las técnicas de tratamiento. Los antecedentes externos, también conocidos como ambientales, hacen referencia a los estímulos físicos y sociales como aspectos del contexto o situaciones previas que tienen una relación funcional con la conducta actual; también, facilitan la información sobre la probabilidad de que esta sea reforzada o provocada directamente. Con los antecedentes ambientales, también se pueden identificar qué eventos favorecen que el problema surja y se mantenga hasta volverse inmanejable para la persona.

Por otro lado, los antecedentes internos son considerados estímulos discriminativos que determinan o afectan la conducta-problema y dependen de la forma en la cual el sujeto reacciona ante una situación, ya que esta obedece a la percepción que se tiene del estímulo. Es importante considerar los antecedentes internos en variables cognitivas o fisiológicas, como se muestra en el cuadro 5.1.

La segunda dimensión del modelo, denominada como respuesta, representa la conducta problema, la cual es considerada como la variable dependiente y está representada por la unidad conformada por el organismo (O) y el repertorio de respuestas (R) que se determinan (Figura 5.8), por lo que la persona: a) hace (motora) en términos conductuales como llorar, patear, pegar; b) piensa (cognitiva), lo cual comprende pensamientos, sentimientos, expectativas, atribuciones; y c) siente (fisiológica), este se refiere a la actividad del sistema nervioso y neuroendocrino relacionada con los cambios ambientales que se producen, como en el caso de la tasa cardíaca, tensión muscular, temblores, etc.

Cuadro 5.1. Variables antecedentes internas

Variables cognitivas	Atribuciones	Hacen referencia a la manera en la cual el sujeto percibe y explica el medio que lo rodea (Crespo y Freire, 2014), tanto físico como social (creencias), y cómo, a partir de ello, establece relaciones de causalidad en la interacción con otros para tener, o no, un ajuste psicosocial
	Autoinstrucciones	Es el diálogo interno que la persona tiene consigo misma (Meichenbaum, 1977); son mensajes que se proporciona en la medida en la que se realiza una acción; pueden ser apropiados o inadecuados (Zimmerman, 2001)
	Estrategia cognitiva	Se refiere a las formas en que el individuo toma decisiones y organiza acciones para resolver un problema (Meichenbaum, 1977). Dichas acciones, de acuerdo con D'Zurilla y Goldfried (1971), se pueden ordenar de la siguiente manera: orientación general, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y verificación
	Expectativas	Creencia centrada en el futuro de lo que espera el sujeto que ocurra como consecuencia de su propia conducta (Bandura, 1978), por lo que funciona como una fuente de motivación del comportamiento (Delgado <i>et al.</i> , 2010).
Variables fisiológicas	Se refiere a estímulos del sistema autónomo que relacionan las bases fisiológicas con los procesos psicológicos, y tienen un efecto discriminativo sobre las cogniciones y las respuestas motoras (<i>cf.</i> Barona-de-Guzmán <i>et al.</i> , 2018).	

Nota: elaboración propia

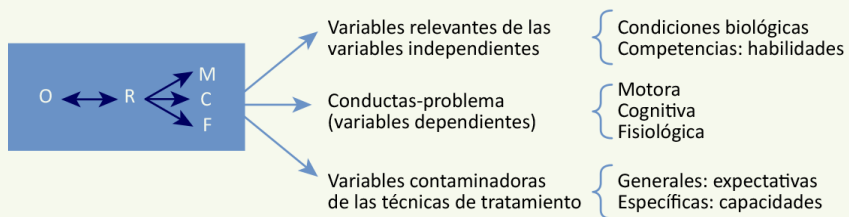


Figura 5.8. Variables relacionadas con la dimensión de respuesta.

Fuente: Fernández-Ballesteros *et al.* (1983, p. 124)

Estas dimensiones de respuesta, al constituirse como una variable dependiente, se requiere medir, y para lograr esto, es necesario operacionalizar la conducta-problema, a través de indicadores observables que se puedan registrar y, en consecuencia, medir para poder contabilizar y obtener un parámetro claro sobre la evolución del problema; asimismo, es necesario determinar si las conductas-problema se producen por exceso o por defecto. Otra característica de esta segunda dimensión del MSI es un grupo de variables que se identifican como relevantes y contaminadoras, las cuales se describen en el cuadro 5.2.

Cuadro 5.2. Variables de la dimensión de respuesta

Variables relevantes de la conducta	Se refiere a las variables orgánicas relacionadas con factores biológicos o de aprendizaje como los déficits de habilidades sociales o a las capacidades intelectuales disminuidas que pueden haberse generado en el pasado y estar influyendo en el presente del problema. Así, por ejemplo, una contractura muscular en el cuerpo puede ser la causa de estrés como conducta-problema, pero en el presente se mantiene por contingencias que la refuerzan, en cuyo caso el tratamiento debe dirigirse a modificar ambas causas
Variables contaminadoras	Se refiere a variables orgánicas del usuario. Fernández-Ballesteros y Carrobes (1983) destacan dos grupos: las primeras se refieren a aquellas que interfieren en la intervención psicológica y que están en relación con la motivación, las expectativas en relación con el tratamiento y aspectos de personalidad como los estilos cognitivos o el <i>locus</i> de control. Las segundas se refieren a las habilidades del sujeto que pueden obstruir el tratamiento, como la capacidad imaginativa o la de relajación, por citar algunos, que en casos particulares podrían entorpecer la intervención.

Nota: elaboración propia

Finalmente, la tercera dimensión está constituida por las consecuencias, las cuales se conforman de aquellos acontecimientos producidos después de ocurrir la conducta-problema. Las consecuencias pueden ser externas o internas, y se considera la relación que tienen el individuo con su ambiente, así como las situaciones que le han permitido aprender, pero a su vez, reforzar algunos

comportamientos o viceversa, extinguir la conducta dada la ausencia de consecuencias posteriores al comportamiento.

Esta situación contextual afecta al individuo en tres niveles: I) en la cognición, II) en la respuesta fisiológica, y III) en su comportamiento; de esta forma, el individuo que vive y se relaciona en diferentes contextos, responde a ambientes en los cuales interactúa con otros (familia, amigos, pareja) a partir de su historia de aprendizaje y de las consecuencias de su comportamiento. Sin embargo, la conducta también puede ser medida por factores cognitivos, en consecuencia, sus ideas, creencias o su diálogo interno, podrían convertirse en un factor predisposicional de la respuesta fisiológica (sudoración, temblor corporal, estrés, llorar, taquicardia, entre otros) y conductual.

Estas tres dimensiones del MSI, como producto de un modelo de evaluación, permiten organizar la información de forma congruente con el marco cognitivo conductual y facilita identificar el problema en términos de conductas específicas, así como describir la situación en que la conducta ocurre e identificar cuáles son las consecuencias que el ambiente otorga a dicha conducta. Asimismo, permite comprender y justificar el tipo de preguntas que se pueden hacer durante la entrevista conductual (Fernández-Ballesteros, 2013), ya que a través de esta se busca obtener información que detalle la relación funcional de las variables y, con ello, explicar, predecir y controlar el comportamiento que es atribuido como problemático.

Procedimiento para realizar un análisis funcional derivado del MSI

En términos clínicos, el análisis funcional (AF) es una herramienta útil para explicar el comportamiento, y con base en ello, establecer los objetivos de tratamiento adecuados en cada caso, así como justificar las técnicas de intervención pertinentes para lograrlos.

Aunque hay diversas maneras de llevar a cabo un AF, en todas ellas se puede elaborar una descripción de la conducta, señalar distintos parámetros de la misma, modificar la forma de obtener información o la forma de organizarla (Froxán *et al.*, 2020), pero su objetivo es siempre el mismo: identificar las posibles funciones entre variables y descomponer su complejidad en secuencias o unidades para identificar las relaciones funcionales, causales y no causales, relevantes y controlables, aplicables a determinadas conductas de un individuo (Kaholokula *et al.*, 2013; Zanón *et al.*, s/f).

Asimismo, el AF derivado del MSI busca, de acuerdo con Rodas (2009), llevar a cabo un análisis individualizado de las secuencias de conductas específicas del sujeto en las que se identifican las variables que determinan la conducta problema y que se pueden modificar. Por tal motivo, este sirve como guía tanto para la evaluación (Kaholokula *et al.*, 2013) como para la intervención. A continuación, se describen brevemente las fases para realizar el análisis funcional considerando la propuesta del MSI de Fernández-Ballesteros *et al.* (1983) Fernández-Ballesteros *et al.* (2011), Fernández-Ballesteros (2013) y Rodas (2009).

El análisis funcional inicia cuando una persona, grupo o institución plantea al psicólogo una problemática a la cual le interesa dar solución. En ese momento se enfrenta con la primera condición a estimar: ¿la problemática y expectativas del cliente tienen una dimensión psicológica que sea viable de atender o sobrepasan las funciones profesionales del psicólogo? Al estimar la situación a la que se enfrenta el psicólogo, este tendrá que considerar los principios éticos e incluso legales, relativos a su ejercicio profesional.

En caso de que la problemática planteada por el cliente sea evaluada como viable de atención, se inicia el proceso de evaluación con el análisis del caso. El proceso comienza con la entrevista inicial en la cual el psicólogo recolecta la información pertinente sobre la problemática; dicha información le permite identificar cada uno de los elementos que configuran una relación funcional con la conducta

de interés (ambientales y organísmicos). Es importante recalcar la necesidad de recopilar información que brinde la posibilidad de analizar la triple relación de contingencias (antecedentes-respuesta-consecuencias), así como aquellos aspectos pasados que contribuyeron al establecimiento y mantenimiento de la conducta de interés (historia previa de reforzamiento).

Lo anterior es planteado por Fernández-Ballesteros *et al.* (1983) y Rodas (2009), quienes puntualizan que en la recolección de la información es importante identificar los niveles de respuesta sobre los que se tendrá que intervenir al ser parte de la conducta blanco (cognitivo-motor o fisiológico). De igual manera, es clave identificar los aspectos de naturaleza cognitiva y su relación con la conducta manifiesta.

Una vez recopilada la información relacionada con los aspectos ambientales, sociales y personales, así como aquellos estímulos en situaciones discriminantes y las contingencias gratificantes o aversivas, que en conjunto pueden ejercer un control sobre la conducta de interés; es momento de que el evaluador elabore las primeras hipótesis contrastables que guiarán las etapas siguientes de evaluación y formulación del caso clínico.

Finalmente, el análisis puntual de la información recopilada en esta primera fase, y en su momento, la contrastación de las hipótesis, permite en conjunto la posibilidad de enunciar el motivo de consulta y las expectativas del cliente en objetivos que integran los términos técnicos propios de la TCC (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1983; Rodas, 2009; Fernández-Ballesteros *et al.*, 2011).

Conclusiones

A partir de lo planteado en este capítulo, se puede concluir que el MSI representa una parte constitutiva del proceso de evaluación conductual. Se perfila como una herramienta que permite

operacionalizar el proceso de atención clínica, cuyo punto de partida es el análisis de categorías conductuales y ambientales que permiten explicar, predecir y ejercer algún control sobre el comportamiento humano (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1983; Romano, 2010).

Resulta clave recordar que el MSI es un modelo de evaluación conductual, por tanto, posee características distintivas que permiten orientar el trabajo clínico en la recuperación de información precisa sobre la conducta reportada por el cliente como un problema. Esta información se analiza siempre en términos funcionales (Aragón y Silva, 2002), lo que permite identificar de manera objetiva el repertorio conductual del evaluado, así como las distintas variables personales (fisiológicas y cognitivas) y medioambientales (físico y social) que regulan el comportamiento del individuo. Por lo cual, al modificar estas variables, se observarán cambios conductuales.

Se coincide con lo detallado por Fernández-Ballesteros (2013) con relación al papel preponderante que tienen la observación sistemática y analítica del comportamiento, las situaciones y todos los eventos espacio-temporales con los que presenta una relación funcional. Así, a través del AF, es posible identificar y definir la conducta blanco, y demarcar las relaciones funcionales que existen entre esta y los aspectos personales (cognitivos y fisiológicos) y medioambientales (sociales y ambientales), como lo señala Kazdin (2000).

Es así que tras identificar las posibles relaciones funcionales y descomponer el comportamiento identificado como conducta de interés en secuencias o unidades, se pueden explicar los aspectos sobre los cuales conviene intervenir para poder modificar la conducta o conductas de interés (Kaholokula *et al.*, 2013).

Finalmente, se enfatiza que el AF, el cual se deriva del MSI, tiene como eje rector, en apego a lo señalado por Rodas (2009), recopilar toda la información personal, ambiental y propia de la historia personal de reforzamiento (Ribes, 1972, 2007) para hacer un análisis detallado e individualizado de las pautas de comportamiento

del evaluado. Este análisis se hace con el objetivo de identificar las variables que determinan la conducta problema y que se pueden modificar; por tal motivo, este sirve como guía, tanto para la evaluación (Kaholokula *et al.*, 2013) como para establecer las distintas técnicas o procedimientos a emplear como parte de la intervención, como señalan Aragón *et al.* (2002).

Resumen

1. Se presenta una descripción sobre cómo el Modelo Secuencial Integrativo (MSI) se configura como un modelo de evaluación conductual que sirve como herramienta analítico-conceptual, para relacionar diversas variables independientes (E-O-C), con una dependiente (R), lo que facilita conformar un marco de referencia para elaborar un análisis funcional.
2. Se establece una distinción entre evaluación tradicional y conductual.
3. Se describen los antecedentes históricos que conforman al modelo como secuencial e integrativo.
4. Se analizan las variables que permiten identificar con claridad la relación funcional que existe entre ellas y que justifica los elementos considerados en una evaluación.

Referencias

- Adams, M. R. (2016). *Sequences and Series: An Introduction to Mathematical Analysis*. Sin datos de publicación. http://alpha.math.uga.edu/~pete/SANDS_Clark.pdf
- American Psychological Association (APA). (2020). *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/>
- Aragón, L. E. (2014). *Evaluación Psicológica. Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría*. Manual Moderno.
- Aragón, L. E. y Silva, A. (2002). *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. Pax.
- Ardila, R. (1970). *Psicología del aprendizaje*. Siglo XXI.
- Ardila, R. (2013). Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2), 315-319. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80528401013.pdf>

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.84.2.191>
- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33(4), 344-358. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.33.4.344>
- Bandura, A. (1988). Organizational applications of social cognitive theory. *Australian Journal of Management*, 13(2), 275-302. <https://doi.org/10.1177/031289628801300210>
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of Control*. Freeman.
- Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios en la sociedad*. Desclée De Broeuer.
- Bandura, A. y Walters, R. (1974). *Aprendizaje Social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial.
- Barona-de-Guzmán, R., Krstulovic-Roa, C., Donderis-Malea, E. y Barona-Lleó, L. (2018). Valoración de la reacción emocional provocada por la prueba vestibular calórica mediante monitorización de variables fisiológicas. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 69(5), 283-290. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2017.09.002>
- Briones, G. (2008). *Evaluación de Programas Sociales*. Trillas.
- Campos, R. M. (2005). Una reevaluación del conductismo radical. *Liberabit*, 11(11), 5-17. <http://www.revistaliberabit.com/index.php/Liberabit>
- Carrasco, L. (2000). "El Servicio Social y la evaluación de su impacto. Elementos de un proyecto estratégico". En: M. Sánchez, A. De Gortari y R. Ortega (Coords.), *Memoria del Coloquio Internacional de Servicio Social Comunitario* (pp. 267-298). Sin datos de publicación.
- Cautela, J. R. (1967). Covert Sensitization. *Psychological Reports*, 20(2), 459-468. <https://doi.org/10.2466/pr0.1967.20.2.459>
- Cohen, E. y Franco, E. (1992). *Evaluación de proyectos sociales* (8ª ed.). Siglo XXI.
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología* (3ª ed.). Manual Moderno.
- Crespo, E. y Freire, J. C. (2014). La atribución de responsabilidad: de la cognición al sujeto. *Psicología & Sociedade*, 26(2), 271-279. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000200004>
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Resolución de problemas y modificación del comportamiento. *Revista de Psicología Anormal*, 78(1), 107-126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- Delgado, A., López-Fernández, L. A., De Dios Luna, J., Saletti Cuesta, L., Gil Garrido, N. y Puga González, A. (2010). Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 66-71. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.09.010>
- Dubinsky, E., Weller, K., McDonald, M., & Brown, A. (2005). Some Historical Issues and Paradoxes Regarding the Concept of Infinity: An Apos Analysis: Part 2. *Educational Studies in Mathematics*, 58(3), 335-359. <https://doi.org/10.1007/s10649-005-0473-0>
- Fernández-Ballesteros, R. (1995). *Introducción a la Evaluación Psicológica I*. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). "Conceptos y modelos básicos". En: R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudios de caso* (pp. 27-57). Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. y Carrobbles, J. A. (1983). *Evaluación Conductual. Metodología y aplicaciones* (2ª ed.). Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Márquez Sánchez, M. O., Vizcarro, C. y Zamarrón, M. (2011). *Buenas prácticas y competencias en evaluación psicológica. El Sistema Interactivo Multimedia de Aprendizaje del Proceso de Evaluación (SIMAPE)*. Pirámide.
- Froxán, P. M., De Pascual, V. R., Ávila, H. I. y Alonso-Vega, J. (2020). "Evolución histórica del análisis funcional". En: M.X.Froxan (coord), *Análisis funcional de la conducta humana* (pp. 26-53). Pirámide.
- Galguera, I., Hinojosa, G. y Galindo, E. (1984). *El retardo en el desarrollo. Teoría y práctica* (2ª ed.). Trillas.
- Goldfried, M. R., & Kent, R. N. (1972). Traditional versus behavioral personality assessment: A comparison of methodological and theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, 77(6), 409-420. <https://doi.org/10.1037/h0032714>
- Gurrola, G., Balcázar, P. y Bonilla, M. (2009). Evaluación clínica mediante un modelo constructivista. *Revista Electrónica de Psicología Clínica de Iztacala*, 12(9), 90-105. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol12num1/Art6Vol12No1.pdf>

- Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N. y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127. [https://doi.org/10.1016/s1130-5274\(13\)70013-6](https://doi.org/10.1016/s1130-5274(13)70013-6)
- Kanfer, F. H. y Phillips, J. S. (1976). *Principios del aprendizaje en la terapia de comportamiento*. Trillas.
- Kanfer, F. H. y Saslow, G. (1974). "Análisis de comportamiento: una alternativa a la clasificación diagnóstica". En: J. M. Stedman, W. F. Patton y K. F. Walton (Eds.), *Estudios clínicos en terapia conductual con niños, adolescentes y sus familias* (pp. 14-33). Charles C Thomas.
- Kazdin, A. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas* (2ª ed.). Manual Moderno.
- Lattal, K. A. (1992). B. F. Skinner and psychology: Introduction to the special issue. *American Psychologist*, 47(11), 1269-1272. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.11.1269>
- Lindsley, O. (1964). Direct measurement and prothesis of retarded behavior. *Journal of Education*, 147(1), 62-81. <https://doi.org/10.1177/002205746414700107>
- López, E. y Costa, M. (2012). Manual de consejo psicológico: Una visión despatologizada de la psicología Clínica. *Papeles del Psicólogo*, 34(1), 74-75. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77825706008.pdf>
- López, M. (1999). *Evaluación Educativa*. Trillas.
- Manrique, P. (1977). Personalidad y neoconductismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 9(2), 259-269. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80590207.pdf>
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla* (8ª ed.). Prentice Hall.
- McDonald, M., Mathews, D. & Strobel, K. (2000). "Understanding sequences: A tale of two objects". In: E. Dubinsky, A. Schoenfeld & J. Kaput (Eds.), *Research in Collegiate Mathematics Education, IV* (pp. 77-102). Providence, RI.
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive Behaviour Modification. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 6(4), 185-192. <https://doi.org/10.1080/16506073.1977.9626708>
- Moreno, D., Cepeda, M. L., López, R. S., Plancarte, P., Alvarado, I., Vega, C., Hickman, H. y Tena, O. (2012). *El proceso de investigación*. FES Iztacala, UNAM.
- Pérez-Acosta, A. M. (2010). El legado de B. F. Skinner, veinte años después de su fallecimiento. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 28(1), 5-7. <https://www.redalyc.org/pdf/799/79915029001.pdf>
- Pérez-Acosta, A. M., Guerrero, F. y López, L. W. (2002). Siete conductismos contemporáneos: una síntesis verbal y gráfica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(1), 103-113.
- Pérez, A. M. y Cruz, J. E. (2003). Conceptos de condicionamiento clásico en los campos básicos y aplicados. *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 20(2), 205-227.
- Przenioslo, M. (2004). Images of the limit of function formed in the course of mathematical studies at the university. *Educational Studies in Mathematics*, 55(1), 103-132.
- Ribes, E. (1972). Terapias conductuales y modificación del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 4(1), 7-21. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80540101.pdf>
- Ribes, E. (2007). *Psicología General*. Trillas.
- Rodas, V. R. (2009). *Análisis conductual aplicado*. Manizales.
- Rodríguez, M. L. (2003). La inserción del Psicólogo en el campo aplicado. *Psicología y Ciencia Social*, 5(1), 11-19. <http://cuved.unam.mx/revistas/index.php/rdpcs>
- Romano, H. (2010). "Hacia un trabajo multidisciplinar en la Educación Especial". En: P. Ortega y P. Plancarte (Eds.), *Educación Especial* (pp. 1-20). FES Iztacala, UNAM.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología: psicología anormal. Los problemas de la conducta inadaptada*. Pearson.
- Segura, M., Sánchez, P. y Barbado, P. (1991). *Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo*. Universidad de Granada.
- Valenzuela, J. (2004). *Evaluación de Instituciones Educativas*. Trillas.

- Villasís-Keever, M. A. y Miranda-Novales, M. G. (2016). El protocolo de investigación IV: Las variables de estudio. *Revista Alergia México*, 63(3), 303-310.
<https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/199>
- Weigand, H. G. (2004). Sequences. Basic elements for discrete mathematics. *The International Journal on Mathematics Education*, 36(3), 91-97. <https://doi.org/10.1007/BF02652776>
- Yazgan-Sag, G., & Argun, Z. (2012). What do pre-service secondary mathematics teachers understand from the concept of sequence?, 46, 5301-5305. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.427>
- Zanón Orgaz, I., Matías Lago, T., Luque González, A., Moreno-Agostino, D., Aranda Rubio, E., Morales Pillado, C., García Tabuyo, M. y Márquez-González, M. (s.f.). *Guía para la Elaboración de un Análisis Funcional del Comportamiento Humano*. Centro de Psicología Aplicada, Universidad de Madrid.
- Zimmerman, B. J. (2001). Self-regulated Learning. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 13855-13859. <https://doi.org/10.1016/b0-08-043076-7/02465-7>

Modelos de evaluación basados en el análisis de secuencias

Omar Moreno Almazán
Dulce María Velasco Hernández

Introducción

Una de las principales herramientas que utiliza la psicología clínica, desde la perspectiva cognitivo conductual, es el análisis de secuencias, el cual consiste principalmente en reconocer aquellas conductas que constituyen la problemática principal de los usuarios, así como delimitar los factores que la ocasionan y la mantienen, tratando de reconocer también los antecedentes y las consecuencias a corto, mediano y largo plazo. Este análisis implica, además, tomar en cuenta los factores de contexto del individuo; de este modo, el análisis integral de secuencias tiene por intención reconocer de manera clara aquellas que originan una conducta problemática, así como conocer los procesos que subyacen a la misma. Este proceso es individual para cada persona y para cada caso (Anguera-Argilaga, 1991).

Sin embargo, cuando un profesional en psicología realiza un proceso de intervención terapéutico, se parte de la noción de que cada problema psicológico, hace evidente que los individuos: 1) no cuentan con habilidades de afrontamiento; 2) el medio en el que se desarrollan exige demandas que exceden a sus habilidades; y 3) que los individuos cuentan con habilidades que están utilizando

de manera inadecuada para enfrentar sus problemas. A partir de esta postura, el análisis secuencial pretende instituirse como una herramienta básica para entender las problemáticas de los individuos y todas las variables que están de por medio (Anguera-Argilaga, 1991; Keawéaimoku Kaholokula *et al.*, 2013).

Como tal, no existe un autor a quien se le pueda atribuir la creación de esta herramienta; sin embargo, se sabe que sus principios se fundamentan en las teorías del conductismo radical, que forman parte del estudio del comportamiento a partir del análisis experimental, postulado por Skinner, quien de manera esencial señaló que el comportamiento humano no podía dedicarse únicamente a la relación de estímulos y respuestas, sino que existía una relación importante con las consecuencias de cada acto, y de los efectos de dichas consecuencias sobre los individuos (Kazdin, 1994).

Con base en esta noción, el análisis de secuencia pretende indagar de manera determinada sobre las conductas problemáticas y sus relaciones con ciertas variables que influyen en ellas. Desde la perspectiva cognitivo conductual, existen algunos modelos que utilizan esta herramienta en una forma específica, en función de los objetivos y necesidades terapéuticas que se tienen. En el presente capítulo, se describirán algunos de los principales: el modelo clínico de la patogénesis y los modelos cognitivos de Beck y Ellis.

Importancia del análisis de relaciones funcionales en la práctica clínica

Hasta aquí se han revisado las diferentes alternativas que existen para realizar procesos de evaluación y de intervención; un elemento en común que tienen estas alternativas, es que están basados en un método científico, el cual se distingue por utilizar mecanismos

sistematizados, lineales, empíricos, observables, en los cuales las variables son la unidad de análisis que permiten entender los problemas psicológicos que enfrenta la gente. De esta manera, conocer y definir cada una de las variables relacionadas con los problemas psicológicos, así como la relación funcional que existe entre ellas, son los puntos centrales para llevar a cabo un proceso terapéutico exitoso. Por ello, es de suma importancia, como profesionales de la psicología, desarrollar las habilidades necesarias para estructurar cada uno de los problemas que se presenten en consulta en un esquema en el que sea evidente la relación funcional que existen entre las variables.

Aunado a lo anterior, es importante considerar lo siguiente:

- a) Reconocer que cualquier obstáculo, problema o condición que afecte la salud mental de un individuo, puede ser considerado como un problema psicológico que requiere atención dentro de un proceso de psicoterapia. Es necesario entender que la salud, según la Organización Mundial de Salud (OMS, 2021), es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En particular, la salud mental puede definirse como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera; y es capaz de contribuir a su comunidad.
- b) Desde los enfoques científicos de la psicología, se proponen algunos diseños de intervención que permiten atender dichos problemas; tradicionalmente, estos diseños consideran el inicio de un proceso terapéutico a partir de una presentación, un encuadre y una evaluación inicial, la cual brindará la descripción y origen del problema psicológico. Una vez definido el problema, se seleccionan las

técnicas de modificación de la conducta para atender la disminución o su extinción.

- c) El proceso terapéutico deberá, por tanto, iniciar con una evaluación conductual para identificar las variables adscritas a cada problema y la relación funcional entre ellas. Asimismo, el terapeuta tendrá que identificar cuáles son los problemas que aquejan al usuario (quejas), cuáles son las condiciones y expectativas que espera el usuario tras ser atendido en un proceso psicoterapéutico (demandas), y cuál es el conjunto de conductas y procesos que se deberán alcanzar para atender las quejas y cubrir las demandas del usuario (metas conductuales) de manera gradual, comenzando por aquellas de menor exigencia hasta llegar a aquellas de mayor grado de exigencia (Keawéaimoku Kaholokula *et al.*, 2013).
- d) Para entender las dificultades psicológicas del usuario, el enfoque cognitivo conductual promueve la idea de que estos problemas se componen de aspectos: conductuales, cognitivos y socioafectivos. En este sentido, se entendería que las emociones y los sentimientos inciden sobre los pensamientos y estos, a su vez, se ven reflejados en la conducta de las personas.
- e) Se parte de la idea de que los esquemas de pensamiento se sitúan dentro de lo que Beck (1991) denomina tríada cognitiva, que consiste en la alteración o la aparición de pensamientos negativos o irracionales en tres aspectos básicos: pensamientos sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro; por tanto, muchos de los problemas psicológicos encuentran explicación cuando el usuario atribuye sus experiencias desagradables a un defecto de sí mismo, o bien, consideran que el mundo les hace demandas exageradas, se le presentan obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos, o anticipan que sus dificultades y

sufrimientos actuales continuarán de manera indefinida (Beck *et al.*, 1979).

Así, cuando el usuario llegue con el especialista y exponga sus problemas psicológicos, se debe comenzar por llevar a cabo un proceso de evaluación conductual, en el cual se identifiquen aquellas conductas, pensamientos, emociones, síntomas fisiológicos y relaciones sociales que estén afectando al individuo, así como la interrelación entre estos elementos para tener un diagrama del problema psicológico y crear una hipótesis que explique dicho problema y, por tanto, su solución.

La teoría conductual ofrece modelos que se basan en secuencias para facilitar este proceso, los cuales se describen a continuación.

Modelo clínico de patogénesis

Los procesos de intervención psicoterapéutica con un enfoque cognitivo conductual continúan siendo aquellos programas propuestos con mayor eficacia en la ciencia psicológica para abordar diferentes padecimientos patológicos como trastornos relacionados con la ansiedad, estrés postraumático, depresión, entre otros. El modelo clínico de la patogénesis es un modelo derivado de la terapia cognitivo conductual, que sirve para estructurar y describir estos elementos en el análisis funcional. Dicho modelo, se trata en realidad de una ruta de análisis que incluye una descripción gráfica de las variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las dificultades de un usuario, y especifica así las relaciones funcionales entre ellas con la nomenclatura EORC (E: estímulo antecedente; O: organismo; R: respuesta y C: contingencia) de este modo, se le puede considerar como una alternativa de análisis o como un diagrama causal ideográfico para un usuario determinado (Nezu *et al.*, 1997).

De manera particular, el modelo clínico de la patogénesis señala las variables involucradas en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas, de esta manera, permite al psicólogo clínico realizar un análisis funcional que contribuya a la generación de hipótesis causales iniciales y, a su vez, comparar con otras hipótesis que incluso el mismo usuario pudo haber formulado. Este modelo permite establecer o configurar, junto al usuario, el rumbo que seguirá la intervención a través de un mapa en el cual se establezca el alcance de metas, conocido como mapa clínico de la patogénesis (MCP).

De acuerdo con Nezu *et al.* (2006), un MCP se encuentra constituido de variables y la asociación entre ellas, de las cuales se deben observar las variables:

- a) *Distantes*: estas se centran en los factores históricos o causales que puedan dar origen al trastorno psicológico, así como el evento responsable del desarrollo del síntoma, por ejemplo, divorcio de los padres o alcoholismo de una figura cercana al paciente.
- b) *Antecedentes*: estas se refieren a la relación que existe en las variables asociadas al paciente y, a su vez, con el ambiente que puede tener cierta responsabilidad y actuar como estímulo desencadenante o discriminativo para los síntomas, por ejemplo, perder un empleo.
- c) *Organísmicas*: conjunto de variables que se encuentran asociadas al usuario, pueden ser conductuales, afectivas, culturales o sociales, y operar como mediadores de respuesta, explicando por qué se manifiesta cierta conducta como respuesta determinada en presencia de algunas variables de antecedentes, o moderadores de respuesta, las cuales son variables que influyen entre la relación de un antecedente y una respuesta, por ejemplo, pensamientos o ideas irracionales, o pérdida del deseo sexual. Un ejemplo que integra tales asociaciones podría ser cuando un usuario experimenta sentimientos de frustración y tristeza

tras haber tenido dificultades con personas cercanas y sus pensamientos giran en torno a que todas sus relaciones personales son un fracaso.

- d) *De respuesta*: son los resultados instrumentales emitidos por el usuario que se relacionan de manera muy cercana a las metas del paciente, por ejemplo, dificultad para dormir.
- e) *De consecuencia*: pueden ser a corto o largo plazo y se consideran como una reacción a una variable de respuesta determinada, por ejemplo, insomnio a corto plazo y aumento de patologías a largo plazo.

La meta de este procedimiento consiste en generar un MCP que permita conocer la relación que existe entre todas estas variables, para, posteriormente, proceder a la intervención. Una vez realizado el análisis clínico de patogénesis, con el apoyo del paciente, se puede iniciar la estructura de la intervención, mediante un mapa de alcance de metas que puede integrar los siguientes elementos: estrategias de intervención, objetivos del tratamiento y resultados finales (Figura 6.1).

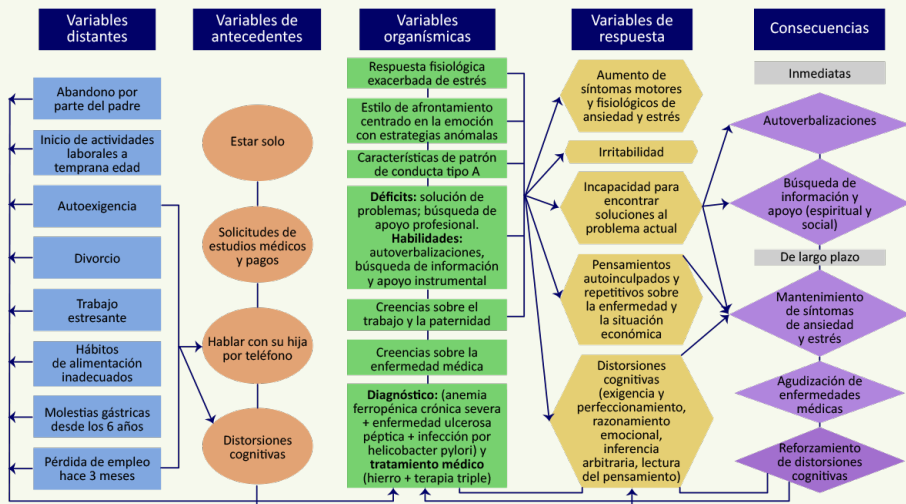


Figura 6.1. Ejemplo de mapa clínico de patogénesis.

Fuente: Carrillo y Ordaz (2019, pp. 2926)

En la figura 6.2 se observa la delimitación de las variables a partir de las características que adquieren, de tal modo que obtiene una vista previa de la psicopatología del usuario por medio de la identificación de las variables que podrían ser causales o descriptoras, así como las consecuencias que surgen de esta problemática y la relación que se establece entre ellas.

El análisis clínico de patogénesis ofrece la posibilidad de organizar los diferentes elementos patológicos de la conducta a nivel cognitivo, biológico y social, dando una estructura de gran utilidad para determinar un diagnóstico efectivo que conduzca al establecimiento de metas psicoterapéuticas.

Modelos cognitivos de Beck y Ellis

Para autores como Labrador (2008), existe un conjunto de terapias denominadas “terapias racionales y de reestructuración cognitiva” entre las que se incluyen la terapia racional emotiva creada por Ellis, la terapia cognitiva de Beck o la terapia de entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum, las cuales asumen que los procesos de pensamiento son de absoluta importancia para el desarrollo de disfunciones emocionales y conductuales, por tanto, se vuelve clave detectar, analizar y modificar las variables cognitivas desadaptadas, a partir de las cuales dependen las emociones y conductas disfuncionales; pero además, con la intención de poder sustituir estos pensamientos por otros que sean más racionales y adaptativos.

El modelo de Beck sostiene que las personas tienen ideas, pensamientos y filosofías de vida que son irracionales, los cuales, a pesar de que son pensamientos propios, los mantienen de manera dogmática, lo cual produce alteraciones emocionales y conductuales. De este modo, se entiende que los problemas psicológicos se sitúan, en gran medida, en el modo de interpretar su ambiente y sus circunstancias, así como las creencias que han desarrollado

las personas sobre sí mismos, sobre los otros y sobre el mundo en general. Este tipo de pensamientos irracionales se caracterizan principalmente porque son (Labrador, 2008):

1. *Falsos*, ya que están distorsionando la realidad y son interpretaciones incorrectas de lo que en verdad sucede y, además, no se sostienen con ninguna evidencia disponible.
2. *Disfuncionales*, dado que representan obstáculos para que la gente pueda alcanzar sus metas, a tal grado que incluso, se pueden producir psicopatologías.
3. *Automáticos*, dado que la persona no conoce su existencia ni sabe el papel mediador que desempeñan en todo lo que siente y hace.

Para entender el efecto de los pensamientos, la figura 6.2 propone un análisis de secuencia básico:

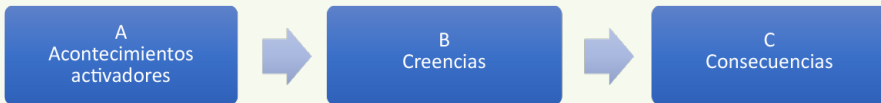


Figura 6.2. Esquema del análisis de consecuencias de Ellis.
(Elaboración propia)

Los psicólogos cognitivos conductuales entienden entonces que los eventos que ocurren a la gente no son en sí mismos los que producen las perturbaciones en ellos, sino que dichas perturbaciones en realidad se producen por la manera en la que se interpretan dichos eventos o cosas. Así, todos los hechos y acontecimientos (A) no son los causantes de los problemas emocionales y de conducta de los individuos (C), sino que estos problemas son causados por las creencias (B) que los individuos hacen de lo que va sucediendo en torno a su vida; no obstante, la idea tradicional que maneja la gente suele ser que A cauce C, pues C ocurre inmediatamente de A (Dryden & Ellis, 2001).

Un ejemplo común que puede ocurrir de manera cotidiana es cuando las personas se encuentran inmersas en los entornos virtuales. Pensemos en un individuo que está teniendo problemas con su pareja y, como consecuencia, no se han visto en algunos días; sin embargo, este individuo comienza a revisar las redes sociales de su pareja y encuentra lo que ella ha publicado: fotos, lugares visitados o canciones (A, acontecimiento activador). Entonces, esta persona al ver todo eso comienza a generar supuestas explicaciones de todo aquello que está viendo, tales como: “seguramente salió con otra persona”, “esa canción se la dedicó a alguien más”, “los individuos que están reaccionando a su foto están pretendiéndola”, “cada vez que se conecta a sus redes sociales, seguramente habla con alguna expareja o pretendiente” (creencias irracionales sobre los acontecimientos activadores). Este tipo de creencias pueden ser tan fuertes que pueden producir en el individuo sensaciones perturbadoras como enojo, ira, tristeza, aislamiento o abatimiento (consecuencias, traducidas en problemas emocionales y de conducta). El problema no solo se queda ahí, sino que, además, la persona podría comenzar a realizar acciones, causados por dichos pensamientos, como reclamarle intensamente a su pareja, actuar de manera violenta, tener reacciones de celos, comenzar a salir con otras personas, y todas estas acciones generan en este individuo consecuencias emocionales y conductuales que lo situarán en una condición aún más crítica (problemas secundarios).

Ahora bien, la intención del modelo es tomar en cuenta las principales variables que son parte del problema de este usuario, a fin de poder delimitar las relaciones funcionales que van enmarcando la creación, sostenimiento y desarrollo del problema.

Ellis (1982, en Labrador, 2008) hace hincapié en la necesidad de diferenciar las creencias racionales de las irracionales, lo cual puede observarse de la siguiente forma (Cuadro 6.1):

Cuadro 6.1. Diferencias entre las distintas creencias, según Ellis

Racionales	<ul style="list-style-type: none"> • Son probabilísticas, preferenciales y relativas • Se expresan en términos de deseos y gustos: “me gustaría”, “preferiría”, “no me parece adecuado” • Si la persona no consigue lo que desea, las emociones negativas que se generan como la preocupación, tristeza o enojo, no impiden que se puedan alcanzar nuevas metas
Irracionales	<ul style="list-style-type: none"> • Son dogmáticas y absolutistas • Se expresan en términos de obligaciones, exigencias o necesidades imperiosas: “tengo que”, “debo de”, “estoy obligado a” • Si la persona no logra lo pretendido, se producen emociones negativas como depresión, culpa, ira, miedo o ansiedad, lo cual interfiere en el logro de objetivos y se pueden generar alteraciones de conducta tales como el aislamiento, evitación o escape

Nota: elaboración propia

Cabe señalar que, cuando se trabaja como psicólogo clínico, es probable encontrar ideas irracionales en todas las personas; sin embargo, la forma y las particularidades de estas ideas dependerán mucho de cada individuo, habiendo una amplia gama de manifestaciones de este tipo de ideas irracionales básicas, como puede ser (Dryden *et al.*, 2010):

- Debo ser amado por todos
- Soy una persona muy valiosa, por tanto, jamás puedo perder
- Toda la gente mala debe ser severamente condenada
- Las cosas no saldrán bien, a menos que yo lo haga
- Algo malo y terrible me pasará tarde o temprano
- Es mejor “no mover” los problemas pues podemos hacerlos más grandes
- Necesito personas fuertes y poderosas en quienes confiar
- Nadie puede cambiar el pasado, y eso me afectará siempre
- Quisiera ayudar a todos con sus problemas
- Todos los problemas tienen solución, pero lo terrible es no poder encontrarla.

Esta clase de ideas irracionales se fundamentan en tres aspectos comunes en las que los individuos hacen afirmaciones de carácter absoluto acerca de sí mismos, de los demás o del mundo (Labrador, 2008); incluso, autores como Bados y García (2010) proponen ejemplos de creencias y supuestos disfuncionales que pueden ser agrupados por temas:

- a) *Tristeza*. Pensar que para ser feliz se necesita tener éxito en todo lo que se hace u obtener la aprobación de todo el mundo; creer que, si se comete un error, entonces se es un inepto.
- b) *Comunicación interpersonal*. Considerar que uno debe complacer a los demás, que es infantil o inmaduro expresar sentimientos positivos, que si los demás critican es porque se es un inepto, pensar que las opiniones de uno mismo no son tan valiosas como las de los demás o pensar que si alguien nos dice que no, es porque no le importamos.
- c) *Aceptación*. Creer que no somos nada, que nadie nos quiere, si recibimos una crítica es porque nos están rechazando o que siempre hay que complacer a los demás para que lo quieran a uno.
- d) *Competencia*. Suponer que en la vida solo hay ganadores y perdedores, y que si se comete un error es porque es un fracasado.
- e) *Responsabilidad*. Creer que somos los principales responsables del bienestar de los demás, como los hijos o nuestra pareja.
- f) *Control*. Pensar que somos los únicos que podemos solucionar nuestros propios problemas, y que debemos mantener el control todo el tiempo; y si acaso se llega a intimar con alguien más, me controlará.
- g) *Ansiedad*. Considerar que siempre debo estar tranquilo pues es peligroso tener síntomas de ansiedad; preocuparnos o incluso suponer que algo es inmoral, eso es tan malo como incluso hacerlo.

Estas creencias forman parte de un esquema o estructura cognitiva, la cual incluye elementos situacionales, sensoriales, fisiológicos, emocionales y conductuales que se unen a los significados que tienen para cada persona, creando distorsiones tales como (Dryden *et al.*, 2001):

- Señalar excesivamente lo negativo de todo
- Exagerar y definir como insoportable alguna situación
- Condenar a las personas o al mundo en general, si estas no aportan como el individuo lo considera.

Este tipo de perturbaciones psicológicas se pueden organizar en dos tipos: la primera, conocida como la “ansiedad del yo”, la cual altera la imagen que el individuo tiene acerca de sí mismo, creando emociones que lo autocondenan o que le generan autoevaluaciones negativas, que derivan en sensaciones de fracaso o de desaprobación eminente, comportamientos no asertivos o manifestaciones de miedo. Por su parte, el segundo tipo se conoce como ansiedad perturbadora, la cual se genera toda vez que no se cumplen las exigencias de aparente bienestar, y que suele traer como consecuencia pensamientos que el individuo hace de manera negativa hacia los demás o hacia el mundo, generando también situaciones como: poca tolerancia a la frustración o al malestar, así como continuos pensamientos catastróficos.

Con base en lo anterior, se debe tomar en cuenta que estos pensamientos o esquemas llevan a los individuos a creer que son los terapeutas los principales responsables de que la terapia funcione o no, o de que vamos a ofrecer una solución a los usuarios y se les va a decir lo que deben de hacer; por tanto, la acción del trabajo de estos últimos también se debe encaminar hacia una creencia más pertinente acerca de esta labor.

Será importante también que se pueda identificar en cada usuario las manifestaciones explícitas acerca de sus ideas irracionales, las cuales están afectando en su forma de sentir y de actuar;

pues las técnicas de reestructuración cognitiva se centrarán en enseñar a estos individuos la forma en la cual pueden abandonar o cambiar estas ideas por otras más racionales, que le permitirán sentir y actuar de una manera más apropiada y eficaz.

El análisis de secuencia que se sigue en las técnicas de reestructuración cognitiva, se centran en los pasos siguientes (Beck, 1991): 1) evaluación de los problemas, explicando al usuario el esquema A-B-C y el método terapéutico que se va a llevar a cabo; 2) detección de las ideas irracionales y de la afectación emocional y conductual; 3) debate y cambio de las ideas irracionales; 4) aprendizaje de nuevas ideas racionales e incluso de una nueva filosofía de vida.

1. Evaluación de los problemas y psicoeducación

Se inicia con una entrevista de evaluación conductual en la cual se averigua el tipo de problemas que presenta el usuario. Podría ser útil clasificar estos problemas en externos e internos. Los primeros dependen de situaciones ambientales, pueden ser aspectos como preocupaciones de la actividad profesional, académica o laboral, los problemas específicos de la vida o las dificultades que tenemos en nuestra relación con otras personas en especial. Así, todos estos problemas externos serán considerados como acontecimientos activadores (A) dentro del esquema A-B-C. Por su parte, los problemas internos comprenden síntomas que presenta el usuario tales como perturbaciones emocionales y conductas desadaptadas como ansiedad, depresión, ira, culpa, aislamiento, adicciones, entre otros; estas se incluirán como reacciones o consecuencias (C) dentro del mismo esquema.

Al realizar este proceso de evaluación, resulta conveniente reconocer los problemas primarios y secundarios. En el ejemplo anterior, se señaló que un individuo comenzaba a tener ideas distorsionadas a partir de las publicaciones de su pareja (B) en redes sociales, y que estas ideas le producían diversas sensaciones como enojo

o tristeza (C = problemas primarios); al darse cuenta de su enojo y su tristeza (C se convertirá en una nueva A), se considerará a sí mismo como una persona de poco valor y vulnerable (nueva B), lo que ocasionará que se sienta aún más hundido e incluso, pueda presentarse con su pareja de manera humillante o agresiva (nueva C = problemas secundarios). La idea es reconocer tanto los problemas primarios como los problemas secundarios ya que, cuando se inicia el tratamiento, se debe comenzar con los problemas secundarios y posteriormente atender los problemas primarios.

Así, se le señala al usuario que se trabajará sobre sus creencias irracionales (B), ya que estas son las causantes de que se generen los problemas emocionales y conductuales que está presentando (C). También se le va a señalar que cuando haya resuelto esto, se centrarán en los problemas ambientales (A).

Es importante que, en esta fase, el usuario reconozca y entienda que (Labrador, 2008):

- a) Sus ideas y sus creencias tienen un papel fundamental en sus problemas emocionales y de conducta.
- b) Aunque sus ideas irracionales hayan tenido un origen en experiencias pasadas desagradables, la causa de sus problemas actuales no son dichas experiencias, sino el modo en que continúa utilizando tales ideas en el presente.
- c) Si quiere superar sus problemas, deberá rebatir constantemente esas creencias irracionales, ya que no basta con solo conocer dichas creencias y su influencia sobre la conducta.

2. Detección y reconocimiento de las ideas irracionales

El terapeuta debe desarrollar habilidades de diálogo didáctico y mayéutico, pues esto ayudará al usuario a descubrir sus propias ideas irracionales y el papel que desempeñan en sus problemas emocionales y conductuales. Se tendrán que realizar preguntas tales como: ¿qué pensabas en ese momento o en esa situación?,

¿qué pensaste cuando hiciste/sentiste/te dijeron...?, ¿me estás diciendo que eres un fracasado y que absolutamente todo lo que te has propuesto en la vida te ha salido mal?, ¿entonces quieres decir que un buen padre es aquel que satisface todas las necesidades de sus hijos?

Una vez que el usuario ha reconocido sus pensamientos y creencias irracionales, el terapeuta podrá encontrarlas a partir de pensamientos automáticos con afirmaciones interactivas y exigentes que haga el usuario de sí mismo (“debo de”, “tengo que”):

- a) Pensar que alguien debería, sería necesario o tendría que ser distinto de lo que es.
- b) Decir que una situación es terrible, horrenda, tremenda o inaceptable.
- c) Creer que una persona o una situación no debió haber ocurrido, y que es imposible sufrir, soportar o tolerar a dicha persona o situación.
- d) Señalar que cuando una persona ha cometido un error, merece la reprobación y el desprecio, y se le puede calificar como despreciable o que hizo la situación a propósito (Labrador, 2008).

En esta fase, una de las tareas que se pueden encomendar al usuario, es pedirle que haga un autorregistro usando un formato como el que se muestra en el cuadro 6.2.

Cuadro 6.2. Ejemplo de formato de autorregistro para los usuarios

Día y hora	Situación (A)	Pensamiento irracional (B)	Consecuencias emocionales y de conducta (C)

Fuente: elaboración propia

En dicho formato, el terapeuta solicitará al usuario que, como tarea de lo que ha aprendido, identifique y registre todos los días, los pensamientos irracionales (B) que pueda tener ante los problemas que vaya enfrentando (A) y que procure darse cuenta del papel que tienen estos en la forma de cómo se siente y cómo actúa negativamente (C). Este registro debe llevarse, por lo menos, dos semanas mientras dura el tratamiento.

3. Debate y cambio de las ideas irracionales

A partir de que se conocen las ideas irracionales del usuario, será momento entonces de cuestionarlas a través del debate, con la intención de eliminarlas. La idea es enseñar al usuario a cuestionar la veracidad de sus pensamientos irracionales, cosa que podrá realizar analizando los puntos a favor y en contra de cada una de esas ideas, los argumentos ilógicos o falsos que está utilizando para justificarlas o mantenerlas y, por último, saber cómo puede generar creencias más racionales que puedan servir como alternativa.

Al analizar los beneficios de adoptar creencias racionales, el usuario podría tener una mayor motivación, compromiso y responsabilidad para consigo mismo, al tener una nueva manera de ver las cosas. Dryden *et al.*, (2001) sugieren que se utilice el método hipotético-deductivo, el cual consiste en tomar en cuenta los aspectos siguientes:

- a) *Empirismo*: aceptar solo aquellos hechos que pueden ser comprobados u observados directamente.
- b) *Lógica*: aceptar las ideas que se deriven de una estructura lógica, sin contradicciones de otras ideas o principios.
- c) *Flexibilidad*: crear una disposición para cambiar ideas y teorías, con base a los nuevos hechos y a la nueva información.
- d) *Ausencia de valoración moral*: ser racionales y lógicos, utilizando métodos verídicos y hasta científicos para entender la realidad; implica no emitir ningún juicio de valor

en términos de bondad o maldad; por tanto, debemos evitar condenar o premiar en términos absolutos y universales, a las personas y a los hechos.

- e) *Probabilismo*: ni la lógica ni la ciencia pueden garantizar una explicación absoluta o garante para conseguir un determinado objetivo; por tanto, es necesario entender que el terapeuta determina en cierta medida la probabilidad de que ocurran las cosas.

El terapeuta puede plantear una serie de preguntas al usuario, tales como: ¿existe alguna evidencia concreta de que ese pensamiento tuyo sea verdadero?, ¿en qué te estás basando para decir que si sucede determinada situación, entonces eso significa que eres un inútil o mala persona?, ¿es lógico que deduzcas que si pasa... entonces tiene que ocurrir necesariamente... esto otro?

Otro aspecto que se utiliza es la reducción al absurdo, en donde el terapeuta asume que la creencia irracional es correcta y la lleva hasta su extremo lógico, de tal manera que lo ilógico se muestre evidente, y así el usuario pueda reformular esa idea para no verse absurdo. A lo largo de esta fase, el usuario debe aprender que los pensamientos racionales suelen expresar deseos o preferencias en términos relativos y probabilísticos, y que estos no pueden ser ni absolutos, ni determinantes, ni dogmáticos.

Otra tarea que el terapeuta puede dejar al usuario es utilizar un formulario de autoayuda, que sigue la misma dinámica de la tarea anterior con la salvedad de que contiene dos nuevas columnas: debate en el cual sustituya los pensamientos irracionales por pensamientos racionales (D) y los efectos a nivel de sentimientos y conducta que ha generado la nueva creencia racional (E) (Cuadro 6.3).

Cuadro 6.3. Ejemplo de formulario de autoayuda

Día y hora	Situación (A)	Pensamiento irracional (B)	Consecuencias emocionales y de conducta (C)	Refutación y creencia racional eficaz (D)	Sentimientos y conductas experimentados con la nueva creencia racional (E)

Fuente: elaboración propia

Se debe tomar en cuenta que un usuario podría manifestar algunas resistencias o miedos para dejar de pensar tal y como lo hacía antes, y que estos se deben principalmente a:

- a) Dejar de ser la persona que siempre ha sido, perdiendo su propia identidad al asumir nuevas ideas.
- b) Convertirse en una persona emocionalmente fría, por tratar de utilizar un pensamiento racional.
- c) Transformarse en una persona manipulable, conformista o mediocre que no se exige perfección en todo lo que hará.
- d) Dejar de recibir todos los beneficios o impresiones que le deja el pensar y actuar de manera irracional.

El terapeuta debe observar en todo momento la posibilidad de cada idea y tratarlas también como distorsiones cognitivas importantes.

4. Aprendizaje o reestructuración de una nueva filosofía de vida

Una vez que el usuario haya adquirido nuevas ideas en torno a las situaciones que ha estado viviendo, es momento de convencerlo de mantener dichas ideas a partir de que estas son válidas y cuentan con un valor funcional, esto es, fortalecer del hábito. Para lograrlo,

el terapeuta puede encomendar tareas especiales al usuario, en las cuales se enfrente a los acontecimientos activadores (A) que suelen originar las ideas irracionales (B), a fin de que pueda darse cuenta de que estas ideas le traen consecuencias emocionales y de conducta (C); entonces, deberá conocer dichas ideas y debatirlas de manera racional, fomentando ideas nuevas basadas en la razón (D), asimismo, observar las consecuencias emocionales (E) que puedan derivarse de estas ideas.

De este modo, el terapeuta tiene la posibilidad de que el usuario se enfrente constantemente a esos acontecimientos que finalmente le causaban conflicto y, a su vez, que reconozca sus ideas irracionales, las pueda cambiar por ideas más racionales y pragmáticas que le sirvan para sentirse aún mejor ante tales acontecimientos.

Casos en los que es posible utilizar esta terapia

Básicamente, puede ser utilizada en cualquier problema en el cual existan alteraciones emocionales y malestar sentimental; por ejemplo, problemas de pareja y sexuales, de familia, casos de separación o divorcio; problemas relacionados con la falta de control o manejo de la ira fobia social, ansiedad de hablar en público, tartamudez, ansiedad ante los exámenes, agorafobia obsesiones, tabaquismo, alcoholismo, adicción a otras drogas; problemas relacionados con el control de peso, hábitos de estudio o con las actividades laborales, ausencia de apego a tratamientos, entre otros. También es necesario mencionar que la efectividad de este tipo de terapias depende en gran medida de la habilidad para poder manejarlas, así como de las características que pueda tener la historia del individuo que se esté tratando. Para el caso particular del proceso de intervención, mantenimiento y cierre de tales procesos terapéuticos, es preciso tomar algunas consideraciones importantes, mismas que se verán en capítulos posteriores de este libro.

Conclusiones

El terapeuta debe prestar atención a todos los síntomas que el usuario manifieste y contar con habilidades de análisis, empatía, razonamiento lógico, pensamiento abstracto y de comunicación o asertividad. Además, entender que para propiciar una solución a los problemas no es suficiente un análisis secuencial por sí mismo, sino que este constituye solo una parte, aunque fundamental, de una estrategia terapéutica que debe estar basada en el establecimiento de metas conductuales correspondientes a los problemas de los usuarios.

Cabe recordar, además, que una de las finalidades de los modelos secuenciales es generar un proceso de educación a los usuarios, en el cual se enseñe a razonar respecto a las condiciones que suelen ocurrirle a diario, de tal modo que adquieran una filosofía de vida que les permita entender la razón de las cosas y que no necesariamente siempre se tendrá éxito en las dificultades que enfrentan día con día, pero que al momento de hacer cambios en su propia conducta, se puede tener la oportunidad de percatarse del intento de formas nuevas para enfrentar el problema y aprender de cualquier resultado.

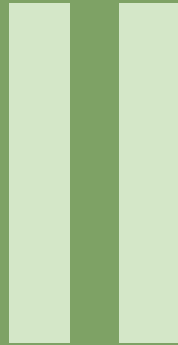
Finalmente, es importante precisar que estas terapias son de carácter fundamentalmente cognitivo, no obstante, resulta pertinente utilizar en la estrategia de intervención técnicas conductuales y de autocontrol con el fin de ampliar el margen de actuación que pueda tener la terapia y así lograr el cumplimiento de las metas conductuales. A su vez, estos procesos terapéuticos están sujetos en todo momento a mantenerse dentro del margen de las normas de conducta ética de los profesionales en psicología, mismas que se pueden conocer con mayor detalle en el capítulo 17 de esta misma obra.

Resumen

1. El análisis integral de secuencias es una herramienta básica del conocimiento y delimitación de los problemas de los usuarios, desde el enfoque cognitivo conductual.
2. El origen del análisis integral se sitúa en el conductismo radical y en el estudio del análisis experimental de la conducta, por tanto, se parte de la noción de centrarse en los estímulos, respuestas y consecuencias relacionadas con el problema.
3. Su uso tiene una base científica, parte de la idea de definir operacionalmente cada conducta y reconocer la relación funcional de las variables.
4. Actualmente, existen diversos modelos que se basan en el análisis secuencial y cuentan con particularidades dirigidas hacia aspectos específicos del conocimiento de los problemas psicológicos de las personas.
5. El modelo clínico de patogénesis instituyó la ruta de análisis que describe las variables hipotéticas del problema, creando un mapa clínico de patogénesis (MCP) en función de las variables antecedentes, del organismo, de las respuestas y de contingencias.
6. Los modelos de Beck y Ellis son los principales referentes de modelos integrales de secuencias; el modelo de Beck refiere a aspectos cognitivos, mientras que el modelo de Ellis se centra en aspectos emotivos.
7. Los modelos de Beck y Ellis incluyen aspectos relacionados con las creencias, consecuencias emocionales, sentimientos y situaciones.
8. El análisis integral de secuencia se orienta, por tanto, hacia la identificación de las conductas problemáticas y hacia la creación de un nuevo esquema conductual.

Referencias

- Anguera-Argilaga, M. T. (1991). La metodología observacional en evaluación de programas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 17(3), 121-145.
- Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universidad de Barcelona.
- Beck, A. T, Rush, A., Shaw, B. J., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. John Wiley & Sons.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive Therapy. A 30-Years Retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.
- Carrillo, L. y Ordaz, M. I. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un caso de anemia ferropénica crónica severa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(4). 2918-2938.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psicclin/vol22num4/Vol22No4Art3.pdf>
- Dryden, W., & Ellis, A. (2010). "Rational-emotive therapy". In: K. S. Dobson (Ed.). *Handbook of cognitive behavioral therapies* (pp. 295-348). The Guilford Press.
- Kazdin, A. (1994). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. (2a ed.). Manual Moderno.
- Keawéaimoku Kaholokula, J. Godoyb, A., O'Brienc, W., Haynesa, S. y Gavinob, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127.
<http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>.
- Labrador, F. J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Pirámide.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., & Haynes, S. N. (1997). "Case formulation in behavior therapy: Problem-solving and functional analytic strategies". In: T. D. Ells (Ed.) *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 368-401). Guilford Press.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Temas de Salud Mental.
https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1



Etapas del proceso terapéutico

 Índice general

7. El proceso terapéutico: contacto inicial

8. El proceso terapéutico: formulación de un caso

9. El proceso terapéutico: mantenimiento, cierre y seguimiento

El proceso terapéutico: contacto inicial

David Javier Enríquez Negrete
Blanca Delia Arias García
Ricardo Sánchez Medina

Introducción

De acuerdo con la revisión realizada por Spencer *et al.* (2019), aproximadamente uno de cada cinco clientes abandona su proceso psicoterapéutico; esta deserción suele ocurrir, por lo regular, en las sesiones iniciales. Algunas investigaciones se han orientado a identificar los errores frecuentes que precipitan el abandono de la terapia por parte de los usuarios. Por ejemplo, Buckley *et al.* (1979) encuestaron a 20 supervisores con el propósito de identificar los errores más comunes en un grupo de terapeutas en formación; los resultados mostraron que, con frecuencia, existía una necesidad de querer agradar a los clientes, hacían interpretaciones prematuras, usaban excesivamente la intelectualización y evitaban solicitar el pago por su trabajo profesional. Una década más tarde, Altshuler (1989) realizó un estudio similar, en el cual demostró que los terapeutas en formación solían presionar mucho con hechos identificados en el pasado, no sabían manejar las relaciones interpersonales con los usuarios y, en diversas ocasiones, brindaban un apoyo inadecuado.

Si bien, los estudios realizados por Buckley *et al.* (1979) y Altshuler (1989) son poco recientes y comparten la evaluación del

desempeño de terapeutas en formación desde la praxis psicodinámica (INSERM, 2004), es importante destacar que más allá del enfoque o modelo terapéutico, los desaciertos están circunscritos a la dimensión de la relación que el terapeuta establece con el usuario. Esto puede ser comprensible si se considera que la terapia es un fenómeno de naturaleza interpersonal (Piselli *et al.*, 2011); por tanto, el análisis de la relación terapéutica podría explicar, en parte, por qué algunos usuarios desertan prematuramente del proceso psicoterapéutico (Strupp, 2001; Ardito & Rabellino, 2011; Flückiger *et al.*, 2018; Werbart *et al.*, 2019; Spencer *et al.*, 2019).

En este sentido, Woody (2008) sugiere reconocer el efecto positivo que tiene la relación terapeuta-cliente en el resultado de la terapia, en consecuencia, recomienda poner atención al proceso interpersonal que ambos agentes establecen en el contexto terapéutico. A diferencia de los estudios de Buckley *et al.* (1979), la investigación de Piselli *et al.* (2011) y Altshuler (1989) consideran no solo un enfoque terapéutico, sino varias aproximaciones integradoras y eclécticas de la psicoterapia junto con las experiencias de la deserción temprana de los clientes, no desde la perspectiva de los supervisores, sino de los mismos terapeutas. De acuerdo con los resultados presentados por Woody (2008), la dimensión interpersonal sería clave para evitar que los usuarios abandonen el proceso de terapia. Piselli *et al.* (2011) demostraron que entre los errores más comunes asumidos por los terapeutas y que promueven la deserción de los clientes en la psicoterapia destacan: no saber manejar las relaciones que se tornaron tensas con los usuarios, incapacidad para no llegar a acuerdos respecto a los objetivos o tareas terapéuticas y detrimento del vínculo emocional con el cliente, lo que se traduce en una pérdida de confort en la relación terapéutica y en la incapacidad para conectarse emocionalmente con el otro.

De acuerdo con lo expuesto, sería posible afirmar que, si la interacción entre el terapeuta y el cliente es positiva, se potencializarían las posibilidades de éxito en el tratamiento psicológico y, como

consecuencia, decrementarían las probabilidades de deserción; sin embargo, si algunos de los errores frecuentes por parte de los psicoterapeutas han sido identificados en el dominio de la relación interpersonal, entonces ¿cómo se debería de enfocar el problema de la interacción en terapia para comprender cómo y bajo qué circunstancias la relación terapéutica tiene un papel importante en el resultado y en la prevención de la deserción? Al respecto, Woody (2008) propuso una aproximación que demuestra que los agentes implicados se influyen mutuamente, en una relación diádica. Por su parte, Spencer *et al.* (2019) lo redefine como una relación de colaboración, en donde ambos agentes trabajan en conjunto en el tratamiento.

Otras aproximaciones psicoterapéuticas, como el psicoanálisis o la terapia centrada en el cliente, reconocen el papel de la colaboración y la alianza entre el psicoterapeuta y el cliente como un gradiente del resultado en la terapia, aunque el propósito y la forma de conceptualizar el fenómeno difiere dadas las discrepancias epistémicas entre las distintas orientaciones teóricas (Ardito & Rabellino, 2011).

La terapia cognitivo conductual no está exenta de la valoración que tiene la relación cliente-terapeuta en el resultado de la misma. Spencer *et al.* (2019) consideran que atender la calidad de la relación entre el cliente y el terapeuta permite generar receptividad en las interacciones posteriores, las cuales se verán implicadas en estrategias como la reestructuración cognitiva, el trabajo con la exposición o acciones como comprometerse con las tareas y recibir comentarios o retroalimentación.

Debido a que la relación interpersonal y la colaboración entre terapeuta y cliente es de interés para diferentes posicionamientos de la psicoterapia, se han desarrollado estudios para evaluar, de manera empírica, su contribución en el resultado del tratamiento psicológico. El metaanálisis de Flückiger *et al.* (2018) analizó 295 investigaciones sobre el tema, publicadas en las últimas cuatro décadas; los resultados de este estudio mostraron que, independientemente de la orientación teórica del terapeuta, la relación que el

profesional establece con el cliente tenía una asociación estadísticamente significativa con el resultado de la terapia ($r = 0.27$, $d = .579$) y este hallazgo fue consistente con la revisión de Tryon y Winograd (2011) quienes informaron una correlación entre el éxito de la terapia y la relación de colaboración entre el terapeuta y cliente ($r = 0.33$).

De asumir lo hasta aquí expuesto, se aceptaría que la relación que el terapeuta y el cliente establecen en el proceso psicoterapéutico es un elemento que se asocia con el resultado de la terapia; por tanto, la relación interpersonal se tornaría un componente que no debe ser descuidado. Si bien la interacción entre ambos agentes, en algunos casos, no forma parte de los modelos psicoterapéuticos, la cualidad interpersonal de la terapia es consustancial con su praxis, lo que implica que no es posible separar la práctica clínica de la relación diádica terapeuta-usuario.

De hecho, Ardito y Rabellino (2011) y Campbell *et al.* (2015) mostraron resultados consistentes, desde diferentes orientaciones psicoterapéuticas, sobre la contribución que tiene la relación terapéutica en el desenlace del tratamiento; en consecuencia, se ha generado la hipótesis de que existen variables comunes en las distintas formas de ejercer la terapia, más allá del modelo o el posicionamiento teórico-epistémico. Bordin (1979) fue uno de los pioneros en señalar que, de manera transversal, la psicoterapia se sujeta a un proceso interpersonal, al cual denominó “alianza terapéutica”; una colaboración continua entre el usuario y el psicoterapeuta en términos operativos, orientado a las tareas, y afectivos, centrados en el vínculo y las emociones (Arnow & Steidtmann, 2014).

Las dimensiones de esta alianza, según Bordin (1979) y Arnow y Steidtmann (2014), son: a) el grado de acuerdo entre el paciente y el psicoterapeuta sobre los objetivos y metas del tratamiento; b) la colaboración en las tareas orientadas al tratamiento necesarias para alcanzar las metas, y c) el vínculo afectivo (por ejemplo, cariño, agrado, confianza) entre ambos agentes. De esta manera, la

alianza terapéutica permite establecer un compromiso y colaboración, encauzadas a un propósito (Allen *et al.*, 2017) que se torna un predictor del éxito de la psicoterapia. Así lo demuestra el metaanálisis de Horvath *et al.* (2011), quienes analizaron más de 200 estudios y 14 mil tratamientos para concluir que la alianza terapéutica se encuentra asociada con el éxito del tratamiento ($r = 0.27$, $p = .01$), resultado consistente en la terapia individual, de pareja, familiar y con poblaciones de niños, adolescentes y adultos.

En esta línea discursiva, el análisis de Ardito y Rabellino (2011) mostró que es posible identificar dos momentos en la construcción de la alianza terapéutica. El primero de ellos se genera durante las cinco sesiones iniciales del proceso, las cuales son cruciales, ya que en ellas se establecen las condiciones para la colaboración y la confianza entre el cliente y el terapeuta. Por este motivo, Spencer *et al.* (2019) sugieren que los terapeutas deben de trabajar para construir una relación colaborativa utilizando estrategias destinadas a: igualar la relación (por ejemplo, reconocer la experiencia del cliente y asumir que los terapeutas también pueden cometer errores); invitar al cliente a desempeñar un papel activo en el tratamiento (por ejemplo, preguntar sobre preferencias y obstáculos potenciales que obstruyan el proceso de colaboración) y la construcción de la confianza (tomar una actitud sin prejuicios, es decir, describir los hechos sin atribuciones).

Una vez que la alianza se haya cimentado, en un segundo momento, el terapeuta puede comenzar a confrontar los pensamientos, afectos y patrones de comportamiento del cliente con la intención de cambiarlos. De no lograrse la primera fase de la alianza con éxito, el usuario podría interpretar, en este punto, que las acciones por parte de su terapeuta representan una falta de apoyo, indiferencia y antipatía, hecho que podría debilitar o romper la alianza terapéutica (Ardito & Rabellino, 2011).

En síntesis, independientemente de su modelo u orientación teórico-epistémica, la terapia implica el establecimiento de una

relación interpersonal; una condición necesaria y un medio para desarrollar la praxis clínica, por lo que la naturaleza diádica de la relación entre terapeuta y usuario debe ser promovida, atendida y cuidada con el propósito de evitar la deserción y potencializar el resultado del tratamiento. La discusión sobre este tema se centra sobre los atributos que debería de fomentar el terapeuta en esta relación profesional; por ejemplo, la colaboración (Spencer *et al.*, 2019), la confianza (Ardito & Rabellino, 2011), un vínculo positivo, una interacción basada en acuerdos respecto a las metas y formas de trabajar (Bordin, 1979; Arnow & Steidtmann, 2014).

La conceptualización de la terapia como una relación interpersonal no resulta trivial, ya que, desde este planteamiento, sería congruente pensar en que la alianza terapéutica y las cualidades de la interacción con el cliente se configuran, mantienen y promueven a través de las habilidades interpersonales del terapeuta. En relación con estas últimas, Barakat (2007) señala que son aquellas que se encuentran involucradas en el trato y la relación con otras personas; sin embargo, un punto medular al respecto es que estas pueden entrenarse (Kuntze *et al.*, 2010; Beck & Kulzer, 2018) y desarrollarse con práctica y tiempo (McConnell, 2004). Además, son susceptibles de evaluación a través de diferentes técnicas y criterios de ejecución (Barakat, 2007), incluyendo las habilidades interpersonales que el terapeuta utiliza como parte del proceso terapéutico.

Hasta aquí, se ha argumentado que las interacciones iniciales se configuran en las primeras sesiones de terapia y que son cruciales para evitar la deserción del tratamiento, potencializar el éxito y cimentar las bases de la alianza terapéutica (Ardito & Rabellino, 2011). Asimismo, se ha establecido que la relación con el usuario depende, en parte, del repertorio de habilidades interpersonales y profesionales del terapeuta (McConnell, 2004; Beck & Kulzer, 2018). Vale la pena, entonces, reflexionar sobre cómo los terapeutas en formación se relacionan, interactúan y vinculan con sus

usuarios desde el primer contacto con el cliente y, posteriormente, en retrospectiva, valorar los resultados.

Relación interpersonal terapéutica: análisis de habilidades clínicas transversales

Como ya se mencionó en el apartado previo, es posible identificar la praxis psicoterapéutica como un fenómeno indivisible de la relación interpersonal entre profesional y cliente. En esta dimensión de análisis, es posible delimitar un conjunto de microhabilidades, consideradas en este capítulo como habilidades transversales, las cuales pueden ser entrenadas (Kuntze *et al.*, 2010) con el propósito de mejorar las acciones intencionadas del terapeuta para promover, establecer y mantener relaciones colaborativas (Allen *et al.*, 2017), cooperativas (Spencer *et al.*, 2019), basadas en la confianza, el compromiso (Arnow & Steidtmann, 2014) y que permitan una alianza terapéutica sólida (Bordin, 1979). Así, es posible afirmar que la relación interpersonal terapéutica puede mejorarse a partir del entrenamiento de las habilidades que la conforman (Beck & Kulzer, 2018).

De acuerdo con este punto, cabe entonces preguntarse ¿cuáles son los componentes que conforman una habilidad compleja y qué microhabilidades configuran la relación interpersonal terapéutica? Antes de responder, se debe tener claro que la división entre habilidades complejas y microhabilidades es artificial, es decir, esta escisión resulta de la necesidad de identificar y agrupar comportamientos simples, discretos y fáciles de entrenar y aprender (Neher *et al.*, 1992).

La identificación de estos componentes resulta de utilidad para la creación de programas de capacitación y formación clínica (Kuntze *et al.*, 2010; Beck & Kulzer, 2018), ya que es posible identificar acciones concretas para el entrenamiento de microhabilidades, (hacer preguntas, parafrasear, reflejar sentimientos). Al mismo

tiempo, la noción de microhabilidad sirve como punto de contraste para distinguir aquellas acciones que implican mayor complejidad y pericia en la ejecución (confrontación en terapia, reetiquetado positivo o reencuadre, cambio de significado de algo negativo a positivo) (Kuntze *et al.*, 2010).

Una vez aclarada la artificialidad de esta distinción y que solo representa un andamio para tipificar las acciones que llevan a cabo los terapeutas (Neher *et al.*, 1992; Kuntze *et al.*, 2010), es posible revisar la evidencia empírica con el propósito de identificar cuáles son las microhabilidades esenciales en las primeras sesiones de psicoterapia y, en consecuencia, cuáles deberían entrenar los terapeutas en formación. Cabe señalar que esta identificación busca promover y establecer una relación interpersonal adecuada para el trabajo profesional.

A continuación, se listan y describen 10 microhabilidades que, de acuerdo con la revisión empírica realizada, se tornan indispensables en la construcción de una relación terapéutica.

Escucha activa

Según Jahromi *et al.* (2016), las personas, cuando escuchan, pueden clasificarse en una de las categorías siguientes: a) no oyente, b) oyente marginal, c) oyente evaluativo y d) oyente activo. Esta última implica el nivel más complejo, pero el más efectivo al momento de escuchar. Estos autores realizan una descripción detallada de lo que implica la escucha activa. Por su parte, Fassaert *et al.* (2007) brindan ejemplos claros, en términos de acciones, lo que resulta de utilidad para identificar estos componentes.

Así, de acuerdo con Jahromi *et al.* (2016) y Fassaert *et al.* (2007), la escucha activa se basa en una atención completa a lo que dice una persona, al tiempo que se muestra interés y se evitan las interrupciones (revisar el celular, permitir el flujo de personas del gabinete, mirar la pantalla de la computadora o el expediente). Implica no

solo identificar el contenido del mensaje, sino también la intención del hablante por comunicar y los sentimientos que experimenta; por ejemplo, el terapeuta nombra las emociones que percibe y pide al usuario que identifique sus sentimientos y los aclare. El oyente activo muestra su interés verbalmente con preguntas que invitan a pensar al usuario o lo animan a aclarar el problema, con señales visuales y no verbales (fruncir el ceño, levantar las cejas, sonreír, mantener el contacto visual, bostezar, hacer muecas). Por lo regular, la escucha activa no ocurre en las comunicaciones apresuradas entre dos personas, por tanto, el terapeuta se toma el tiempo necesario para contestar de manera adecuada las preguntas del usuario, no habla rápido y maneja los silencios, sin que estos sean incómodos, por el contrario, los incorpora como parte de la comunicación.

Así, en este proceso se deben de considerar el movimiento corporal, la postura, la participación en el diálogo, las expresiones faciales, el contacto visual, mostrar interés en el discurso del hablante, atención, guardar silencio, reflejar sentimientos y el contenido de la comunicación, así como resumir las palabras del hablante (“entonces entiendo que...”) y su propósito (“¿lo que usted quiere decir con esto es...?”).

La escucha activa es clave a lo largo del proceso psicoterapéutico, el cual, a su vez, tiene efectos positivos en la interacción social (Kawamichi *et al.*, 2015). A través de imágenes de resonancia magnética funcional, estos investigadores demostraron que cuando una persona es escuchada de manera activa, responde la corteza insular derecha, se producen procesos positivos de reevaluación emocional de las experiencias y se genera una activación neuronal en el cuerpo estriado ventral, lo que provoca gratificación. Además, encontraron que los hablantes evaluaron de manera positiva a sus interlocutores; sin embargo, la revisión sistemática de Mesquita y Carvalho (2014) muestra que existe una imperiosa necesidad de entrenar a los profesionales de la salud que trabajan con pacientes o usuarios para desarrollar una escucha activa y eficaz, dado que varios de ellos, tienen dificultades en la ejecución de este dominio.

Comunicación no verbal

Todo comportamiento es comunicación, y como es imposible dejar de comportarse, en todo momento el terapeuta está comunicando (Watzlawick *et al.*, 1985). Según la revisión de Foley y Gentile (2010), entre 60% y 65% de la comunicación interpersonal se transmite a través de comportamientos no verbales. Bajo estas premisas, Beck y Kulzer (2018) señalaron que los terapeutas pueden estar enviando mensajes no verbales a los usuarios, los cuales pueden afectar negativamente el proceso terapéutico.

Para comprender un poco mejor la comunicación no verbal, Shea (1998) la tipifica en tres dimensiones: apraxémica, kinestésica y paralingüística. La primera hace referencia a la distancia entre dos personas y su efecto en las relaciones interpersonales y el comportamiento; la segunda incluye los movimientos corporales como la postura, los gestos, el comportamiento ocular y las expresiones faciales; y el tercer dominio se orienta hacia la frecuencia, el ritmo, el volumen y el tono de la comunicación verbal.

La cercanía o lejanía física que el terapeuta mantiene con el usuario es un elemento proxémico en el cual se juega el entorno físico; por ejemplo, tener una mesa o escritorio entre el terapeuta y el usuario, podría mediar o condicionar la cercanía (Beck & Kulzer, 2018). El estudio de Sherer y Rogers (1980) muestra que cuando las personas perciben un buen manejo del nivel proxémico por parte del terapeuta, se genera una percepción de que este posee buenas habilidades interpersonales, lo cual contribuye con la sensación de efectividad en su trabajo. Por su parte, en el nivel kinestésico es importante, por ejemplo, el ángulo y la orientación del cuerpo, la postura de la espalda, la colocación de las manos y las piernas; se sugiere, por ejemplo, evitar cruzar las piernas y brazos porque podría interpretarse como una negativa o desaprobación (Beck & Kulzer, 2018). Al respecto, Collins *et al.* (2011) mostraron que el uso de expresiones faciales, los gestos afirmativos, limitar los movimientos no intencionados y los gestos con las manos contribuyen

significativamente en la percepción que el cliente tiene sobre la calidad del trabajo terapéutico del profesional.

Finalmente, el nivel paralingüístico ayuda a transmitir información sobre el estado emocional, así como una sensación de calidez, empatía, tranquilidad y apoyo. Pero, si no se tiene cuidado, podría reflejar desinterés, aburrimiento, ira, irritación o incredulidad del terapeuta (Berman & Chutkan, 2016).

Adicionalmente, Beck y Kultzer (2018) consideran en su análisis la dimensión de las respuestas autónomas corporales, las cuales pueden influir de manera negativa en la relación interpersonal que se puede establecer con el usuario. Entre las respuestas implicadas en esta categoría se encuentran la sudoración, cara enrojecida, la respiración, ruidos en el estómago, lágrimas; todas estas reacciones se activan de manera automática por el sistema nervioso autónomo cuando se encuentra el terapeuta en una situación de estrés o presión.

Manejo del silencio

De acuerdo con Beck y Kultzer (2018), el silencio ocurre cuando el terapeuta y el usuario dejan de hablar durante la sesión. El silencio se puede utilizar con diferentes propósitos, por ejemplo, para organizar los pensamientos e identificar la respuesta más apropiada. Las pausas también ayudan a darle profundidad a la terapia, es decir, permite espacios para que el cliente reflexione o piense bien su respuesta.

Asimismo, es útil para generar momentos de intimidad en los cuales el cliente pueda conectarse con sus emociones, pues le otorga tiempo para que no se sienta presionado en su proceso terapéutico. El silencio también ayuda a que los usuarios procesen, reaccionen y comprendan información que se genera durante la sesión o noticias que pueden ser duras o difíciles por el contenido expuesto (Kemerer, 2016). El gran reto es manejar el silencio adecuadamente, ya

que algunos profesionales en formación reportan sentir angustia y malestar durante estas pausas. Cabe mencionar que los silencios mal manejados también pueden perjudicar la alianza terapéutica (Back *et al.*, 2009; Beck & Kulzer, 2018).

Autores como Back *et al.* (2009) han tipificado los tipos de silencio utilizados en terapia: silencio incómodo, de invitación y, el menos estudiado, el compasivo. El primero de estos es una pausa demasiado prolongada y se produce cuando el profesional está practicando, de manera intencionada, el uso del silencio. El problema con estos silencios es que existen altas probabilidades de que el usuario interprete esta pausa como desaprobación o que adquiera una connotación negativa. En el silencio de invitación, el terapeuta, de forma deliberada, genera una pausa para crear empatía, brindar tiempo para pensar o sentir; de alguna manera, se convierte en una invitación para continuar con la conversación. Por último, el silencio compasivo implica procesos cognitivos intencionales activos, es un acto no pasivo y se requiere receptividad. Estos silencios surgen espontáneamente del terapeuta e implican atención plena, equilibrio emocional por parte del profesional, empatía y compasión, que son generados de manera natural dentro de la conversación; este es el tipo más complejo y el más difícil de dominar por la naturalidad que lo acompaña.

La investigación de Hill *et al.* (2003) muestra que la habilidad de manejar los silencios es común entre los terapeutas, salvo contadas excepciones. Estos investigadores encuestaron a 81 psicoterapeutas con edades comprendidas entre los 34 y 78 años, todos con nivel de estudios de doctorado, adscritos a la American Psychological Association (2002) y con experiencia clínica entre 7 y 45 años ($M = 24.45$, $D.E = 8.60$). Se les preguntó sobre el uso de los silencios en terapia y encontraron que las pausas suelen utilizarlas para facilitar la reflexión, fomentar la expresión de sentimientos, no interrumpir el flujo o desarrollo de la sesión y para transmitir empatía. En estos silencios, los terapeutas observan al cliente, piensan

en el proceso terapéutico que están orientando y pretenden transmitir interés en lo que el cliente está expresando y sintiendo. Los profesionales señalaron que las pausas son utilizadas en usuarios que muestran un trabajo activo en las sesiones de terapia, pero no utilizan este recurso cuando los clientes se encuentran perturbados. Finalmente, expresaron que el uso del silencio lo aprendieron a través de la praxis, de la experiencia clínica.

Transmisión de la empatía

Definir la empatía es complejo, dado que no existe un consenso sobre la forma de conceptualizarla. No obstante, Beck y Kulzer (2018) la entienden como el proceso por el cual una persona comprende la experiencia de otra mientras mantiene su propio punto de vista. La relevancia de mostrarse empático con el usuario es que esta habilidad se torna un predictor del éxito terapéutico. El estudio de Vitinius *et al.* (2018) mostró que cuando los usuarios percibían empatía en su terapeuta, estos mostraban motivación para trabajar en las sesiones y tenían mayores probabilidades de finalizar exitosamente su tratamiento.

La empatía implica un proceso cognitivo y afectivo, ya que es necesario entender la experiencia del otro (cognitivo) y sentir las reacciones emocionales (afectivo). El primer paso es que los psicoterapeutas comprendan la vivencia, los sentimientos y el estado cognitivo actual del cliente; en un segundo momento, es necesario transmitir esta comprensión para demostrar empatía. En general, los profesionales logran el primer paso, mas no el segundo. La transmisión de la empatía implica comunicar al cliente que se ha entendido con exactitud y de manera incondicional su experiencia. Para lograr esto, el psicoterapeuta puede comenzar con reflexiones sobre los problemas o experiencias compartidas por los usuarios, por ejemplo: “Corrígeme si estoy equivocado”, “Déjame estar seguro de que entendí bien... ¿es correcto?”, y dar la oportunidad

para corregir si es que no ha logrado captar con precisión la experiencia (Beck & Kulzer, 2018).

También, es necesario comunicar que se ha entendido la valencia e intensidad emocional del cliente. Por ejemplo, el terapeuta puede empatar con el lenguaje emocional del usuario, así, si una persona en consulta explica que se siente frustrado y furioso por una situación, el clínico no estaría transmitiendo empatía si hiciera referencia a los sentimientos de ira y estrés, porque estos son estados afectivos diferentes y de menor intensidad que los reportados por el cliente. Usar las palabras equivocadas para referir las emociones y estados afectivos de los usuarios puede ser invalidante y mermar la calidad de la alianza terapéutica, en especial si las palabras utilizadas tienen una menor intensidad o una valencia afectiva diferente a la expresada por la persona que acude a consulta (Beck & Kulzer, 2018).

Antes de concluir, vale la pena hacer la distinción entre simpatía y empatía. En el primer caso, el terapeuta se aproxima a la vivencia del usuario y la confirma, pero no existe una transmisión exacta y precisa sobre el estado afectivo que está experimentando el cliente; por ejemplo, expresiones como “Siento lo que te pasó” o “No puedo imaginar lo difícil que es esto para ti” son frases que reflejan simpatía. No es hasta que el terapeuta comprende y hace conciencia del sufrimiento del usuario, es que puede externar con precisión la respuesta emocional, por ejemplo, “Puedo ver que es realmente difícil para ti esta situación”, “Eso suena muy frustrante”, “Qué terrible”. Las declaraciones que reflejan simpatía sugieren piedad y falta de comprensión, pero la transmisión de la empatía implica frases que demuestran comprensión y cercanía de acuerdo con la experiencia que el cliente experimenta.

Finalmente, el metaanálisis de Elliott *et al.* (2018) aporta evidencia de lo relevante que puede ser trabajar en la empatía del terapeuta. Estos investigadores analizaron más de 82 estudios ($n = 6\ 138$) donde se evaluaba la empatía del terapeuta y sus efectos en la

terapia. Sus resultados mostraron que la empatía era un predictor del éxito del tratamiento ($r = 0.28$, $p < .001$, IC95 [0.23, 0.33]; $d = 0.58$), y este resultado se mantuvo, independientemente de la orientación teórica y del motivo de consulta.

Utilización del estímulo mínimo

Para Kuntze *et al.* (2010) esta habilidad consiste en generar respuestas verbales breves destinadas a animar a los clientes a hablar, así como a demostrar que están recibiendo atención. Ejemplos de la utilización del estímulo mínimo son sonidos como “Mmmmh”, “Ah”, “Aha” (Jansen *et al.*, 2010), los cuales, exhortan al cliente a continuar con la conversación, y a su vez, confirman que el terapeuta está siguiendo el hilo discursivo de la terapia.

Hacer preguntas

Ayuda a los clientes a exponer con sus propias palabras sus pensamientos y aclarar sus problemas (Kuntze *et al.*, 2010), además de que permiten recopilar información, promover interés, fomentar el pensamiento crítico, entre otras funciones (James *et al.*, 2009). Existe una tipología funcional de las preguntas en psicoterapia, y saber usar cada tipo de pregunta de manera correcta implica el desarrollo pertinente de una habilidad. Así, es posible identificar preguntas: informativas (para explorar), directas (concretas y específicas), de sondeo (para dar seguimiento a otras repuestas y obtener más detalles), de eco (reiteran lo dicho con las mismas palabras y son útiles en la escucha activa), de aclaración (permiten generar explicaciones más simples), de supuestos (contiene suposiciones “¿qué pasa si...?”), principales (contienen suposiciones implícitas), de enfoque y redirección (orientan el tema de conversación), de tronco o base (se proporciona una parte de la pregunta para que el cliente complete “¿Si confías en alguien

entonces... ?”), de recontextualización (permite que los recuerdos negativos sean reubicados en sus contextos de tiempo y lugar), por citar algunos ejemplos (James *et al.*, 2010).

Parafrasear

Implica reproducir, en las palabras del terapeuta, la esencia de lo que ha dicho el cliente (Kuntze *et al.*, 2010), por ejemplo, si este menciona que se siente devastado porque nadie ha notado su existencia, el terapeuta puede decirle “Entiendo que dices que te sientes devastado porque desde la última sesión, nadie te ha visto ni te ha hablado”. El estudio de Seehausen *et al.* (2012) muestra que cuando los psicoterapeutas utilizan el parafraseo con las emociones de los clientes, estos regulan mejor sus emociones negativas a corto plazo. En este estudio, los usuarios reportaron sentirse mucho mejor una vez que escuchan su experiencia parafraseada por el terapeuta.

Reflexión de sentimientos

Esta habilidad implica identificar y reflejar los sentimientos del usuario con el propósito de demostrar atención y comprensión a los aspectos de mayor carga emocional de la historia del cliente (Kuntze *et al.*, 2010). En el dominio de esta habilidad, Lussier y Richard (2007) sugieren:

- a) Mantener la calma y adoptar una postura neutral, esto con el propósito de estar receptivo.
- b) Evitar evaluar el comportamiento del cliente, ya que las atribuciones que pueda hacer el terapeuta no forman parte del punto de vista o experiencia del usuario.
- c) Tener en cuenta que cuando se agrega u omite algo en el mensaje de un cliente, el terapeuta no será capaz de transmitir con precisión y exactitud la experiencia.

- d) Tener tanta información como sea posible sobre el usuario, ya que las emociones y estados afectivos tienen relación con lo que los clientes son y con su pasado. Cuanto más sepa sobre este, mayores posibilidades tendrá de comprender y reflejar lo que realmente está sintiendo.

Concreción

De acuerdo con Kuntze *et al.* (2010), esta es una habilidad compuesta, lo que significa que los recursos expuestos anteriormente contribuyen a la concreción. El propósito de esta habilidad es ayudar a los clientes a ser precisos al momento de discutir sus problemas.

Resumir

Con esta habilidad, el terapeuta puede ayudar al cliente a ordenar diferentes hitos y puntos significativos en su historia personal (Kuntze *et al.*, 2010). El estudio de Quilligan y Silverman (2012) demuestra que cuando el profesional realiza adecuadamente un resumen a partir de la narrativa de los usuarios, se gana precisión; sin embargo, cuando el resumen es incorrecto, los clientes informan no sentirse escuchados.

Aclaración de situaciones

A través de esta habilidad, el terapeuta reconoce y discute las ambigüedades o malentendidos que ocurren durante la relación que establece con el usuario (Kuntze *et al.*, 2010). Según Tennant *et al.* (2020), cuando el cliente transmite información al terapeuta (sentimientos, creencias, ideas) el receptor no puede simplemente reconocer que escuchó la información, por tal motivo, la retroalimentación es una respuesta del terapeuta que incluye un reconocimiento y resumen de lo que escuchó y percibió del cliente. Al recapitular

el discurso, el usuario tiene la oportunidad de aceptar o no que el mensaje se recibió correctamente, o bien, reafirmar sus intenciones originales de aclaración. Este proceso le brinda al terapeuta la oportunidad de realizar preguntas para entender el mensaje. En este contexto, se precipita la posibilidad de aclarar los mensajes durante las sesiones.

A manera de recapitulación, vale la pena señalar que lo expuesto hasta aquí es solo una muestra del amplio universo de microhabilidades que pueden ser identificadas en el complejo proceso terapéutico. De esta manera, el objetivo de demarcar algunas de las microhabilidades fundamentales es identificar aquellas que requieren ser entrenadas (Kuntze *et al.*, 2010; Beck & Kulzer, 2018) y utilizadas en el primer contacto con el usuario (McConnell, 2004; Spencer *et al.*, 2019), así como en el desarrollo de las sesiones iniciales (Ardito & Rabellino, 2011). Con lo anterior, la probabilidad de establecer una alianza terapéutica se incrementa (Horvath *et al.*, 2011; Ardito & Rabellino, 2011) y, en consecuencia, también el éxito de la terapia (Tryon *et al.*, 2011; Flückiger *et al.*, 2018).

Papel de las habilidades en el primer contacto terapéutico

La tesis que se pretende sustentar es que la alianza psicoterapéutica, como una relación interpersonal (*cf.* Piselli *et al.*, 2011) y como factor predictor del éxito terapéutico, depende, en cierta medida, de la calidad de la relación entre el profesional y el usuario (Bordin, 1979; Ardito & Rabellino, 2011; Arnow & Steidtmann, 2014; Allen *et al.*, 2017; Spencer *et al.*, 2019). Así, si la *praxis* psicoterapéutica es con sustancial a la relación interpersonal entre profesional y usuario, entonces, se estará construyendo y nutriendo la alianza terapéutica, en la cual el psicoterapeuta contribuye a promover, mantener y mejorar la calidad de la relación, de acuerdo con las acciones que

ejecuta o, por el contrario, que deja de realizar. Justo en este punto es donde se requiere la pericia del psicoterapeuta para gestionar la interacción, a través de sus habilidades, hacia la construcción de una alianza para el trabajo con el usuario.

Y es que, en un primer momento, tanto psicoterapeuta como usuario, son dos desconocidos que intentan establecer una relación de colaboración para el trabajo en terapia (Spencer *et al.*, 2019). Este primer encuentro sirve para construir una primera imagen del terapeuta, la cual condicionará la imagen para las interacciones futuras; además, en este se establecen los objetivos instrumentales y se recopila la información para reducir la incertidumbre de esta nueva situación. Las recompensas obtenidas en las primeras conversaciones sientan las bases para las predicciones de recompensas y costos en el futuro, las cuales serán importantes para mantenerse en el tratamiento (Weger *et al.*, 2014).

En virtud de lo anterior, Ardito y Rabellino (2011) consideran que las interacciones iniciales son cruciales para mantener al usuario y para predecir el éxito del tratamiento, en consecuencia, el nivel y las habilidades del psicoterapeuta para relacionarse con el usuario en este primer encuentro, serán clave para el resultado.

Así, el psicoterapeuta tiene que cuidar su ejecución en el establecimiento de la relación terapéutica interpersonal con el usuario, la cual puede ser breve o continuar durante un periodo prolongado, tiempo en el cual debe mostrar calidez, amabilidad, interés genuino, empatía, deseo de facilitar el servicio y apoyar al cliente (Kornhaber *et al.*, 2016). Al tiempo que el terapeuta ejecuta lo anterior, a nivel metodológico, debe dar inicio a las primeras acciones del proceso terapéutico, las cuales se describen a continuación.

Inicio del proceso terapéutico: ¿qué hacer en el primer contacto con el cliente?

De acuerdo con Ortega (2001), el inicio del proceso terapéutico se genera cuando se establece el primer contacto entre el terapeuta y quien solicita la atención psicológica. Cabe mencionar que este encuentro reviste una serie de elementos que, si bien no representan dificultad, será necesario que el clínico en ejercicio posea pautas claras que orienten su trabajo sobre la forma en la cual logrará establecer el contacto inicial, ya que para los clientes que no hayan tenido la experiencia de trabajar con un terapeuta, esta puede ser una situación incierta que genere ansiedad, o bien, también es posible que ya haya participado en algún procedimiento terapéutico y, en consecuencia, tengan expectativas que poco tienen que ver con el enfoque cognitivo conductual.

En ambos casos, Caballo (1998) considera que es fundamental reducir el grado de incertidumbre, brindando información clara que permita al cliente definir sus expectativas y objetivos respecto al trabajo profesional, ya que la mayor parte de los clientes se sienten cómodos y tienen mejor apertura al cambio cuando saben qué pueden esperar de la terapia y comprenden cuáles son sus responsabilidades y las del terapeuta (Beck, 2006).

Por esta razón, es necesario proporcionar al cliente información sobre la metodología y las condiciones de trabajo, así como clarificar sus expectativas respecto a los resultados. Por consiguiente, uno de los objetivos centrales que persigue el primer contacto con el cliente es la de proporcionar información precisa y detallada no solo sobre la metodología de la sesión, sino también sobre las reglas que van a determinar todo el proceso de intervención (Bados y García, 2009; Caballo, 1998).

A continuación, se describen las acciones a considerar durante la primera sesión. Si bien en la situación clínica real estas no se dan en sucesión exacta, ya que no constituyen eventos lineales, con el

fin de facilitar la comprensión del proceso, se presentarán de forma escalonada. Cabe aclarar que la propuesta presentada es simplemente una guía que recupera los puntos convergentes de autores como Knox y Cooper (2015), Caballo (1998), APA (2002), Ortega (2001), Bados y García (2009), *Mayo Clinic* (“Psicoterapia”, 2021) y Fisher (2016), respecto a cómo debería desarrollarse la primera sesión; sin embargo, se han agregado otros elementos, que si bien no son compartidos por todos los expertos, se incluyen dada la relevancia que pueden tener para brindar claridad y orientar el primer contacto:

- a) *Espacio clínico*. Espacio donde se citará al cliente, este debe ser tranquilo, iluminado y limpio. Se sugiere que las sillas sean cómodas y lo más parecidas posible o, por lo menos, que tengan una altura similar para crear un sentido de igualdad en la relación. Lo más importante es que la habitación tenga un ambiente confidencial, de modo que el cliente no sea visto ni escuchado por otros; a menos que sea una cámara de Gesell, en cuyo caso, el cliente deberá ser informado y necesariamente tendrá que consentir la situación. De esta manera, se estará ofreciendo seguridad y se asegurará la menor distracción posible durante todo el proceso terapéutico.
- b) *Información inicial*. Desde el primer contacto, es necesario tener datos personales y demográficos del cliente, por esa razón, en el formato de información se pregunta por el nombre completo de la persona que consulta, edad, dirección y teléfono; esto con el objetivo de ponerse en contacto en caso de ser necesario. Asimismo, se obtiene información sobre el nivel de estudios, ocupación actual, situación laboral, nivel económico, estado civil, contexto familiar y datos generales sobre la familia de origen, así como el nombre de quién lo ha referido para asistir a consulta. Con esta información, se pueden determinar datos

que podrían ayudar en la intervención y que se usan para establecer con claridad el encuadre.

- c) *Encuadre*. Posteriormente, se establece un marco que proporcione el contexto para el trabajo terapéutico y que permita al profesional implementar las condiciones ambientales, definir la relación, hacer notar los términos y señalar las limitaciones, lo cual creará un entorno terapéutico seguro, eficaz, contenido y confiable para el cliente. Estos límites que se establecen en el primer contacto con el cliente también sirven para acotar el trabajo terapéutico; sin embargo, es importante recordar que el objetivo principal siempre es el beneficio del cliente.

Ahora bien, cabe señalar que la forma en que los terapeutas abordan el encuadre está determinada por su orientación terapéutica; sin embargo, los psicólogos clínicos cognitivo conductuales tienden a ser más cálidos, flexibles y a negociar acuerdos con los clientes, con la finalidad de que ambas partes puedan sentirse lo suficientemente seguras para comenzar el trabajo terapéutico. A continuación, se describirán los aspectos más comunes en este paso:

- a) *Naturaleza de la terapia*. Es importante no asumir que todos los clientes están familiarizados con la naturaleza de la terapia, así que es necesario informar en qué consiste el trabajo terapéutico con el enfoque cognitivo conductual. Por tanto, se les explica cuáles son los objetivos generales del proceso terapéutico, qué podrían esperar de este y qué tipo de actividades se realizarán durante las sesiones; por ejemplo, hacer contratos de comportamiento, tener asignaciones de tareas para hacer en casa, juego de roles, ejercicios de relajación, entrenamiento de habilidades, así como aspectos relevantes de la terapia, que una vez que se hagan de su conocimiento, servirán para que el

cliente tome una decisión de consentimiento informado sobre su participación en el proceso terapéutico.

- b) *Número de sesiones.* Si el terapeuta pertenece a una institución, es probable que el número de sesiones sea determinado por la misma. Solo en caso de ser necesario, el terapeuta puede solicitar una extensión para un cliente en particular, para ello, se requiere de una valoración que justifique el propósito y lo que se espera lograr con dicha solicitud.

En contraste, si el terapeuta trabaja de manera particular puede acordar directamente con el cliente el número de sesiones y estas dependen del motivo de consulta y de los objetivos que se pretenden alcanzar; por ejemplo, con la naturaleza evolutiva de la terapia de exposición, de la desensibilización sistemática o cuando surge el descubrimiento de problemas de tratamiento aún no identificados, el número de visitas puede variar de entre 6 y 20 sesiones, según la opinión de autores como Gillihan (2020), Barlow (2018) y Hernández y Sánchez (2007). Sin embargo, se considera útil, al comienzo de la terapia, estar de acuerdo con el cliente para revisar el trabajo terapéutico después de un período de tiempo establecido, por ejemplo, cuatro o seis semanas. Esto para que el terapeuta y su cliente puedan determinar juntos el progreso de la terapia, si el cliente siente que está obteniendo resultados y cómo plantear las metas que faltan por cubrir.

- c) *Duración de las sesiones.* Los terapeutas suelen ofrecer sesiones de 45 a 60 minutos, y si bien no hay evidencia de que este sea el período de tiempo más recomendable para el trabajo de cada sesión, se reconoce que este espacio temporal es suficiente para abordar las demandas del cliente sin llegar al agotamiento. Cabe mencionar que

algunos terapeutas brindan sesiones de 90 minutos o más, sobre todo en las primeras visitas donde se genera el contacto inicial y se formula el caso clínico.

En contraste con lo señalado, autores como Carey *et al.* (2007) sugieren que algunos clientes prefieren una estructura más flexible donde puedan reunirse con el terapeuta durante el tiempo que resulte útil. Esta condición resulta ser común en los enfoques cognitivos y de terapias conductuales, donde el terapeuta y el cliente toman el tiempo que sea necesario para resolver el orden del día en la visita.

Cualquiera que sea la duración de la sesión, es conveniente informar previamente al cliente y ser consistentes; a lo largo del curso de la terapia, esto puede ser importante para los clientes, ya que asumen más responsabilidad a la hora de decidir hasta qué punto hablar, ya que sabrán la cantidad de tiempo que les queda para hacerlo y recibir retroalimentación del terapeuta.

- d) *Frecuencia de las reuniones.* Normalmente, al inicio del proceso terapéutico, los profesionales se reúnen con sus clientes de manera semanal para obtener información sobre el problema y establecer con claridad el motivo de consulta; y en la medida en que el compromiso de trabajo está en la observación de conductas, práctica de habilidades o mantenimiento del cambio, las sesiones con el cliente son de forma menos regular, quizá una vez cada 15 días o una vez por mes. Este también podría ser el caso de algún cliente que no puede pagar más sesiones, o si desea apoyo continuo en lugar de psicoterapia intensiva. Además, es necesario considerar que la frecuencia de las reuniones puede reducirse a medida que los clientes llegan al final de su terapia.

- e) *Participación de terceros*. Se refiere a tutores legales, empleadores, organizaciones y autoridades legales o de otro tipo que puedan estar interesadas en el proceso de la terapia. Por lo cual, es necesario que el terapeuta informe a su cliente que dichas figuras han solicitado información sobre el proceso de terapia, puesto que son estos quienes pagan la misma, y tienen derecho a recibir información de diagnóstico o detalles del trabajo profesional. En algunos casos, pueden solicitar cierta información, misma que podrá ser entregada con el consentimiento informado del cliente.
- f) *Confidencialidad*. La mayoría de los autores están de acuerdo en que, durante el inicio del proceso terapéutico, es fundamental informar al cliente sobre la confidencialidad de la relación y que se explique en qué circunstancias podría necesitar romper esa confidencialidad, por ejemplo, cuando alguien está en riesgo de sufrir daños graves o de morir; el acceso del tutor a los registros en el caso de terapia que involucre a menores o individuos con capacidades deterioradas, o bien, ante la posibilidad de que el terapeuta pueda estar obligado a revelar declaraciones hechas en terapia como testimonio judicial. También, es importante que terapeutas que brindan sus servicios a través de Internet informen a los clientes sobre los procedimientos que serán utilizados para proteger la confidencialidad, y si trabajan para una organización o institución, sigan las políticas de confidencialidad, por lo que es necesario que se conduzcan bajo tales normas y estén dispuestos a trabajar dentro de ellas.
- g) *Honorarios*. Los acuerdos a los que el terapeuta puede llegar con su cliente con respecto al pago de sus honorarios incluye el costo de la terapia, el calendario de pagos (semanal, mensual), los medios por los cuales recibirá sus

honorarios, las situaciones en las que se podría negociar un reembolso y las políticas relativas a los pagos atrasados y citas perdidas.

Conclusiones

A lo largo de este capítulo se ha evidenciado y argumentado acerca de la imposibilidad de escindir la relación interpersonal de la praxis terapéutica. Más allá del modelo teórico y la aproximación epistemológica, el cliente y el terapeuta establecen una relación interpersonal que permite, como unidad de análisis, ser trabajada desde varios enfoques y metodologías en psicoterapia. Así, el terapeuta, además de formarse en teorías y modelos de su enfoque psicológico, también tendrá que cuidar sus acciones al momento de establecer contacto con el cliente, ya que las primeras sesiones son determinantes para el éxito del tratamiento. En esta línea de análisis, es posible identificar un espectro de habilidades, las cuales pueden ser entrenadas con el propósito de consolidar la alianza terapéutica.

Asimismo, se han identificado distintos elementos conductuales específicos que podrían permitir, tanto a los supervisores como a los estudiantes, orientar su atención y demarcar las áreas de oportunidad en el desarrollo de habilidades terapéuticas que son necesarias y paralelas al aprendizaje de conocimientos teóricos, metodológicos y epistémicos de la psicoterapia. De esta manera, se pretende impulsar en los terapeutas en formación el primer contacto con el cliente, no desde la necesidad de hacer un *rapport* sin directrices claras sino a partir de acciones concretas que, en conjunto, conforman un repertorio de habilidades básicas que fomentan la relación interpersonal, dentro del contexto profesional y, con ello estimular la construcción de una alianza terapéutica sólida, con el potencial de impactar de manera positiva en la retención de usuarios y en el éxito de la terapia.

Entendiendo estos argumentos, es posible entonces valorar el papel que tiene la alianza terapéutica como un elemento de la propia naturaleza de la relación interpersonal. Si bien, este concepto inicialmente derivó del modelo psicodinámico, actualmente es un fenómeno de estudio que es posible experimentar, observar e investigar desde cualquier enfoque psicoterapéutico, incluyendo el cognitivo conductual.

Bajo este panorama, la colaboración continua, así como las acciones intencionadas para generar confianza y compromiso son esenciales en la relación interpersonal entre terapeuta y cliente. Dada la naturaleza diádica de la terapia, estas cualidades se convierten en elementos transversales con efecto desde el inicio y hasta el final del proceso terapéutico. En síntesis, el primer contacto representa un hito significativo que marca el origen de la relación interpersonal, la cual se modificará voluntariamente por las acciones del terapeuta y las respuestas del cliente, hacia la consolidación de la alianza terapéutica. Dicha alianza no deja de ser importante porque, en este fenómeno diádico, el terapeuta establece las reglas de interacción en el contexto de trabajo profesional.

Así, la preparación del espacio de trabajo, la información inicial y el encuadre son condiciones del proceso terapéutico, que se generan al inicio de la terapia, con el objetivo de demarcar cómo, cuándo, dónde y para qué el terapeuta actuará y con qué propósito. Estos momentos en la sesión inicial permiten establecer un límite profesional, diferenciar la relación interpersonal con el otro y connotarlo dentro de un contexto particular, el terapéutico.

Resumen

1. Se presenta un análisis detallado sobre la importancia de construir una relación interpersonal sólida como una condición necesaria y un medio para desarrollar la praxis clínica.

2. Se establece la naturaleza diádica de dicha relación como una alianza entre terapeuta y usuario con el objetivo de evitar la deserción y probabilizar el éxito del tratamiento.
3. Se identifica un conjunto de habilidades transversales que pueden ser entrenadas con el propósito de mejorar las acciones intencionadas del terapeuta.
4. Se busca promover, establecer y mantener relaciones colaborativas entre terapeuta y paciente basadas en la confianza y el compromiso.
5. Se establecen pautas claras que el clínico en ejercicio debe conocer para proporcionar información precisa y detallada no solamente sobre la metodología de la sesión, sino también sobre las reglas que van a determinar todo el proceso de intervención
6. Estas pautas se presentan como una serie de pasos a seguir durante el primer contacto terapéutico.

Referencias

- Altshuler, K. Z. (1989). Common mistakes made by beginning psychotherapists. *Academic Psychiatry, 13*(2), 73-80. <https://doi.org/10.1007/bf03341263>
- Allen, M. L., Cook, B. L., Carson, N., Interian, A., La Roche, M., & Alegría, M. (2017). Patient-provider therapeutic alliance contributes to patient activation in community mental health clinics. *Administration and Policy in Mental Health, 44*(4), 431-440. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0655-8>
- American Psychological Association (APA). (2002). Ethical principles of psychologists and Code of Conduct. *American Psychologist, 57*(12), 1060-1073.
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology, 2*(270). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- Arnow, B. A., & Steidtmann, D. (2014). Harnessing the potential of the therapeutic alliance. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 13*(3), 238-240. <https://doi.org/10.1002/wps.20147>
- Back, A. L., Bauer-Wu, S. M., Rushton, C. H., & Halifax, J. (2009). Compassionate silence in the patient-clinician encounter: A contemplative approach. *Journal of Palliative Medicine, 12*(12), 1113-1117. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0175>
- Bados, L. A. y García, G. E. (2009). *El proceso de evaluación clínica y tratamiento*. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
- Barakat, N. (2007). Interpersonal skills. *The Libyan Journal of Medicine, 2*(3), 152-153. <https://doi.org/10.3402/ljm.v2i3.4719>
- Barlow, D. H. (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos: tratamiento paso a paso*. Manual moderno.
- Beck, J. S. (2006). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Gedisa.

- Beck, K., & Kulzer, J. (2018). Teaching counseling microskills to audiology students: recommendations from professional counseling educators. *Seminars in hearing, 39*(1), 91-106. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1613709>
- Berman, A. C., & Chutkan, D. S. (2016). Assessing effective physician-patient communication skills: "Are you listening to me, doc?". *Korean Journal of Medical Education, 28*(2), 243-249. <https://doi.org/10.3946/kjme.2016.21>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Buckley, P., Karasu, T. B., & Charles, E. (1979). Common mistakes in psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry, 136*(12), 1578-1580. <https://doi.org/10.1176/ajp.136.12.1578>
- Caballo, V. E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. Siglo Veintiuno Editores.
- Campbell, B. K., Guydish, J., Le, T., Wells, E. A., & McCarty, D. (2015). The relationship of therapeutic alliance and treatment delivery fidelity with treatment retention in a multisite trial of twelve-step facilitation. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 29*(1), 106-113. <https://doi.org/10.1037/adb0000008>
- Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A. Carey, M. P., & DeMartini, K. S. (2007). Individual-level interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review. *United States: Center for Health and Behavior, 32*(11), 2469-2494. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.05.004>
- Collins, L. G., Schrimmer, A., Diamond, J., & Burke, J. (2011). Evaluating verbal and non-verbal communication skills, in an ethnogeriatric OSCE. *Patient Education and Counseling, 83*(2), 158-162. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.012>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy, 55*(4), 399-410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Fassaert, T., van Dulmen, S., Schellevis, F., & Bensing, J. (2007). Active listening in medical consultations: Development of the Active Listening Observation Scale (ALOS-global). *Patient Education and Counseling, 68*(3), 258-264. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.06.011>
- Fisher, C. B. (2016). *Decoding the ethics code. A principal guide for therapists*. SAGE Publications.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Foley, G. N., & Gentile, J. P. (2010). Nonverbal communication in psychotherapy. *Psychiatry, 71*(6), 38-44.
- Gillihan, S. J. (2020). *Terapia cognitivo conductual fácil: 10 estrategias para manejar la depresión*. Sirio.
- Hernández, N. A. y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Libros en Red.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Ladany, N. (2003). Therapist use of silence in therapy: a survey. *Journal of Clinical Psychology, 59*(4), 513-524. <https://doi.org/10.1002/jclp.10155>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- INSERM Collective Expertise Centre (2004). *Psychotherapy: Three approaches evaluated*. INSERM Collective Expert Reports. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7123/>
- Jahromi, V. K., Tabatabaee, S. S., Abdar, Z. E. & Rajabi, M. (2016). Active listening: The key of successful communication in hospital managers. *Electronic Physician, 8*(3), 2123-2128. <https://doi.org/10.19082/2123>
- James, I. A., Morse, R. E., & Howarth, A. (2009). The science and art of asking questions in cognitive therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38*(1), 83-93. <https://doi.org/10.1017/s135246580999049x>
- Jansen, J., van Weert, J. C. M., De Groot, J., van Dulmen, S., Heeren, T. J., & Bensing, J. M. (2010). Emotional and informational patient cues: The impact of nurses' responses on recall. *Patient Education and Counseling, 79*(2), 218-224. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.010>
- Kawamichi, H., Yoshihara, K., Sasaki, A. T., Sugawara, S. K., Tanabe, H. C., Shinohara, R., Sugisawa, Y., Tokutake, K., Mochizuki, Y., Anne, T., & Sadato, N. (2015). Perceiving active listening activates the reward system and improves the impression of relevant experiences. *Social Neuroscience, 10*(1), 16-26. <https://doi.org/10.1080/17470919.2014.954732>

- Kemerer, D. (2016). How to use intentional silence. *Nursing standard*, 31(2), 42-44. <https://doi.org/10.7748/ns.2016.e10538>
- Knox, R., & Cooper, M. (2015). *The therapeutic relationship in counselling and psychotherapy*. SAGE Publications.
- Kornhaber, R., Walsh, K., Duff, J., & Walker, K. (2016). Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: An integrative review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 537-546. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S116957>
- Kuntze, J., Molen, H. T., & Born, M. P. (2010). Increase in counselling communication skills after basic and advanced microskills training. *British Journal of Educational Psychology*, 79(1), 175-188. <https://doi.org/10.1348/000709908x313758>
- Lussier, M. T., & Richard, C. (2007). Communication tips. Feeling understood: expression of empathy during medical consultations. *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien*, 53(4), 640-641.
- “Psicoterapia” (2021, 20 de mayo). *Mayo Clinic*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/psychotherapy/about/pac-20384616>
- McConnell, C. R. (2004). Interpersonal Skills. *The Health Care Manager*, 23(2), 177-187. <https://doi.org/10.1097/00126450-200404000-00012>
- Mesquita, A. C., & De Carvalho, E. C. (2014). Therapeutic Listening as a health intervention strategy: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(6), 1127-1136. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420140000700022>
- Neher, J. O., Gordon, K. C., Meyer, B., & Stevens, N. (1992). A five-step “microskills” model of clinical teaching. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 5(4), 419-424.
- Ortega, F. J. (2001). *Terapia familiar sistémica*. Universidad de Sevilla.
- Piselli, A., Halgin, R. P., & Macewan, G. H. (2011). What went wrong? Therapists’ reflections on their role in premature termination. *Psychotherapy research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21(4), 400-415. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.573819>
- Quilligan, S., & Silverman, J. (2012). The skill of summary in clinician-patient communication: a case study. *Patient Education and Counseling*, 86(3), 354-359. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.009>
- Seehausen, M., Kazzer, P., Bajbouj, M., & Prehn, K. (2012). Effects of empathic paraphrasing-extrinsic emotion regulation in social conflict. *Frontiers in Psychology*, 3, 482. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00482>
- Shea, S. C. (1998). *Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding*. Sanders.
- Sherer, M., & Rogers, R. W. (1980). Effects of therapists nonverbal communication on rated skill and effectiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 36(3), 696-700. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198007\)36:3<696::aid-jclp2270360315>3.0.co;2-9](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198007)36:3<696::aid-jclp2270360315>3.0.co;2-9)
- Spencer, J., Goode, J., Penix, E. A., Trusty, W., & Swift, J. K. (2019). Developing a collaborative relationship with clients during the initial sessions of psychotherapy. *Psychotherapy*, 56(1), 7-10. <https://doi.org/10.1037/pst0000208>
- Strupp, H. H. (2001). Implications of the empirically supported treatment movement for psychoanalysis. *Psychoanal Dialogues*, 11(4), 605-619. <https://doi.org/10.1080/10481881109348631>
- Tennant, K., Long, A., & Toney-Butler, T. J. (2020). *Active listening*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442015/>
- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, 48(1), 50-57. <https://doi.org/10.1037/a0022061>
- Vitinius, F., Tieden, S., Hellmich, M., Pfaff, H., Albus, C., & Ommen, O. (2018). Perceived psychotherapist’s empathy and therapy motivation as determinants of long-term therapy success-results of a cohort study of short term psychodynamic inpatient psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 660. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00660>
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1985). *Teoría de la comunicación humana*. Herder.
- Weger, H., Castle Bell, G., Minei, E. M., & Robinson, M. C. (2014). The relative effectiveness of active listening in initial interactions. *International Journal of Listening*, 28(1), 13-31. <https://doi.org/10.1080/10904018.2013.813234>

- Werbart, A., Annevall, A., & Hillblom, J. (2019). Successful and less successful psychotherapies compared: Three therapists and their six contrasting cases. *Frontiers in Psychology, 10*, 816. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00816>
- Woody, R. H. (2008). The Evolution and Modern Practice of Interpersonal Process Family Therapy. *The American Journal of Family Therapy, 36*(2), 99-106. <https://doi.org/10.1080/01926180701441163>

El proceso terapéutico: formulación de un caso

Aleida Isela Rubiños Martínez

Introducción

Este capítulo se pensó a partir de una estructura general sobre el modelo cognitivo conductual en la formulación de un caso. Cabe aclarar que el interés que se persigue no radica en debatir sobre los posicionamientos epistemológicos de diversos autores, sino orientar al aprendiz en sus primeras incursiones como psicólogo, partiendo de una formación artesanal que le lleve a comprender “cómo hacer” para construir sus propios conocimientos y, de esta manera, evitar convertirlo solo en un repetidor de métodos, técnicas y herramientas. En otras palabras, “una actitud artesanal prepara al joven profesional a enfrentarse a imprevistos en su labor [...] lleva a una aplicación cuidadosa, creativa y orgullosa de procedimientos de acuerdo a las necesidades del momento” (Barriga y Henríquez, 2004, pp. 129-130).

Para introducir al tema de la modificación de conducta (MC), se toman en cuenta características básicas que destacan Cruzado *et al.* (2008), por ejemplo, que los procedimientos y técnicas de intervención están fundamentados en la psicología experimental y, para comprobar la presencia de factores de predisposición, se especifica cómo operan las variables de aprendizaje en la determinación de la conducta. También destacan que, al modificar o eliminar comportamientos, los cambios pueden ser observables y

medibles a nivel motor, fisiológico o cognitivo, por tanto, la evaluación y el tratamiento deben corresponder a la particularidad de cada caso, así como al contexto concreto en que se aplicará; asimismo, estarán definidos por el análisis funcional y los objetivos.

Acerca de la terapia cognitivo conductual (TCC), Cruzado *et al.* (2008) dejan en claro que los aspectos cognitivos variarán dependiendo de cada autor, pero destacan características en común como:

1. La identificación y alteración sistemática de aspectos cognitivos desadaptativos producirá los cambios conductuales deseados.
2. La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
3. La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir concepciones o creencias disfuncionales.
4. Las técnicas utilizan manipulaciones ambientales que representan ensayos de *feedback* informativos que aportan una oportunidad para que el paciente cuestione, revalorice y adquiera autocontrol sobre conductas, sentimientos y cogniciones desadaptativas, al mismo tiempo que practica habilidades entrenadas.
5. La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del cliente (p. 42).

Por otra parte, respecto a la formulación del caso, se proporcionará información sobre dos propuestas teóricas que mencionan cuáles son los procedimientos para que el clínico realice la formulación clínica. Posteriormente, el lector podrá observar cómo establecer una estrategia metodológica secuencial y dinámica que ayude a organizar la información recabada dentro del proceso terapéutico. Para lograrlo, se muestra cómo delimitar los problemas que presenta el usuario, y realizar el análisis funcional para identificar y relacionar las variables que mantienen dicho problema. Por último, se establecen las hipótesis y sus relaciones causales, así como el planteamiento de objetivos y elección de técnicas de intervención acordes a estos.

Cabe señalar que en el desarrollo del capítulo se tendrá presente que tanto en la construcción de los instrumentos de medición como el procedimiento deben orientarse hacia la confiabilidad, validez y utilidad del método científico en diseños con un solo sujeto ($N = 1$), lo cual se refiere a la “confiabilidad de los instrumentos al

medir el mismo conjunto de objetos una y otra vez, en términos de estabilidad, fiabilidad y predictibilidad” (Kerlinger y Lee, 2002, p. 37). En cuanto al procedimiento, estos autores mencionan que:

Los diseños experimentales $N = 1$ observan el comportamiento del organismo antes del tratamiento experimental y utilizan las observaciones como una medida de la línea base. Las observaciones realizadas después del tratamiento se comparan, posteriormente, con las observaciones de la línea base; el participante sirve como su propio control. (p. 494)

En relación con la eficacia, mencionan que posiblemente radique en la acumulación de sesiones y el cambio que se aprecia en el individuo, siempre y cuando el investigador evite sesgos y el participante esté motivado y coopere. No obstante, también se encuentran limitaciones como la validez externa al no poder generalizar los hallazgos (Kerlinger y Lee, 2002). Por otro lado, se debe considerar que la varianza del comportamiento del sujeto está dictada por la situación, en consecuencia, puede eliminarse a través de un control experimental cuidadoso.

Con base en lo hasta aquí señalado, el objetivo de este capítulo es guiar la formulación de un caso para mostrar al lector las fases del proceso terapéutico cognitivo conductual. Cabe recordar que, para ser y denominarse terapeuta cognitivo conductual, se requiere de una formación amplia y sistemática, así como profundizar en el conocimiento científico de los modelos de formulación que parten de diferentes teorías y datos experimentales y, lo más importante, mantener un valor terapéutico.

Terapia cognitivo conductual

La TCC consiste en la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, cuya base es la interacción entre el individuo y su entorno. Además, considera que los problemas que el usuario presenta surgen

de maneras de pensar poco útiles y poco saludables, por tanto, los objetivos de esta terapia están dirigidos a modificar el pensamiento, el estado de ánimo y el comportamiento por medio de la autoevaluación a lo largo del proceso de intervención.

La TCC toma como marco teórico el análisis experimental de la conducta de Skinner que, al aplicarlo en problemas relevantes, se denomina análisis conductual aplicado. El componente cognitivo, por otra parte, se fundamenta en la teoría del aprendizaje social de Bandura. Este tipo de terapia ha evolucionado en tres generaciones.¹ Este tipo de terapia se ha utilizado con personas que presentan depresión, ansiedad, problemas de ira, fobias, adicciones y otros problemas de salud mental. En lo que corresponde a la relación entre el usuario y el terapeuta, esta terapia permite establecer una mutua colaboración y participación (Armstrong, 2020; Ruiz *et al.*, 2012).

El proceso terapéutico en la TCC comienza cuando el usuario busca el primer contacto con el terapeuta para solicitar ayuda debido a algún problema, y culmina de manera exitosa al cumplirse los objetivos de la intervención. La figura 8.1 muestra las etapas de este proceso y sus respectivas actividades:

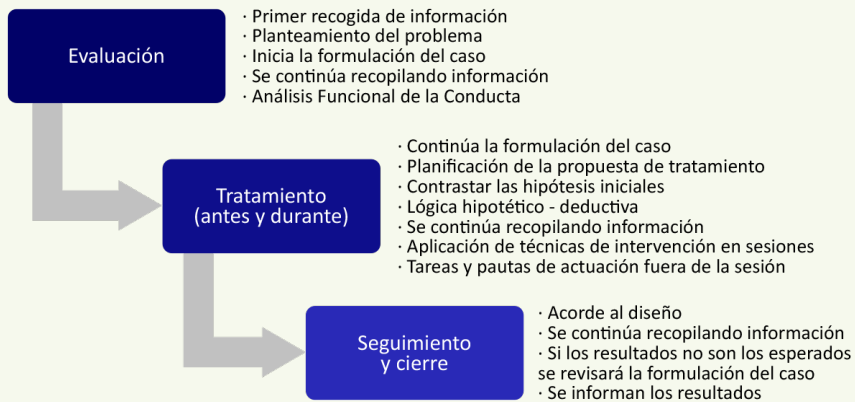


Figura 8.1. Etapas del proceso terapéutico.
(Elaboración propia)

¹ Para profundizar en ello pueden consultarse los capítulos 1, 10, 11 y 12 de esta misma obra.

Formulación del caso o formulación clínica

De acuerdo con algunos autores del modelo cognitivo conductual, el concepto de formulación del caso o clínica:

... constituye la prueba máxima de la fortaleza de una teoría del comportamiento, ya que está abordando, en la práctica, la pregunta fundamental que se hacen los investigadores en condiciones de mayor nivel de control, es decir, ¿cuáles son las variables que determinan la conducta? La formulación clínica se remite al problema fundamental de la ciencia del comportamiento, es decir, al de la causalidad. (Castro y Ángel, 1998, p. 5)

Por su parte, Nezu *et al.* (2006) plantean que la formulación clínica “Es una descripción de las quejas y síntomas de ansiedad de un paciente, así como un mecanismo organizativo para que el terapeuta comprenda cómo se manifiestan dichas quejas, el modo en que coexisten síntomas diversos, cuáles estímulos ambientales o intrapersonales desencadenan estos problemas y por qué persisten los síntomas” (p. 13).

Los cuadros 8.1 y 8.2 muestran los procedimientos y actividades que llevará a cabo el terapeuta cognitivo conductual. En estos se destacan los aspectos y etapas más relevantes tanto del modelo de formulación clínica por procesos básicos como del modelo de resolución de problemas.

Cuadro 8.1. Modelo de formulación clínica por procesos básicos

Etapas	Procedimientos	
Recopilación de datos para obtención de información	A través de: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas estructuradas • Cuestionarios • Instrumentos estandarizados • Autorregistros • Observación conductual directa 	
Identificación del motivo inicial de consulta	Observación y registro de las características del comportamiento del usuario durante la entrevista inicial, así como las razones por las que busca apoyo profesional	
Identificación y evaluación de variables por dimensiones	Nivel I. Procesos elementales o de primer orden	a) Biológicos y su interrelación con el ambiente, entre las variables que se toman en cuenta destaca el estado del organismo por condiciones orgánicas o por enfermedades b) Tipo de aprendizaje cognitivo que genera patrones de respuesta y formas particulares de procesamiento de la información c) Motivacional, describe las relaciones de contingencia entre el comportamiento y sus consecuencias
	Nivel II. Procesos derivados	d) Emocionales, generados por la interacción entre los procesos biológicos, neurobiológicos y neuroendocrinos con los procesos de aprendizaje e) Afectivos, como resultado de interacciones entre los procesos biológicos, de aprendizaje, motivacionales y emocionales
	Nivel III. Covariaciones relacionadas funcionalmente	Co-ocurrencia o correlación de disfunciones que pueden corresponder o no a entidades diagnósticas específicas, el interés se centrará en comprender su funcionalidad en términos de los procesos anteriores
	Nivel IV. Problemas específicos. Síntomas y manifestaciones específicas	Dimensión ambiental de la organización conductual. Desde una perspectiva molar amplia, se toman en cuenta los factores contextuales y ambientales como el espacio físico inmediato y extendido donde se desenvuelve el usuario, las características macrosociales de su ambiente, el contexto familiar, incluyendo las características demográficas y relaciones, el ambiente laboral, cultural y actividades de ocio

Etapas	Procedimientos	
Metodología de formulación y validación de hipótesis preliminares sobre el motivo de consulta	Descendente	Si el motivo de consulta corresponde a los niveles superiores (I y II) se indagará más sobre los factores de adquisición realizando un análisis histórico molar, se formularán las hipótesis preliminares en función de los procesos implicados en el mismo nivel; para someterlas a comprobación, se identificarán las clases de respuestas relacionadas en el Nivel III y se hará el análisis funcional molecular de respuestas discretas en el Nivel IV
	Ascendente	<ul style="list-style-type: none"> • Si el motivo de consulta se encuentra el Nivel III, se especifican las respuestas en términos operacionales para realizar el análisis funcional de la conducta en el Nivel IV y continuar con la metodología ascendente • Si el motivo de consulta se presenta en el Nivel IV, la experiencia y conocimiento clínico ayudarán a formular hipótesis de covariación y clases de respuesta para realizar el análisis funcional de las conductas que covarían. También se puede realizar un análisis funcional molecular de cada una de las respuestas discretas e identificar los procesos que constituyen las unidades de respuestas
Obtención de información contextual	<p>Para obtener más información que ayude a generar una hipótesis a nivel molar se obtendrán datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demográficos del usuario y de personas significativas • Características de los recursos ambientales con los que interactúa el usuario en su entorno y el grado de satisfacción de necesidades • Condiciones económicas • Nivel de satisfacción con sus relaciones afectivas • De las áreas laboral y/o académica, social y de ocio 	
Análisis histórico molar	Obtención de información sobre acontecimientos pasados en cada etapa del desarrollo y que actualmente influyen en la situación del usuario (factores de adquisición y de condicionamiento, de predisposición, fuentes de influencia)	
Formulación de primeras hipótesis sobre factores de adquisición	<ul style="list-style-type: none"> • Acorde al nivel del motivo de consulta se establecen hipótesis sobre los factores de adquisición y se relacionan con los procesos básicos. Posteriormente, se establecen relaciones funcionales entre los elementos identificados en el Nivel IV • Se describirán las características topográficas de las respuestas, incluyendo la frecuencia, duración, magnitud y densidad de la conducta. Y por cada respuesta, se especificarán los procesos de los que forma parte 	

Etapas	Procedimientos
Integración de la formulación conductual por procesos	<ul style="list-style-type: none"> • De manera específica, se hará un resumen de los factores de predisposición, de mantenimiento, señalando en cada hipótesis las relaciones de los diversos procesos y sus covariaciones • Se relacionarán los diversos niveles de información molar con los resultados del análisis funcional molecular, las hipótesis preliminares de adquisición y motivo de consulta para explicar las relaciones causales • Se verificarán las hipótesis y se establecerán mecanismos comunes ante la acción de los procesos básicos, estos serán los objetivos de la intervención • Se plantearán procedimientos específicos que modifiquen dichos mecanismos comunes
Establecimiento del plan de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Se establecerán prioridades con base los factores de mantenimiento y la formulación clínica, se realizará la descripción del tratamiento mediante las actividades clínicas y el número de sesiones que se requerirán. Después de cada sesión, se redactarán los objetivos logrados y se plantearán nuevos para la sesión siguiente • Se evaluarán los resultados de manera continua y se harán los ajustes necesarios; si no se cumplen las predicciones será necesario completar o revisar la formulación clínica

Nota: elaboración propia con base en Castro y Ángel (1998, pp. 25, 72). Los autores de este modelo aportan diversos formatos que guían las pautas de actuación, se sugiere consultar directamente la obra

Cuadro 8.2. Modelo de resolución de problemas a la formulación de caso cognitivo-conductual

Toma de decisiones clínicas	Metas	Consideraciones básicas y actividades
Orientación del problema	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar que la conducta tiene múltiples causas • Reconocer que conducta se manifiesta dentro de varios sistemas 	<ol style="list-style-type: none"> a) Recopilar información sobre la historia del usuario, identificando y describiendo factores sobre el surgimiento y mantenimiento de la situación conflictiva. El terapeuta comienza a cuestionarse sobre cómo establecerá objetivos y metas de tratamiento b) Desde el marco de causalidad múltiple en la evaluación clínica se considerará que los síntomas del individuo inician y se mantienen por variables biológicas, psicológicas o sociales, además pueden suceder como antecedentes inmediatos o por historia de evolución c) Desde la perspectiva de sistemas se encontrará la correlación e interacción entre las variables finales e instrumentales y la generación de cadenas conductuales del usuario
Definición del problema	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender con detalle los problemas que presenta el paciente y separar hechos de suposiciones • Identificar los factores contribuyen a la situación conflictiva • Identificar las variables que se relacionan de manera funcional con las dificultades 	<ol style="list-style-type: none"> a) Investigar sobre las diferentes áreas de la vida del usuario: relaciones interpersonales, trabajo, finanzas, salud física, sexualidad, por mencionar algunos, para identificar resultados finales b) Identificar las variables de resultados instrumentales y su causalidad con las metas de los resultados finales c) Distinguir entre los resultados finales que se esperan (metas generales de la terapia) y los resultados instrumentales (cambios que impactan por relaciones funcionales en los resultados finales) d) Desde la perspectiva clínica, los resultados instrumentales corresponden con las hipótesis del terapeuta sobre las variables que considera se relacionan de manera causal con los resultados finales e) Desde lo experimental, los resultados instrumentales serían las variables independientes (VI) y los resultados finales corresponderían a las variables dependientes (VD) f) Para identificar las variables causales, se puede emplear una estrategia teórica, la bibliografía contará con resultados instrumentales comprobados científicamente en un individuo y, además, explicará con múltiples teorías las razones por las cuales se presentan las conductas como objeto de estudio. Por otro lado, se puede emplear una estrategia diagnóstica que ayude a comprender desde un grupo de síntomas y covariaciones de respuestas g) Variables relacionadas con el paciente. Antecedentes conductuales, afectivos, cognitivos, biológicos y sociales/étnicos/culturales. Clasificación de: a) déficits conductuales (habilidades sociales deficientes, capacidades cotidianas insuficientes o falta de autocontrol); b) excesos conductuales (comportamiento compulsivo, evasión de estímulos que provocan ansiedad, frecuentes autoevaluaciones o acciones negativas); c) problemas afectivos, y d) psicopatología relacionada con factores cognitivos (deficiencias cognitivas, distorsiones cognitivas)

Toma de decisiones clínicas	Metas	Consideraciones básicas y actividades
		<p>h) Variables relacionadas con el ambiente físico (vivienda, cantidad de personas en la misma, clima y condiciones de vida) y ambiente social (amistades, familia, cónyuge y otras personas significativas)</p> <p>i) Dimensión temporal. Tener información sobre variables distantes contribuye a comprender la causalidad del panorama sintomático</p> <p>j) Dimensión funcional. Se relacionan las diversas variables a partir del análisis funcional, donde E son los antecedentes intrapersonales o ambientales; O, las variables orgánicas biológicas, conductuales, afectivas, cognitivas o sociales/étnicas/culturales); R, las respuestas, y C, las consecuencias. Por tanto, se establecen cadenas EORC que interactúan entre sí</p>
Generar opciones	Identificar un horizonte significativo de problemas objetivo potenciales y maximizar la probabilidad de identificar los más eficaces	<p>El terapeuta aplicará tres principios generales de resolución de problemas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De cantidad. 2. De aplazamiento o juicio. 3. De estrategias-tácticas. <p>Para ello, se realizará un listado amplio sobre las principales metas de resultados instrumentales con base en las estrategias de búsqueda teóricas y diagnósticas, así como de la matriz de evaluación multidimensional que guiarán los objetivos de tratamiento</p>
Toma de decisiones	Diseñar objetivos y metas de tratamiento	<p>Para maximizar el éxito del tratamiento, se hará una valoración y se elegirá de acuerdo con su utilidad en el alcance del objetivo, para ello se tomará en cuenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) La probabilidad de que el usuario para quien está pensado el resultado instrumental lo aplique de manera óptima, que sea razonablemente tratable, que el terapeuta cuente con la pericia de tratar el problema y que el tratamiento tenga solidez b) Evaluación de las consecuencias personales tanto para el terapeuta como el usuario (tiempo, esfuerzo, ganancia emocional, consistencia del resultado y ética, efectos físicos y sobre otros problemas). Consecuencias sociales, efectos a corto y largo plazo; con el fin de guiar y priorizar la selección de problemas objetivo
Valorar los resultados de la solución	Elaboración del mapa clínico de patogénesis (MCP)	<p>Se realizará la descripción gráfica de las variables hipotéticas que contribuyen a establecer las relaciones funcionales EORC del usuario y que será la base para el diseño del tratamiento.</p> <p>Este gráfico irá modificándose conforme el terapeuta obtiene más información y se confirmará si será eficaz a través de la validación social con el usuario y, si es posible, con personas allegadas, así como la comprobación de las hipótesis; en caso que no se logre la comprobación será necesario reiniciar el proceso.</p>

Nota: elaboración propia con base en Nezu *et al.* (2006, pp. 13, 34). Para profundizar en la metodología de este modelo se sugiere consultar directamente la obra.

Como se puede observar en los modelos anteriores, los autores difieren en cuanto a conceptos y denominación de la metodología utilizados, sin embargo, se apegan a las características básicas señaladas anteriormente en función de la MC y la TCC.

Procedimiento para formular un caso

En los siguientes apartados de este capítulo se desarrollará un ejemplo de formulación de un caso. Para ello, nos apoyaremos en las fases que propone Quant (2013) con base en diversos autores: 1) realizar una descripción de la problemática y delimitarla; 2) establecer las hipótesis explicativas sobre la adquisición y mantenimiento del problema; 3) explicar cómo se articulan las hipótesis de mantenimiento con los objetivos terapéuticos y las estrategias de intervención; y, por último, 4) señalar cómo se diseñaría el plan de intervención.

Demanda del usuario y delimitación de la problemática

El primer paso es identificar la demanda del usuario, al respecto Kazdin (2000) señala que “las afirmaciones globales o generales de problemas conductuales por lo común resultan inadecuadas para comenzar un programa de modificación conductual, los rasgos, etiquetas resumidas y características de la personalidad, son demasiado generales para ser de mucha utilidad” (p. 67). En consecuencia, es necesario definir la conducta blanco de manera explícita para que realmente pueda observarse y medirse. Por ello, se identifica el constructo y se convierte en operaciones medibles que formarán parte de la definición operacional que reflejará las características centrales de la noción abstracta.

Una vez obtenida la información de la evaluación inicial, se identificarán los factores que contribuyen a la génesis y mantenimiento de la conducta problema, para ello, se realiza la descripción del caso.

Descripción del caso

La usuaria tiene 28 años, estudia una segunda licenciatura al tiempo que trabaja; vive con su madre y ambas realizan las labores del hogar. Refiere que, últimamente, vive estresada y de mal humor, sobre todo cuando debe realizar sus tareas escolares, mismas que tiende a postergarlas y se distrae con redes sociales o series de televisión. Lo mismo le ha sucedido con las labores que tiene asignadas en casa, aunque no es tan problemático como sus tareas, incluso prioriza las labores del hogar ante sus deberes como estudiante, en consecuencia, las termina de último momento, lo cual le hace sentir más estresada.

En las últimas semanas ha notado que le duele la cabeza y se siente frustrada cuando recibe calificaciones bajas. Ha pensado también que se le exige demasiado por parte de sus profesores y deberían tomar en cuenta que ella trabaja. Por otro lado, cuando logra terminar la actividad y recibe una “buena” calificación, se dice a sí misma que se merece un descanso, y aunque tenga el tiempo suficiente no continúa con las demás tareas. Esto le ha afectado en los últimos meses en la relación con su madre y amistades, ya que cuando “está así” les contesta de manera grosera y no quiere hablar con nadie, después piensa que la van a juzgar porque anteriormente la felicitaban por haber decidido estudiar otra licenciatura, aunque también se ha dado cuenta de que cuenta con su apoyo. Menciona que el problema con la postergación de las tareas escolares comenzó con la primera licenciatura que estudió, ya que entonces con solo dedicar unos minutos obtenía excelentes calificaciones y pensó que sería similar. La usuaria desea organizarse de mejor manera y mejorar sus calificaciones, considera que su mayor

motivación es saber que cuenta con la capacidad para estudiar otra licenciatura y que aún está a tiempo de remediar su problema para no reprobado materias este semestre, aunque no sabe cómo.

Definición de conducta blanco

El terapeuta en formación podría pensar de manera inmediata que el área problema está asociado con el estrés o el mal humor que menciona la usuaria, sin embargo ¿qué pasa antes de que la usuaria se sienta de esa manera?, ¿qué desencadena su dolor de cabeza?, ¿por qué “ponerse así” ha comenzado a afectar sus relaciones cercanas? Si se toman en cuenta los eventos antecedentes y consecuentes, y luego se trasladan a un constructo, la procrastinación sería el hábito que predomina en función de las actividades o tareas escolares.

Cabe señalar que, según Armstrong (2020), la procrastinación es en realidad una condición y tiene impactos negativos en nuestra salud física y mental; podría tener su origen en el miedo a ser juzgados o la ansiedad por el fracaso. Asimismo, esta condición puede incrementar si existe una baja autoestima, en consecuencia, podría agudizar cualquier problema de salud mental subyacente. Ahora bien, como se mostró en los modelos de formulación clínica, este es un proceso amplio, sin embargo, nos centraremos en la procrastinación académica, no sin antes aclarar que el aprendiz es guiado en todo momento durante sus primeras incursiones sobre la práctica clínica, por tanto, construirá su propio aprendizaje con base en la experiencia y continuidad en su formación.

Una vez delimitado lo anterior, es necesario precisar las características conceptuales que definen dicho constructo. La procrastinación académica es un constructo multidimensional cuyos componentes son cognitivos, afectivos y conductuales. Diversas investigaciones han demostrado que está fuertemente asociada, por un lado, con la impuntualidad en la entrega de deberes y la dificultad para seguir instrucciones y, por el otro, con trastornos como depresión, baja

autoestima, ansiedad, neuroticismo y perfeccionismo (Haycock, McCarthy & Skay, 1998, en Alegre, 2013, p. 64).

Shcouwenburg (2004, en Rodríguez y Clariana, 2017) categorizó “dos tipos de procrastinación académica: la esporádica, también llamada conducta dilatoria, hace referencia a una conducta puntual y relacionada con actividades académicas concretas debido a carencias en la gestión del tiempo, y la procrastinación académica crónica, que se caracteriza por ser un hábito generalizado de demorar la dedicación al estudio” (Clariana, 2009, en Rodríguez y Clariana, 2017).

Pero, ¿basta con esta definición para continuar la formulación del caso? No se debe olvidar que se necesita más información sobre los factores de adquisición o historia de evolución, razón por la cual, son indispensables instrumentos como entrevistas o cuestionarios para indagar sobre estos aspectos. En cuanto al presente, ¿de qué forma podemos obtener más datos sobre las variables personales y del ambiente?, ¿cómo pueden observarse y medirse?, ¿cuáles serían las operaciones específicas o procedimientos que se emplearían para evaluar la intensidad y frecuencia de la procrastinación académica?

En este sentido, Kerlinger *et al.* (2002) señalan que, en función de la eficacia del procedimiento en los diseños experimentales $N=1$, el terapeuta observará al usuario y este se autoobservará a través de autorregistros, por tanto, se requiere que el evaluador le señale qué estará registrando, por ello, es imprescindible, en primer lugar, definir operacionalmente la procrastinación académica. Sobre este aspecto, es pertinente considerar lo que mencionan Hawkins y Dobes (1975 en Kazdin, 2000), sobre que una definición operacional debe cumplir tres criterios:

- 1) objetividad en función de las características observables de la conducta o de los eventos ambientales, sin hacer alusión a estados internos del individuo como agresividad o perturbación emocional; 2) claridad para poder leerse, repetirse y parafrasearse por otros observadores;

3) integridad para resumir las condiciones límite de manera que las respuestas a incluirse y excluirse puedan enumerarse (p. 69).

Bajo este panorama, la definición operacional que se adoptará de la procrastinación académica corresponde a la frecuencia diaria y duración de la postergación de actividades escolares como lectura o tareas, sustituyéndolas por la realización de actividades incompatibles, por ejemplo, atender redes sociales o ver series.

El siguiente paso es determinar la estimación de la tendencia de la usuaria sobre la conducta blanco, es decir, comprobar si realmente procrastina. Para ello, puede optarse por utilizar la adaptación de la Escala de Procrastinación Académica (EPA) de Busko, debido a la confiabilidad de los datos y la relación con las variables correspondientes de la usuaria. Esta misma escala ha sido validada por García y Silva (2019) con estudiantes universitarios mexicanos inscritos en cursos a distancia, y por Alegre (2013) para comprobar si existía una correlación negativa y significativa entre la autoeficacia y la procrastinación académica en una muestra de estudiantes universitarios de Lima; además, el autor menciona que por el método de consistencia interna a través del alfa de Cronbach se confirmó la fiabilidad del instrumento.

Línea base

Una vez identificada la conducta blanco a modificar, se establece una línea base, en el caso de los diseños $N = 1$:

Es necesario comparar el comportamiento que ocurre antes con el comportamiento que ocurre después de la introducción de una intervención experimental. El comportamiento previo a la intervención [...] debe medirse durante un periodo de tiempo lo suficientemente grande para poder obtener una línea base estable [...] es importante porque se compara con el comportamiento posterior (Kerlinger *et al.*, 2002, p. 497).

Para mayor confiabilidad respecto a la evaluación se requiere especificar claramente cómo se medirá la ocurrencia de respuesta,

tanto por parte del evaluador como del propio usuario al utilizar los autorregistros. En este sentido, Kazdin (2000) menciona que “la evaluación es útil solo cuando puede lograrse con cierta consistencia [...] Los patrones estables de conducta se requieren para reflejar cambio conductual, por tanto, el registro confiable es esencial” (p. 91).

Este autor también sugiere hacer revisiones antes de tener los datos definitivos de la línea base, por lo cual se deben considerar algunos días previos de observación para establecer reglas y notar pormenores sobre lo que se estará registrando. Asimismo, recomienda continuar dichas revisiones a lo largo del programa. Cabe aclarar que Kazdin se refiere a acuerdos entre evaluadores u observadores para llevar a cabo las revisiones de confiabilidad, sin embargo, es necesario hacer hincapié en que se está guiando al estudiante de Psicología en el diseño de sus primeras incursiones, e invitándole a profundizar en cada tema, por ejemplo, revisar a los autores de manera directa para mejorar su práctica profesional.

Para continuar con la formulación del caso sobre la problemática de la usuaria en función de la procrastinación académica, el cuadro 8.3 muestra un ejemplo del formato de autorregistro que se podría utilizar.

Es así como, según Cone (1998, pp. 46-47, en Silva, 2008), “la aproximación idiográfico-conductual puede caracterizarse por seleccionar conductas específicas como su objeto de estudio, desarrollar procedimientos para evaluarlas inductivamente y establecer la adecuación de tales procedimientos en términos de la variación intraindividual de sus puntuaciones” (p. 59). Además, como se puede observar, se asigna “un significado al constructo o variable, se han especificado las actividades u operaciones necesarias para medirlo y evaluar la medición.” (Kerlinger *et al.*, 2002, p. 37)

Cuadro 8.3. Formato de autorregistro de procrastinación académica

Registro de línea base				
Instrucciones:	Llenar del siguiente cuadro durante una semana con base en la definición operacional, respondiendo cada una de las preguntas, o bien, describiendo cada ocasión en que se presente la procrastinación académica			
Definición operacional:	La procrastinación académica corresponde a la frecuencia diaria y duración de la postergación de actividades escolares como lectura o tareas, sustituyéndolas por actividades incompatibles como atender redes sociales o ver series			
Ocurrencia Día, hora, cantidad de tiempo que se procrastinó	Antecedentes (A)	Organismo (O)	Respuestas (R)	Consecuencias (C)
	Describe qué actividad académica tenía que realizar, las condiciones de espacio físico, tiempo que dispuso para hacerla y lo que sucedía alrededor	Señale el estado de ánimo en que se encontraba, qué pensaba sobre la actividad y si tenía algún malestar físico	¿Qué le llevó a suspender la actividad? ¿Por qué otra actividad la sustituyó?	Después que suspender y sustituir la actividad académica, ¿qué hizo? ¿Cómo se sintió? ¿Qué pensó al respecto?

Nota: elaboración propia

Análisis funcional de la conducta

Hasta aquí se ha mostrado la manera en que el terapeuta debe delimitar la conducta y obtener más datos para comprender a detalle las variables que mantienen la misma. Una vez transcurrido el periodo programado de línea base, continuará con el análisis descriptivo sobre el contexto, las situaciones, los estímulos, las variables del organismo y los cambios que ocurren entre ellas. El paso siguiente conlleva realizar un análisis funcional de la conducta (AFC) para identificar los factores que contribuyen a la situación conflictiva, con esto será posible identificar “las relaciones funcionales causales, importantes y controlables aplicables a un conjunto específico

de conductas meta para un cliente individual” (Labrador *et al.*, 2008, p. 306). Así, para que realmente se hable de un análisis funcional y no solo de estímulos y respuestas, este procedimiento implica la formulación y contrastación de hipótesis, además de demostrar empíricamente las relaciones entre variables y también considerar los procesos y personalidad del individuo (Silva, 2008).

Establecimiento de hipótesis explicativas sobre la adquisición y mantenimiento del problema

Con base en la información recabada, el terapeuta analizará las variables (Figura 8.2) y establecerá cadenas funcionales entre ellas (Figura 8.3).

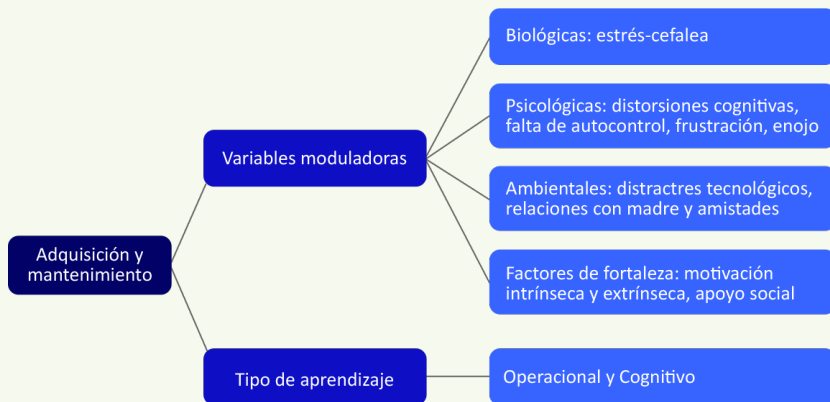


Figura 8.2. Adquisición y mantenimiento del problema.
(Elaboración propia)

Falta de autocontrol	Falta de autocontrol	Distorsiones cognitivas
<ul style="list-style-type: none"> · E - ambiental: distractores · O - impulsividad · R - postergación de actividades escolares, sustituye por otras · K - frustración, enojo, cefalea · C - estrés 	<ul style="list-style-type: none"> · E - que otras personas le hablen cuando está estresada · O - impulsividad/agresividad · R - emociones y reacciones negativas, aislamiento · K - temor a la evaluación que tienen los demás sobre ella · C - distorsiones cognitivas 	<ul style="list-style-type: none"> · E - obtener calificaciones no satisfactorias · O - enojo, frustración · R - estrés · K - culpar a otros · C - distorsiones cognitivas

Figura 8.3. Cadenas funcionales, donde: E es el estímulo antecedente; O, variables del organismo; R, respuestas; K, contingencias; y C, consecuencias. (Elaboración propia)

Después de realizar el AFC y establecer las cadenas funcionales, se puede generar una serie de hipótesis, identificar las variables involucradas en el caso y desarrollar los objetivos terapéuticos. En el caso presentado en este capítulo, las hipótesis son:

- a) Hipótesis de origen:
 1. Es probable que, por condicionamiento operante, se haya presentado un reforzamiento positivo entre la demora al realizar actividades escolares y la obtención de calificaciones satisfactorias para la usuaria.
 2. Es probable que, por la historia de aprendizaje cognitivo, la usuaria presente factores de vulnerabilidad ante la impulsividad y pensamientos distorsionados.

- b) Hipótesis explicativas causales:
 1. La usuaria procrastina con las actividades académicas al carecer de autocontrol ante los distractores ambientales tecnológicos.
 2. Al procrastinar, la usuaria realiza las tareas de manera apresurada por lo que las calificaciones obtenidas son insatisfactorias, en consecuencia, presenta distorsiones cognitivas y estrés.

3. Cuando la usuaria procrastina su nivel de estrés se incrementa, lo que afecta sus relaciones personales; además, presenta distorsiones cognitivas.
4. El estrés genera en la usuaria afectaciones emocionales y fisiológicas.

En cuanto a las variables del caso, estas se describen a continuación:

- a) Variable dependiente: procrastinación académica.
- b) Variables independientes: intervención cognitivo conductual dirigida al establecimiento de estrategias de autocontrol y eliminación de distorsiones cognitivas.

Por último, los objetivos terapéuticos son:

1. Incrementar conductas de autocontrol ante distractores ambientales cuando la usuaria realice sus actividades académicas.
2. Incrementar conductas de autocontrol en la usuaria para la gestión de emociones negativas.
3. Eliminar distorsiones cognitivas en la usuaria relacionadas con la autoeficacia y la opinión que otras personas puedan tener sobre ella o lo que otros deberían hacer.
4. Eliminar los malestares fisiológicos y psicológicos que le generan estrés.
5. Modificar los componentes afectivos, cognitivos y conductuales que llevan a la procrastinación académica.

Articulación de las hipótesis de mantenimiento con los objetivos terapéuticos y las estrategias de intervención

Podría pensarse que, al hablar de intervención, las técnicas a implementar son lo primero que tendría que elegir el psicólogo

conductual o cognitivo conductual, sin embargo, como se ha revisado en el desarrollo de este capítulo, para llegar a la propuesta de tratamiento y organización de las sesiones terapéuticas, el psicólogo debe realizar la evaluación como un proceso, por ende, contará con un AFC. Cabe mencionar que no hay una secuencia definida por ningún autor o investigación; tampoco es necesario esperar el reporte de casos similares para tan solo pensar en replicar una estrategia de intervención. Es decir, no se trata de seguir una receta o una serie de pasos para, por ejemplo, primero relajar al usuario y continuar inmediatamente con la terapia racional emotiva (TRE); esto reduciría el trabajo a una mirada simplista, más aún, se estaría atentando contra la función de un diseño y contra el mismo método científico.

Entonces, ¿cómo justificar y elegir las técnicas para la aplicación? Ya sean de primera, segunda o tercera generación, estas deben estar en función de la fundamentación teórica y del AFC. Autores como Echeburúa *et al.* (2010) invitan al análisis del ejercicio profesional del psicólogo clínico desde la perspectiva científica, esto es, no solo basarse en la experiencia personal, sino contar con un sustento que apoye su aplicación práctica. En este sentido, proponen una lista de tratamientos psicológicos apoyados de manera experimental para trastornos específicos donde se destaca que las terapias cognitivo conductuales superan a otros tratamientos.

Respecto al sustento teórico y empírico de la conducta blanco del caso descrito, ¿qué sugiere la literatura sobre las características y variables que se relacionan con la procrastinación? Diversos estudios señalan que la procrastinación constituye un patrón de comportamiento asociado con el sufrimiento que tiene consecuencias negativas, incrementa el riesgo de enfermedades mentales y físicas, y se caracteriza por la falta de decisión para desarrollar o finalizar una tarea, lo que genera culpa, inquietud y, a la larga, afecta las relaciones personales. Respecto a la procrastinación académica se ha encontrado que existe una correlación con variables

personales como la autoeficacia, falta de autorregulación, autocontrol u orientación hacia el futuro, falta de perseverancia, poca o nula motivación intrínseca por el logro de un objetivo, incapacidad para alejar tentaciones y distracciones, entre otras. Además, está asociada con el miedo al fracaso, aversión a la tarea y altos niveles de ansiedad, estrés y enfermedad (Brando, 2020; García y Silva, 2019; Rodríguez y Clariana, 2017).

Ahora bien, considerando que la TCC sienta sus bases en los procesos cognoscitivos y tiene una estrecha relación con los principios y teorías del aprendizaje, es necesario modificar las percepciones, autoafirmaciones, atribuciones, expectativas y creencias erróneas de la usuaria. Contrastando esta información con las variables que arrojó el AFC y con los objetivos terapéuticos, se sugiere utilizar técnicas de autocontrol, que se implementen para la reestructuración cognitiva y la terapia racional emotiva (TRE).

El motivo principal por el cual se eligieron las técnicas de autocontrol fue, como señalan Díaz *et al.* (2008), motivar a la usuaria para hacerla partícipe de su propio proceso de cambio desde el inicio, con el objetivo de asumir progresiva y gradualmente su responsabilidad. Esto le permitirá incorporar a su repertorio conductual lo aprendido y así, ser capaz de ponerlo en marcha de manera casi automática ante cualquier otra situación, aunque sea distinta a la del problema inicial. Con esta estrategia, la usuaria podrá desarrollar habilidades de autoobservación, lo que contribuirá a establecer los objetivos a alcanzar en función de las respuestas problema existentes. Asimismo, en cada sesión la usuaria tiene la posibilidad de aprender a autorreforzarse, autocorregirse y autoevaluarse para, posteriormente, aplicarlo en la vida real; de igual manera, puede aprender a programar las tareas y hacer cambios en el medio social y físico. Por último, es importante señalar que se deben establecer, de mutuo acuerdo, las reglas y compromisos del proceso. En síntesis, con esta técnica se alcanzarían los objetivos antes mencionados.

Acerca de la reestructuración cognitiva, la secuencia terapéutica está dirigida a que la usuaria aprenda a reconocer sus pensamientos automáticos como reflejo de una serie de interpretaciones erróneas o distorsionadas de la realidad; el terapeuta, por su parte, debe enseñarle cómo analizar objetivamente sus cogniciones de manera que aprenda a darse cuenta de la falta de relación entre sus pensamientos y la realidad, y que hay otras interpretaciones posibles y lógicas. Así, al identificar y reconocer sus cogniciones podrá corregirlas. Esto se llevaría a cabo mediante el entrenamiento en observación y el registro de cogniciones con el apoyo de técnicas para modificar imágenes.

Finalmente, acerca de la TRE fue creada por el psicólogo Albert Ellis para atender principalmente problemas psicológicos derivados de patrones de pensamiento equivocado o creencias irracionales. A través de esta, el individuo puede identificar dichos pensamientos, observar las consecuencias contraproducentes de sus conductas y emociones, y encontrar las alternativas de mejora a los mismos. En el caso descrito, la TRE se sustenta en su definición sobre las creencias irracionales, las cuales considera como exigencias que perturban la manera de pensar en un individuo y no le permiten vivir de manera satisfactoria, en consecuencia, el usuario presenta depresión, ansiedad, desesperación, incomodidad, dolor o frustración. En contraste, las creencias racionales son aquellas que ayudan al individuo a vivir más tiempo y con mayor felicidad, manifestando sentimientos apropiados y conductas funcionales como amor, felicidad, placer, curiosidad (Ellis y Grieger, 1990). Además, la TRE sostiene que el núcleo de la perturbación emocional de los seres humanos se encuentra en las ideas y percepciones que tienen de sí mismos, de las otras personas, el mundo y la vida en general.

Así, en el caso planteado, la reestructuración cognitiva y la TRE persiguen los objetivos siguientes:

1. Eliminar distorsiones cognitivas en la usuaria relacionadas con la autoeficacia y la opinión que otras personas puedan tener sobre ella o lo que otros deberían hacer.
2. Eliminar los malestares fisiológicos y psicológicos que le generan estrés.
3. Modificar los componentes afectivos, cognitivos y conductuales que llevan a la procrastinación académica.

Diseño del plan de intervención

Un plan o programa de intervención, conlleva las siguientes actividades:

1. Investigar, de acuerdo con la teoría de las variables identificadas que, en el caso aquí presentado, corresponde al estrés y los tipos de distorsiones cognitivas.
2. Profundizar en el procedimiento de cada técnica de intervención que se utilizará, de este modo el terapeuta tendrá nociones sobre qué tipo de actividades integrará, cómo podrán tener mayor impacto en los objetivos terapéuticos y cuántas sesiones se requerirán.
3. Elaborar los formatos de autorregistros que proporcionen información sobre el procedimiento de cada técnica, así, por ejemplo, la usuaria del caso revisado aprenderá a identificar cada tipo de distorsión cognitiva y se tendrá la información de manera objetiva para analizar e interpretar los datos.
4. Identificar y aprovechar las fortalezas de la usuaria en la planeación de cada sesión terapéutica; es importante guiarse por el objetivo terapéutico con el que se trabajará y la(s) variables que se intervendrán, así como describir el tratamiento mediante las actividades clínicas.

5. Evaluar de manera continua el análisis y la interpretación de resultados para comprobar las hipótesis y, si no se cumplen las predicciones, reiniciar el proceso.

En lo que se refiere al impacto del tratamiento, una vez que se ha avanzado con la formulación clínica y antes de llevar a cabo la intervención, se debe tomar en cuenta la utilidad en el alcance de los objetivos terapéuticos, los cuales deben ser acordes a los rasgos de la personalidad del usuario, entre ellos la motivación, así como la evaluación de las consecuencias, además de la valoración de las habilidades y pericia profesional del terapeuta.² Finalmente, el terapeuta dará a conocer al usuario el programa de intervención.

Conclusiones

El enfoque que ha mostrado mayor evidencia en la eficacia de los tratamientos es el cognitivo conductual, debido a que la evaluación de los resultados es indispensable (Stevens y Méndez, 2007). Sin embargo, es recomendable no confiarse ni pretender que todo paciente es igual por el hecho de realizar un proceso terapéutico dirigido hacia la misma problemática, en ello radica el primer paso para iniciar una formulación del caso, lo cual, como se ha visto, implica el análisis, la reflexión y la búsqueda teórica sobre la problemática (más aún si se tratara de una patología); en este sentido, si no se cuenta con la preparación necesaria lo mejor será canalizar el caso con un profesional con experiencia.

Asimismo, vale la pena recalcar la importancia de seguir un proceso metodológico y tomar como base modelos comprobados empíricamente, considerar la confiabilidad de los instrumentos de medición y recordar que cuando se trata de diseños $N = 1$ no es

² Al respecto, pueden consultarse los capítulos 15 y 16 de esta misma obra.

posible generalizar los hallazgos. En cuanto a la valoración que el terapeuta haga sobre sí mismo, además de tener conocimientos propios de la profesión, debe reflexionar sobre sus actitudes al momento de interactuar y comunicarse.

Finalmente, el terapeuta debe estar en constante actualización, ampliar su visión y comprender el mundo desde el punto de vista de la persona con quien estará tratando, ya que el modificar su comportamiento e interpretaciones puede significar un aspecto crucial en su vida, por tanto, cada una de las sesiones significarán una oportunidad para establecer una alianza que contribuirá a la modificación de conductas, pensamientos y manera de afrontar las dificultades del usuario.

Resumen

1. Guía al joven profesional en psicología en sus primeras elaboraciones de un proceso terapéutico desde un punto de vista científico.
2. La TCC parte de la base de que los problemas de la persona (usuario) surgen por interpretaciones erróneas acerca de cómo interpreta la realidad en interacción con su ambiente.
3. El proceso terapéutico inicia cuando la persona busca el primer contacto con el terapeuta y termina cuando se cumplen los objetivos planteados para la intervención.
4. La formulación del caso cuenta con modelos, etapas y actividades acordes a cada autor, que consisten en delimitar la problemática, establecer hipótesis de mantenimiento y adquisición, plantear objetivos terapéuticos, seleccionar las técnicas de intervención y diseñar del plan de intervención.
5. La evaluación y el tratamiento deben corresponder a la particularidad de cada caso y el contexto concreto, asimismo, estos se definen por el análisis funcional y los objetivos;

- además, se valora la importancia de la medición antes y después del tratamiento en los diseños $N = 1$, como parte de un control experimental.
6. La conducta blanco es el punto de partida para identificar el constructo y elaborar la definición operacional de la conducta a medir, y la definición operacional cumplirá con los criterios de objetividad, claridad e integridad.
 7. El AFC integrará las relaciones funcionales entre cadenas de respuestas y variables a través de hipótesis causales.
 8. Desde la TCC no es posible proponer un tratamiento e intervenir sin antes haber realizado la formulación del caso.
 9. Las estrategias de intervención deben ser acordes a cada persona y sus características; y el terapeuta será consciente del impacto de su intervención en la vida de quienes solicitan su ayuda.

Referencias

- Alegre, A. A. (2013). Autoeficacia y procrastinación académica en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Propósitos y representaciones. Revista de Psicología Educativa*, 1(2), 57-82.
<http://dx.doi.org/10.20511/pyr2013.v1n2.29>
- Armstrong, W. (2020). *Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y Terapia Dialéctico Conductual (TDC): Cómo la TCC, la TDC y la ACT pueden ayudarle a superar la ansiedad, la depresión y los TOCS*. Devon House Press.
- Barriga, O. A. y Henríquez G. (2004). Artesanía y Técnica en la Enseñanza de la Metodología de la Investigación Social. *Cinta de Moebio*, 20, 126-131.
<https://cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/view/26114/27414>
- Brando, G. C. (2020). *Nuevas perspectivas en procrastinación. Desarrollo conceptual y empírico en estudiantes de enfermería* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. TDX. Tesis Doctoral en Xarxa.
<https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/670412/cbg1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castro, L. y Ángel de Greiff, E. (1998). "Formulación clínica conductual". En: V. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 2. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación* (pp. 3-24). Siglo XXI.
- Cruzado, R. J., Labrador, E. F. y Muñoz, M. L. (2008). "Introducción a la modificación y terapia de conducta". En: J. F. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 31-46). Psicología Pirámide
- Díaz, G. M., Comeche, M. M. y Vallejo, P. M. (2008). "Técnicas de autocontrol". En: J. F. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 577-593). Psicología Pirámide.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 247-256.
<https://www.revistaclinicapsicologica.com/resumen.php?id=82>

- Ellis, A. y Grieger, R. (1990). "El proceso de la terapia racional emotiva". En: E. Ellis y R. Grieger, *Manual de terapia racional-emotiva*, vol. 2 (pp. 219-228). Desclée de Brouwer.
- García, V. y Silva, P. (2019). Procrastinación académica entre estudiantes de cursos en línea. Validación de un cuestionario. *Apertura*, 11(2), 122-137. <https://doi.org/10.32870/ap.v11n2.1673>
- Kazdin, A. E. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Manual Moderno.
- Kerlinger, F. N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. McGraw Hill.
- Labrador, J. F., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (2008). "Introducción a la modificación y terapia de conducta". En: J. F. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 31-46). Psicología Pirámide.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno.
- Quant, D. (2013). Formulación clínica de caso: aspectos metodológicos. *Revista Vanguardia Psicológica*, 3(2), 160-172. <https://www.oalib.com/paper/2670134#.YGfFDC3mFz8>
- Rodríguez, A. y Clariana, M. (2017). Procrastinación en estudiantes universitarios: su relación con la edad y el curso académico. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 45-60. <https://doi.org/10.15446/rcp.v26n1.53572>
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brower.
- Silva, M. F. (2008). "La evaluación conductual: concepto y proceso". En: J. F. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 47-70). Psicología Pirámide.
- Stevens, K. y Méndez, D. (2007). Nuevas herramientas para la psicología clínica: las terapias basadas en la evidencia. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1(3), 265-272.

El proceso terapéutico: mantenimiento, cierre y seguimiento

Omar Moreno Almazán
Claudia Juárez Cuellar

Introducción

La terapia cognitivo conductual (TCC), como se ha señalado en capítulos anteriores, no corresponde con un modelo lineal de tratamiento único, sino que se diversifica en función de las condiciones que presenta cada usuario que acude con un terapeuta. En palabras (Ruiz, *et al.*, 2012), “asume un enfoque de tratamiento de la disfunción clínica y de la conducta desadaptada que en la actualidad no se asienta sobre un único modelo general de la conducta normal y anormal” (p. 102).

También se ha explicado cómo es el inicio de un tratamiento, dónde se recibe al usuario para conocer su problema, realizar un encuadre y un *rapport* y, posteriormente, la forma en la que se aplican las diversas estrategias para mantener el proceso terapéutico, basándose en las características y en las cualidades de cada uno de los problemas que expone el usuario. De este modo, las destrezas y habilidades que se desarrollan durante la formación profesional permiten saber que el abordaje terapéutico implica, entre otras cosas, la posibilidad de realizar adecuaciones al proceso en función de las características de cada caso.

Por otra parte, como bien señala Caballo (1998), es importante considerar también que “la formulación clínica conductual no solamente aplica al proceso terapéutico de un usuario en forma individual, sino que subyace a cualquier intervención que requiera desarrollar hipótesis sobre las relaciones de causalidad que dan lugar a determinados resultados en diversos ámbitos” (p. 5).

Bajo este panorama, en este capítulo se revisan las múltiples estrategias y su importancia dentro del proceso terapéutico, la culminación de este, el mantenimiento de la adherencia de los usuarios al tratamiento, así como la prevención de recaídas al término del proceso. También se describe la delimitación de los principales procesos de evaluación de la terapia y la generación de indicadores para conocer su efectividad.

En este sentido, la perspectiva del presente capítulo se centra principalmente en dar continuidad a los modelos y procedimientos explicados en capítulos anteriores, desde una visión holística y vigente, con el objetivo de ofrecer información relacionada con las estrategias terapéuticas, así como de los criterios para la culminación y seguimiento del proceso. Lo anterior responde a la máxima de que no es posible atender la problemática de los usuarios si no se cuenta con las bases científicas acerca de los procesos y modelos tanto de evaluación como de intervención de la TCC, así como con el dominio de los fundamentos para la formulación de casos clínicos desde una perspectiva analítica, funcional y secuencial.

Importancia de las estrategias y tareas en el proceso terapéutico

Uno de los primeros aspectos a considerar corresponde a la idea de fijar metas en todo proceso terapéutico, lo cual ayudará a definir los resultados y objetivos deseados, así como a medir el progreso de quien acude a terapia. Su importancia radica, por un lado, en que el

usuario puede tener una perspectiva sobre cuál será la dirección del tratamiento hacia el cumplimiento de sus propósitos; por otro lado, el terapeuta puede conocer sus propias destrezas, habilidades e interés para trabajar con una determinada problemática o usuario, así como reconocer sus limitantes.

Otro de los propósitos al definir las metas es ayudar a seleccionar las estrategias o intervenciones y evaluar los resultados terapéuticos. Para ello, es necesario, primero, establecer las metas terapéuticas, las cuales indican qué y cuánto desea el usuario en ese momento, y qué pretende en el futuro. De esta manera, se puede observar el progreso, el antes y el después, del proceso terapéutico. La información que se obtenga proporcionará una retroalimentación o *feedback* entre el usuario y el terapeuta, y posibilitará la efectividad de la intervención.

De acuerdo con Cormier y Cormier (2000), una meta se selecciona y define mediante:

1. *Explicar su propósito.* Esto permitirá conocer con antelación lo que se puede o no lograr con la terapia, y se pueden formular preguntas como: ¿de qué forma o modo te gustaría observar cambios?, ¿qué esperas de esta terapia?
2. *Pedir al usuario que especifique los cambios positivos deseados por el efecto de la terapia.* Aquí se puede enfocar en aquello que quiere eliminar, aumentar, desarrollar o estructurar: ¿qué le gustaría pensar, hacer o sentir una vez que logre ese cambio?
3. *Determinar si la meta seleccionada implica cambios.* Aquí el usuario es quien tiene que intervenir en el cambio independientemente de que exista una o más personas involucradas: ¿cómo lograrías este cambio, si solo dependiera de ti?, ¿qué te pide esta meta para que se cumpla?
4. *Examinar si las metas son realistas.* Esto permitirá al usuario reconocer si se adecua o no a una expectativa real y razonable: ¿qué tan factible es lo que te propones lograr?,

¿cómo podrías definir lo que esperas de tal modo que sea medible para ti?

5. *Identificar las posibles ventajas derivadas de la consecución de la meta.* Una vez que se dé el cambio, cuáles serán los beneficios inmediatos que presentará el usuario: ¿cuál será el primer beneficio que obtengas si lo logras?, ¿cómo impactará en la solución del problema?
6. *Identificar las posibles desventajas derivadas de la consecución de la meta.* El usuario tiene que conocer también el riesgo en el cambio: ¿qué aspectos inesperados, no deseados o simplemente que no te gusten, podrían pasar si logras tu meta?
7. *Tomar una decisión.* Con la información obtenida sobre las metas deseadas por el usuario, seleccionar una de las alternativas siguientes: adoptar estas metas como la dirección que ha de seguir la terapia, reconsiderar las metas o buscar algo intermedio: con lo que has mencionado lograr y verificando los pros y contras respecto a ello, ¿cuál sería la decisión final respecto a la meta que te has propuesto?

Del mismo modo, Cormier y Cormier (2000) también identificaron una serie de fases, las cuales se describen a continuación:

1. *Precisar conductas manifiestas y encubiertas asociadas a la meta:* implica definir operacionalmente lo que se espera que haga el usuario en términos de pensamiento, sentimiento y acción: ¿qué pensará, sentirá o hará diferente?
2. *Determinar las circunstancias o condiciones del cambio:* ¿dónde te gustaría que se manifestara este cambio?, ¿de tus amigos o familiares quién será el primero en notar el cambio que has hecho?
3. *Establecer el nivel de conducta meta o la proporción en la que deben de aparecer:* ¿con qué frecuencia te gustaría que

se manifestara este cambio?, ¿cuántas veces te gustaría que este cambio sucediera?

4. *Secuenciar las fases temporalmente y según el grado de dificultad*: definir las fases que establezcan grados de ejecución de manera progresiva, desde un nivel sencillo hasta un nivel más complejo.
5. Identificar los obstáculos que dificultan la consecución de las metas: ¿cuáles son los principales obstáculos que te permitirán avanzar hacia la meta?
6. *Identificar las fortalezas*: tanto personales como de la red de apoyo social, que puedan beneficiar al usuario para lograr su propósito, ¿cuáles son las fortalezas que te permitirán avanzar hacia la consecución de la meta?
7. *Revisar el progreso*: esto se puede realizar a través de la re-entrevista que el usuario reporte, así como de la revisión de cada una de las fases arriba mencionadas.

Cabe recordar que la TCC involucra diferentes aspectos como el entrenamiento del usuario en la autoobservación de sus propias conductas, la capacidad para definir sus problemas y la formulación de posibles alternativas de solución; a su vez, también implica un modelo de traslación, en el cual el terapeuta responde a los enunciados del usuario, léase preguntas, realización de tareas, ofrece explicaciones; de este modo, el terapeuta motiva al usuario para que pueda analizar y discutir sus problemas (Martin y Pear, 2008; Reynoso-Erazo y Seligson, 2005).

Cabe recordar que, en el enfoque cognitivo conductual, el papel de las tareas suele ser fundamental para propiciar el aprendizaje de los usuarios, por medio de la realización de tareas que puedan hacer en su ambiente cotidiano y que sean de carácter conductual; esto sirve como un referente para que desafíen las creencias irracionales y logren afrontar situaciones difíciles.

De este modo, las tareas conforman una serie de actividades encomendadas a los usuarios, las cuales deben cumplir con las características siguientes:

- Ser primordialmente conductuales, es decir, cada tarea implicará una acción del usuario
- Ser graduales, esto es, las tareas simples alcanzan un mayor nivel de complejidad a medida que el usuario adquiere habilidades, creencias y comportamientos nuevos
- Es preferible que las tareas tengan un ensayo o revisión previa
- Las tareas deben implicar un proceso de reforzamiento tras el éxito de las mismas
- En varios casos, es importante comenzar con tareas que sirvan para restablecer la rutina cotidiana deseable del usuario
- Para el caso de los niños, también se inicia con tareas simples, tales como dibujar, realizar actividades escolares, entre otros.

Entre las tareas conductuales que se pueden encomendar a los usuarios se encuentra la realización de actividades cotidianas para retomar estilos de vida saludables: tomar una ducha, establecer un horario de alimentación o procesos de autoinstrucción para evitar conductas no deseadas. Por otra parte, algunas de las tareas de mayor dificultad implican la implementación de un juego de roles en terapia, donde el usuario pueda desempeñar el papel de aquellas personas con las que tiene una mala relación. Posteriormente, tras el análisis de ese papel, establecer comportamientos a realizar en un escenario real con la presencia de dichas personas. Es importante que estas tareas puedan basarse también en un proceso de autorregistro, así como con un reforzamiento (Martin *et al.*, 2008; Reynoso-Erazo y Seligson, 2005).

Otro tipo de tareas van más encaminadas hacia la reflexión, análisis o razonamiento de algunas circunstancias, por ejemplo,

si partimos de la noción de que existen pensamientos irracionales hacia sí mismo, hacia los demás, hacia el futuro, entonces, el desarrollo de tareas implicará centrarse en alguno de estos aspectos y realizar un proceso de crítica o análisis de estos. Por ejemplo, el terapeuta podría aplicar un cuestionario donde él responda algunas preguntas relacionadas con su esquema de pensamiento, tales como: ¿quién soy?, ¿qué opinan los demás de mí?, ¿cuál ha sido el día más feliz y el día más triste de mi vida?

Otro tipo de actividades sobre aspectos específicos puede ser solicitar al usuario que escriba una carta a una persona muy querida donde explique cuáles han sido sus principales triunfos y fracasos en los últimos diez años de su vida. La particularidad de esta actividad es que deberá estar fechada 10 años posteriores al momento en que se ha redactado la carta, el propósito de esto es hacer un análisis prospectivo acerca de sus propias condiciones.

Estrategias de mantenimiento

No solo las tareas son básicas para el desarrollo y mantenimiento de la terapia, también es importante aplicar una serie de estrategias que coadyuven al proceso terapéutico y se relacionen con la adherencia terapéutica, en la cual influyen factores de índole personal, del sistema de salud y del proceso mismo de la terapia. Desde la teoría cognitiva, se denomina autoeficacia percibida cuando el usuario considera haber alcanzado exitosamente la conducta deseada y ha probado ser una variable que en el usuario puede guiar su tratamiento de forma independiente y regulada (Bandura, 1997; Olivari y Urra, 2020).

Betancourt y Pedraza (2009) señalan que la adherencia tiene tres momentos cruciales: primero, lograr que las personas acudan a diversos servicios de atención, esto se logra mediante el contacto del terapeuta con el usuario; el segundo, mantener el compromiso

del usuario, lo cual ocurre a partir de acciones dirigidas hacia el comportamiento, pero también a las instrucciones del profesional; tercero, conseguir que los logros alcanzados en el estilo de vida perduren una vez terminado el proceso de intervención.

Cuando el usuario acude al servicio de atención psicológica para iniciar un proceso terapéutico inmediatamente se hace referencia a la implicación activa y voluntaria de quien consulta, su compromiso que parte de la evaluación costo-beneficio que puede lograr a corto, mediano y largo plazo. No obstante, es importante destacar el papel que juega la relación activa entre profesional y consultante, pues de ello dependerá en gran medida la adherencia al tratamiento.

Por esta razón, el terapeuta establece los mecanismos para medir u operacionalizar el proceso con la intención de mantener la adherencia al tratamiento. Para ello, puede implementar dos métodos: la observación, como método directo, y la entrevista, en la cual el usuario informa sobre su propia evaluación. Ambos métodos pueden integrarse para tener una información más precisa y completa. Otros métodos que se pueden emplear son los autoinformes y autorregistros, aunque lo ideal es combinar la entrevista directa con la valoración del logro en el tratamiento y la asistencia del usuario a las citas programadas.

Una manera para saber si el proceso terapéutico está cumpliendo con los objetivos planteados al inicio y conocer si existe una adherencia adecuada al mismo, es evaluando el proceso. Al respecto, Martin *et al.* (2008) ofrecen algunas pautas para su realización:

1. Observar si las conductas se dirigen hacia la dirección establecida.
2. Consultar a las personas que forman parte de la red social de apoyo del usuario, para conocer y analizar el progreso.
3. Consultar a profesionistas expertos en el área, así como publicaciones científicas especializadas, para determinar si los resultados corresponden con los tiempos de la intervención.

4. En caso de que los tres primeros puntos sean satisfactorios, pasar al punto 7; de lo contrario, responder las preguntas siguientes y realizar los ajustes necesarios en caso de que las respuestas sean afirmativas:
 - ¿Han dejado de ser efectivos los reforzadores empleados?
 - ¿Se están reforzando conductas incompatibles o no deseadas?
 - ¿Se ha aplicado incorrectamente algún procedimiento?
 - ¿Existen interferencias externas que alteren el programa?
 - ¿Existe alguna variable subjetiva, como pueden ser las actitudes negativas de los usuarios, su falta de entusiasmo, que pudieran afectar al programa?
5. Si ninguna de las respuestas a estas preguntas es afirmativa, entonces hay que tratar de ajustar, añadir o quitar alguna fase del diseño. Cuando los datos muestran un índice de error amplio, se sugiere programar aspectos adicionales; por el contrario, cuando muestren un alto nivel de respuestas correctas, se indica que el esquema es demasiado fácil y está provocando cierto aburrimiento.
6. En el caso de que los resultados sean favorables, pasar al punto 7; en caso contrario, se recomienda consultar con colegas especialistas y considerar volver a aplicar alguna modificación en el diseño o realizar el análisis funcional para identificar si los antecedentes y las consecuencias están controlando realmente el comportamiento problemático.
7. Tomar las decisiones que permitan conseguir las metas conductuales a un ritmo adecuado.
8. Considerar la forma en la que se evaluará el rendimiento del usuario durante el seguimiento.

9. Se recomienda llevar a cabo varias observaciones de seguimiento a fin de determinar si los cambios conductuales obtenidos son satisfactorios, por medio de un análisis de costo-beneficio.

Al considerar estos aspectos, es posible implementar estrategias que favorezcan el mantenimiento del proceso terapéutico y, a su vez, generar elementos que permitan la evaluación de la efectividad y adherencia al tratamiento.

Elementos de intervención para la prevención de recaídas

Uno de los momentos más gratificantes que viven los terapeutas es atestiguar los logros alcanzados por sus usuarios, es decir, cuando estos son capaces de realizar acciones para poder mantener un equilibrio ante diversas adversidades, situaciones que van desde dejar de fumar o mejorar su rendimiento en la escuela, hasta cerrar ciclos de una relación fallida o mejorar e incrementar sus vínculos sociales. A partir de ese momento, se puede incluso notar que la actitud del consultante es distinta respecto al principio del proceso; sin embargo, es pertinente preguntarse ¿cuánto tiempo podrá durar el éxito del usuario?

Al respecto, es pertinente señalar que el riesgo de una recaída es muy frecuente. Por ello, es necesario, en primer lugar, tener claro lo que se entiende por recaída, la cual consiste en la reincidencia de una conducta no deseada, por lo que puede situar al usuario en un nivel muy semejante al que tuvo al inicio de intervención; y, en segundo lugar, conocer el grado de afectación de esta (Marlatt & Parks, 1982; Nezu *et al.*, 2006).

Estrategias básicas para la prevención de recaídas

Autores como Martin y Pear (2008) describen una serie de situaciones que pueden causar recaídas en los usuarios, a las cuales los terapeutas deberán prestar especial atención:

- a) *Contratiempos evitables*. Es necesario orientar a los usuarios para que puedan evitar situaciones que les puedan provocar un contratiempo y, por consiguiente, una recaída; por ejemplo, si una persona que está evitando fumar, sabe que podría recaer al momento de ver a sus amigos, entonces evita frecuentar a sus amigos, por lo menos, durante un tiempo. Este proceso se realizará en sesión mediante un análisis de la situación y toma de decisión.
- b) *Contratiempos inevitables*. Existen situaciones que no se pueden evitar, por lo que el terapeuta debe de preparar al usuario para que sea capaz de afrontar dichas situaciones. Por ejemplo, si un estudiante universitario que ha logrado controlar su ansiedad escolar ante la presencia de un profesor determinado, sabe que volverá a tener clase con él, entonces preparamos una estrategia para que pueda contrarrestar los efectos emocionales que siente durante esa clase (preparar anticipadamente el tema para participar en dicha clase) y otorgar un poco más de seguridad hacia sí mismo.
- c) *Reacciones exageradas ante contratiempos ocasionales*. Hay usuarios que, tras haber mantenido mucho tiempo un avance y el control de las situaciones, deciden casi de manera impulsiva realizar una acción que les cause un contratiempo. Por ejemplo, una persona que logró ser puntual durante varios meses, de repente decide llegar más de una hora tarde a una cita importante. Ante este tipo de situaciones, es importante mencionar a los usuarios que las recaídas pueden ocurrir, no obstante, esto puede representar un elemento para apegarse aún más al tratamiento y al

control de la situación y, de este modo, salir fortalecidos en la medida que se logren vencer estos contratiempos.

- d) *Verbalizaciones contraproducentes*. Todas las acciones que los usuarios realicen para lograr un éxito tendrán siempre obstáculos, y el poder de las verbalizaciones será clave para valorar el desarrollo del proceso, tanto en términos de éxitos, análisis de posibles cambios o fracasos. Por ejemplo, pensemos en un usuario que ha dejado de beber alcohol, pero durante un fin de semana con amigos y en un ambiente de fiesta, le resulta difícil mantener ese control y se dice a sí mismo: “No puedo más, debo tomar un trago”. El objetivo es preparar al usuario para que pueda identificar dichos pensamientos y verbalizaciones, y entonces cambiarlas por otras acordes con las metas planteadas en el proceso terapéutico: “No me estoy muriendo por beber alcohol, soy mucho más fuerte que la bebida y hay otras maneras de pasarla bien”. Estas verbalizaciones deben acomodarse en función de las características de nuestros usuarios.

Otro elemento que puede conducir a una recaída consiste en la definición de las metas conductuales. En virtud de lo anterior, el terapeuta debe posibilitar el desarrollo de respuestas adecuadas y claramente especificadas en los usuarios, de lo contrario, ello puede convertirse en un factor para recaídas futuras. De acuerdo con Martin y Pear (2008), entre los elementos que afectan en este sentido, se encuentran:

- a) *Metas u objetivos borrosos*. Imaginemos a una usuaria que ha decidido hacer el examen único para ingreso a la preparatoria, pero a medida que se acerca la fecha del examen, comienza a sentir una mayor inseguridad. Si en el proceso terapéutico se estableció como meta lograr acreditar el examen, entonces no se ha definido claramente la meta, lo

cual genera incertidumbre en la usuaria; por el contrario, una meta más precisa sería obtener 90 aciertos en un examen diagnóstico dos meses antes del examen, luego 110 aciertos en otro diagnóstico un mes antes del examen, y, por último, incrementar ese puntaje una semana antes del examen. Con esto se tendrían indicadores más precisos para determinar el avance del proceso.

- b) *Objetivos a largo plazo.* En ocasiones, se pueden establecer metas muy precisas, lejanas en cuanto a tiempo; por ejemplo, pensemos en una usuaria que ha establecido que una de sus metas es convertirse en una gran abogada litigante. La meta es clara, pero no inmediata, por lo que, se deben establecer, primero, metas a corto y mediano plazo, como realizar el registro e inscripción a la licenciatura en la siguiente convocatoria, acreditar el examen con un cierto nivel de aciertos, establecer hábitos de estudio pertinentes para el desarrollo de su licenciatura. Estas metas establecen en tiempos cortos, con intención de generar un seguimiento.
- c) *Establecer demasiadas metas en corto tiempo.* En ocasiones, los usuarios salen con la motivación suficiente para querer hacer muchos cambios importantes en su vida; por ejemplo, desean bajar de peso casi de manera inmediata, tener excelentes calificaciones, tener una nueva relación saludable, lograr un ascenso en su trabajo, entre otros. La intención es orientar a los usuarios para establecer metas de manera clara, pero otorgando su debida temporalidad bajo una secuencia adecuada a sus condiciones y habilidades, en una forma lineal, sin que exista un exceso de actividades imposibles de alcanzar.

No solo las situaciones y las respuestas de los usuarios suelen ser un motivo de recaída, las consecuencias también juegan

un papel importante en el mantenimiento del proceso terapéutico. Al respecto, Martin *et al.* (2008) aportan algunos elementos que el terapeuta debe considerar:

- a) *Incorporar recompensas cotidianas en el programa.* Algunos usuarios tienen claro lo que deben de hacer para tener éxito en el proceso terapéutico, pero les cuesta trabajo generar dichos cambios; para ello, el terapeuta puede incorporar actividades placenteras a dicho proceso. Por ejemplo, pensemos en un adolescente que ha decidido establecer una rutina diaria de autoestudio, pero también le gusta jugar videojuegos, por lo que se conecta con otros amigos a través de sus dispositivos móviles; en este caso, el adolescente podría acordar con alguno de los padres que, por cada hora de estudio exitoso, puede jugar 30 minutos.
- b) *Consecuencias significativas por acumulación.* Después de un gran esfuerzo, algunas personas tienen a darse a sí mismas pequeñas recompensas; por ejemplo, pensemos en una chica que, tras haber sufrido trastorno alimenticio por anorexia, ha desarrollado un programa de alimentación adecuado, aunque le cuesta un poco de trabajo mantenerlo. Entonces, decide otorgarse un día para comer menos, con la intención de no sobrecargarse. Si esta conducta la hace ocasionalmente, en realidad no tendrá efectos negativos, pero si dicha conducta la realiza de manera recurrente, entonces sí tendrá efectos negativos en ella, es aquí cuando los usuarios pierden el control de la situación. Una manera de evitar la recaída consiste en solicitar apoyo de un familiar para generar un contrato para realizar un seguimiento de su peso cada semana, de tal manera que, si alcanza un nivel establecido de manera específica en su peso, entonces deberá volver al programa de manera completa.

Estrategias adicionales para evitar recaídas

Como hemos visto, para evitar recaídas es importante centrarse en tres aspectos básicos: situaciones, respuestas y consecuencias. Adicionalmente, la implementación de otras estrategias permite incrementar la posibilidad de evitar caídas, entre las cuales destacan:

- Implementar técnicas de autocontrol
- Incorporar una red social de apoyo con personas cercanas y familiares
- Establecer contratos conductuales entre usuario y terapeuta, así como contar con el apoyo de terceros.

Es indispensable que el terapeuta desarrolle las destrezas para implementar este tipo de estrategias, con intención de poder ampliar sus conocimientos en relación con la práctica profesional en el desarrollo de una terapia psicológica.

Efectividad del tratamiento: proceso de evaluación e indicadores

Para conocer la efectividad de las intervenciones es necesario observar y evaluar los efectos del proceso terapéutico y contrastarlos con las metas propuestas, esto servirá como un indicador tanto para el usuario como para el terapeuta para saber el grado de avance en el logro de dichas metas, así como para seleccionar las estrategias del tratamiento y ajustarlas con base en el *feedback*.

Una de las principales razones para evaluar la terapia es para conocer los resultados terapéuticos de la intervención y para que, en conjunto, usuario y terapeuta puedan determinar el tipo, dirección y cantidad de modificación de la conducta (manifiesta y encubierta) que se ha producido en el usuario antes y después de la terapia. Otra de las razones es para observar si una estrategia

funciona para el usuario en la forma en la que se diseñó y si la utiliza según las indicaciones señaladas por el terapeuta.

Cormier *et al.* (2000) mencionan los principales componentes de un procedimiento de evaluación de una terapia. De acuerdo con los autores, este abarca cinco dimensiones de respuesta de las conductas de interés, siete métodos de medición y cuatro periodos para medir dichas dimensiones (Figura 9.1).

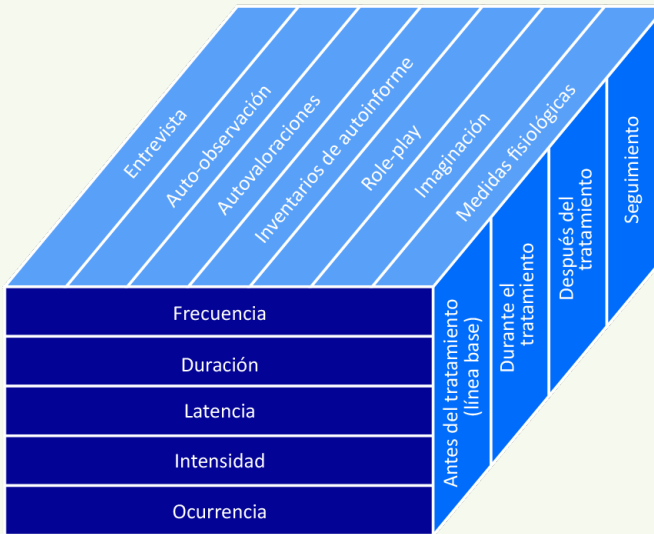


Figura 9.1. Modelo de observación y evaluación de los resultados terapéuticos.
Fuente: Cormier *et al.* (2000, p. 322)

Qué medir: dimensiones de la respuesta

Esta medición depende de la conducta, nivel y metas terapéuticas del usuario. Es recomendable hacer múltiples mediciones de cada conducta meta: antes, durante y después de la intervención que se realice. Las dimensiones para medir la dirección y el nivel de cambio de las conductas son:

- *Frecuencia*: refleja el número de veces que se presenta la conducta
- *Duración*: se refiere al tiempo en el que se mantiene la conducta
- *Latencia*: es el tiempo que transcurre antes de aparecer la conducta o respuesta
- *Intensidad o grado de una conducta*: se evalúa a través de una escala de valoración
- *Ocurrencia*: es la presencia o ausencia de la conducta de interés.

La selección de estas depende de la meta propuesta, del método y de la facilidad para obtener ciertos datos.

Cómo medir: métodos de medición

Los métodos para medir el progreso son:

- a) *Entrevista*: a través de las verbalizaciones del usuario, puede utilizarse de dos maneras; como guía para que el usuario informe sobre la meta alcanzada y para recopilar datos antes, durante y después de la intervención, y comparar las respuestas con las metas planteadas.
- b) *Autoobservación*: permite evaluar la intensidad y magnitud del estado subjetivo del usuario y se pueden establecer con diferentes gradaciones 0-5 o 0-100. Además, puede registrar aspectos de la conducta manifiesta y encubierta. Persigue tres objetivos: definir el problema del usuario, aumentar o disminuir la conducta de interés y evaluar el efecto de la terapia. La información recabada refiere a las dimensiones descritas líneas arriba.
- c) *Autoinforme*: se centra en la conducta manifiesta del usuario, permite evaluar el progreso del usuario antes, durante y después de la terapia.

- d) *Role play*: es una escena diseñada por el terapeuta para promover la aparición de la conducta y evaluar la ejecución del usuario en las conductas meta.
- e) *Capacidad imaginativa*: hace referencia a la percepción que tiene el usuario sobre la situación problemática antes, durante y después. Ayuda a que el usuario se ubique en la situación problemática con el realismo y detalles asociados al problema. El terapeuta la puede utilizar, por un lado, para hacer un análisis de contenido de lo que el usuario haya imaginado y, por el otro, elaborar una jerarquía de escenas imaginadas, presentarlas al usuario y que este le asigne una valoración.
- f) *Medición psicofisiológica*: determina la respuesta orgánica del usuario a través del ritmo cardíaco, la actividad muscular, presión sanguínea, temperatura de la piel, entre otros.

Utilizar uno o una combinación de varios métodos es de utilidad, dependiendo de las metas propuestas.

Cuándo medir: tiempo de medición

La medición puede llevarse a cabo en las distintas etapas del tratamiento:

- a) *Antes*: se realiza por medio de una línea base, con la intención de medir las conductas antes del tratamiento. Con esto se establece un punto de referencia para las etapas siguientes. El tiempo lo determina el terapeuta y debe ser suficiente para generar estimaciones de nivel, tendencia y estabilidad; es decir, cuántas veces se presenta la conducta, si asciende, desciende o se mantiene, y si la variabilidad o fluctuación es representativa de la conducta del usuario. Se sugiere tener tres bases de datos, por ejemplo, tres entrevistas o autoinformes.

- b) *Durante*: es importante observar la conducta del usuario respecto a la conducta meta. La misma técnica utilizada en la línea base será la que se aplique para obtener los datos durante esta fase del tratamiento.
- c) *Al finalizar*: se evalúa en qué modo o proporción se han logrado las metas propuestas. La misma técnica con que se evaluó al inicio es la que se debe utilizar al finalizar la terapia.

Consideraciones para finalizar el tratamiento

Un aspecto a considerar en todo proceso psicoterapéutico es la terminación del tratamiento, pues se debe de pensar como la conclusión de un proceso que abre a los usuarios una nueva perspectiva y nuevas habilidades. La terminación de la psicoterapia ocurre por consenso, es decir, por acuerdo entre usuario y psicoterapeuta una vez que se han alcanzado las metas u objetivos planteados desde el inicio (Vélez-Gómez y Restrepo Ochoa, 2008). No obstante, cabe la posibilidad de que ocurran ciertos dilemas tanto por parte del psicoterapeuta como del usuario, por lo que es importante considerar las situaciones que se señalan a continuación:

- a) Debe ser cuidadosamente anticipada y considerando la contención emocional por los sentimientos que esto genera para el usuario y para el psicoterapeuta.
- b) Debe considerar el análisis previo del caso para crear una condición psicológica favorable, de acuerdo con lo planteado al inicio, en el transcurso y los resultados del tratamiento.
- c) Debe prestar atención a los resultados que el usuario reporta como parte de su objetivo o meta psicoterapéutica, así como a la duración fijada para las sesiones de intervención con el fin de corroborar que estas hayan favorecido el resultado, según lo estimado desde el inicio. En caso

necesario, es posible prolongar el tratamiento algunas sesiones más para alcanzar el objetivo propuesto.

- d) Asegurarse de que la finalización se ha dado de acuerdo con los tiempos y alcances del usuario respecto a sus objetivos, sin acelerar o dejar de atender aquello que es importante para el usuario una vez que da por terminada la atención.
- e) En prácticas institucionales, se deben atender los lineamientos respecto a la duración de la intervención, no obstante, esto no debe apresurar los tiempos establecidos ni dejar de atender aspectos psicoemocionales de la persona.

Craige (2006, en Vélez-Gómez y Restrepo-Ochoa, 2008) señala la importancia de “dejar la puerta abierta” refiriéndose a un posible contacto que el usuario pueda tener a futuro con el terapeuta; del mismo modo, consideran la posibilidad de tener contacto ocasional una vez terminada la terapia a través de seguimientos programados. Cabe señalar que esto último debe decidirse con base en el análisis de cada caso y valorar:

- Los periodos de prueba, a fin de conceder al usuario un tiempo para no tener contacto con el psicoterapeuta y, subsecuentemente, concluir la terapia, pero esto depende del caso del análisis previo y de si forma parte del tratamiento. Por ejemplo, casos en los que el problema sea la codependencia.
- Los logros alcanzados, previo análisis y testimonio del usuario respecto a su propio proceso, para que este tenga autonomía y libertad de decidir cuándo terminar la terapia sin que haya seguimiento.
- El seguimiento, si es necesario, el terapeuta lo puede programar a corto o largo plazo; es decir, entre tres o seis meses, o bien, entre seis meses y un año, respectivamente.
- Los principales motivos para hacer un seguimiento son el interés del terapeuta por el bienestar del usuario, así como

para conocer en qué medida este último ha ejecutado su conducta meta sin el apoyo de la terapia, En suma, indica en qué medida la terapia ha resultado efectiva y cómo se ha incorporado a la cotidianidad del usuario.

Cabe destacar que, en aquellos procesos terapéuticos cuya duración haya sido mayor a un año, se debe anunciar la conclusión con suficiente tiempo de antelación para brindar la contención necesaria a las reacciones que puedan suscitarse en el usuario. Las características de este y las del caso son importantes para tomar esta decisión.

Finalmente, otra particularidad a tener en cuenta es la remisión de los usuarios a otros psicoterapeutas, lo cual debe hacerse pensando en el caso, en el usuario y en las condiciones por las que se hará la remisión a fin de favorecer, en todo momento, el estado psicoemocional de quien consulta, haciendo de su conocimiento el porqué de la remisión.

Estructura de un reporte o informe de intervención psicológica

El informe de intervención psicológica es uno de los documentos que se deben elaborar de manera cotidiana en la labor de la psicología clínica. Cabe señalar que existen diversas definiciones relacionadas a este documento.

Tallent (1992, en Heredia *et al.*, 2012) define el informe como un documento escrito que sirve para comprender algunas características de la persona y sus circunstancias, con el fin de tomar decisiones y de intervenir positivamente en su vida. Por su parte, Fernández-Ballesteros (2005, en Heredia *et al.*, 2012) indica que el informe es un documento que presenta los resultados de las exploraciones efectuadas, con base en las cuales se realiza una serie de

recomendaciones concretas, o bien, se llevan a término determinados tratamientos para dar respuesta a los objetivos planteados por el usuario.

A partir de las definiciones anteriores, es posible señalar que un informe de intervención psicológica se trata de un documento que integra la información del proceso terapéutico llevado a cabo, desde la identificación del problema, sus variables, desarrollo y mantenimiento, hasta el plan de intervención con los objetivos de cada fase, los resultados obtenidos, el pronóstico y las recomendaciones terapéuticas. Por tanto, la intención del informe es ofrecer información ante las demandas del usuario o de las personas involucradas en el proceso. En caso de informar a algún tercero, se ha de considerar que solo se les otorgará esa información cuando exista una necesidad genuina y legítima (maestros o alguna autoridad). También es importante aclarar que solo se proporcionará la información necesaria según la necesidad y con previo consentimiento del consultante. En el caso de menores de edad, el consentimiento debe ser otorgado por los padres (Anastasi, 1977, en Aragón 2015).

Otro aspecto importante a considerar es que el informe suele ser un documento que puede ser entregado a profesionistas de otras disciplinas que estén relacionados con el proceso: médicos, abogados, pedagogos, docentes, neurólogos, entre otros; en casos particulares, incluso considerarse la entrega del informe al propio usuario. Por tanto, el contenido del informe debe ser tratado con la mayor confidencialidad posible en relación con el usuario, cuando este sea proporcionado a otros profesionales. Por su parte, el terapeuta puede realizar un documento o expediente clínico, el cual únicamente puede estar en sus manos y no debe ser entregado a nadie más (salvo que exista una orden jurídica que lo requiera), ya que en este documento contendrá toda la información del usuario, sus problemas, el tratamiento y el resultado obtenido. Esta sección del capítulo se dedica principalmente a describir el contenido sugerido de un

informe de intervención psicológica, con la posibilidad de que pueda ser revisado por otros colegas o especialistas.

Considerando lo anterior, el informe tiene los propósitos que se enuncian a continuación:

- Ofrecer información básica de identificación del usuario
- Proporcionar información precisa relacionada con la evaluación y la confirmación de las hipótesis clínicas
- Dar a conocer los objetivos y metas conductuales del proceso de intervención
- Proporcionar información respecto al progreso terapéutico y de la implementación del programa de intervención
- Describir los resultados obtenidos y el cumplimiento de las metas conductuales
- Señalar las recomendaciones para prevenir recaídas, aumentar los aspectos deseados y del pronóstico del usuario
- Contar con un documento de carácter legal, por lo que siempre deberá estar firmado por el terapeuta, señalando su número de cédula profesional.

No existe un modelo único para elaborar un informe, estos pueden diferir en cuanto a su estructura, manera de presentar la información e incluso, su finalidad; sin embargo, existen puntos esenciales que deben considerarse al momento de redactar un informe de intervención psicológica:

- a) *Información de identificación.* Reúne los datos personales del evaluado: nombre, edad, fecha de nacimiento, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación e institución que remite o quien recomendó, así como cualquier dato que permita entender el perfil del usuario.
- b) *Razón o motivo de consulta.* La motivación de la consulta o de la canalización en términos del problema, sus antecedentes más significativos, en cuanto a aspectos conductuales,

- cognitivos, emocionales o fisiológicos, con la intención de entenderlo desde esta visión cognitivo conductual.
- c) *Información sobre antecedentes o historia del problema.* Incluye antecedentes clínicos de la problemática del consultante desde su inicio, evolución y determina desde cuándo comenzó a ser desadaptativo. Es importante tratar de localizar y describir todos los eventos no convencionales que puedan influir en el problema (divorcios, adopciones, cambios de domicilio o escuela, llegada de nuevos miembros a la familia, enfermedades, accidentes, delitos, casos de violencia, cambios constantes de pareja, historia de adicciones, entre otros).
 - d) *Valoración y definición del problema.* A partir de señalar la estrategia de evaluación, mediante la implementación de recursos e instrumentos (entrevistas, pruebas proyectivas, estudios neuropsicológicos, instrumentos psicométricos, análisis funcional de la conducta), se define operacionalmente la conducta y su relación funcional entre sus variables, a fin de describir el esquema conductual que se busca incrementar, disminuir, eliminar o establecer.
 - e) *Establecimiento de metas de tratamiento.* Tras haber realizado la definición de las conductas problema, se definen ahora las metas conductuales, de forma que sean clínicamente relevantes, y se describen los beneficios y las necesidades de modificación de comportamiento. El establecimiento de las metas de conducta funge como un conjunto de indicadores para conocer la conclusión y efectividad del tratamiento.
 - f) *Descripción del tratamiento.* Se describe la selección de las mejores técnicas terapéuticas, de menor coste económico y tiempo, adaptadas al usuario. En esta descripción se señalan las estrategias de conducta clave y la selección del tratamiento más eficaz para cada trastorno. De ser posible,

- se señalan las fases del tratamiento, el número de sesiones y su duración, la aplicación de técnicas de intervención, las dificultades en el momento de intervención y el orden cronológico de la aplicación de estas técnicas, así como la aplicación simultánea de las mismas.
- g) *Evaluación de la efectividad del tratamiento.* Describe las diferencias que existen en los indicadores obtenidos antes y después del tratamiento, así como el cumplimiento de las metas conductuales. En el caso de que dichas metas no se hayan cubierto, se describen las principales causas de esta situación y las recomendaciones para conseguirlas en el futuro.
 - h) *Seguimiento.* Se señala si hay la necesidad de llevar a cabo un seguimiento, justificando la decisión; en el caso de que se efectúe, se especifican los periodos en los cuales se llevarán a cabo.
 - i) *Observaciones.* Se recomienda añadir un análisis del programa en cuanto a su pertinencia, beneficios y debilidades, de manera de que sea posible saber si el programa logró cambios cronológicos en el usuario, analizando también los resultados obtenidos en cuanto a la congruencia de lo que se reportan en la literatura científica. Es importante incluir los aspectos éticos que se tomarán en cuenta en el trabajo.
 - j) *Firma.* Se debe concluir con la firma, nombre y cédula profesional del responsable.

Estos elementos no son exhaustivos sino referentes generales que permiten tener organizada la información de quien acude a la terapia, en caso de que se prevea un seguimiento posterior a la conclusión del proceso, o bien, si dicha información es solicitada o requerida por un tercero.

Conclusiones

Para finalizar, es importante tener en cuenta que un proceso terapéutico conlleva una serie de responsabilidades que inician desde que los usuarios tienen su primer contacto con los profesionales en psicología. Tanto el encuadre, la evaluación inicial, la determinación de metas de intervención, el proceso terapéutico que se realiza en la aplicación de técnicas y procedimientos de modificación de la conducta, incluso la determinación para culminar el proceso, obtener indicadores de efectividad y establecer elementos de seguimiento, representan etapas importantes para el éxito de la terapia.

Cada una de estas etapas requiere del terapeuta tener el conocimiento teórico conceptual de los aspectos que se deban realizar (muchas veces adquiridos no solo en la literatura científica, sino también en la práctica y en la actualización); asimismo, requiere de experiencia y conocimiento en la aplicación de estrategias y la determinación de indicadores que le permitan conocer el grado de avance y efectividad que pueda tener un proceso terapéutico. Por otra parte, el profesional debe contar con la suficiente iniciativa para crear estrategias que permitan el mantenimiento de la terapia y, por consiguiente, la adherencia al tratamiento.

Al final, cada uno de los casos que llegan a terapia, cuentan con sus propias variables y trayectos, y la manera de finalizarlos estriba tanto en las condiciones ambientales de los usuarios, las habilidades que mantienen o desarrollan durante la terapia y el establecimiento de metas definidas; por tanto, en algunos casos será posible determinar la culminación del proceso terapéutico, mientras que en otros será importante considerar la implementación de un programa de seguimiento, lo cual dependerá de la cantidad de factores de riesgo que puedan existir en las condiciones de vida de los usuarios, así como en el grado de desarrollo de habilidades de afrontamiento y adaptabilidad.

Por último, es importante señalar que no se debe propiciar una dependencia paternalista de los usuarios hacia los terapeutas. Evitar esto dependerá, principalmente, de las habilidades del terapeuta en términos de no vincularse sobremanera con la vida del usuario, así como en el establecimiento de estrategias de comunicación delimitada por una normatividad que favorezca la autonomía de los usuarios y el desarrollo de sus propias habilidades durante la terapia. Cada uno de esos aspectos representará garantías de éxito en el proceso terapéutico de principio a fin.

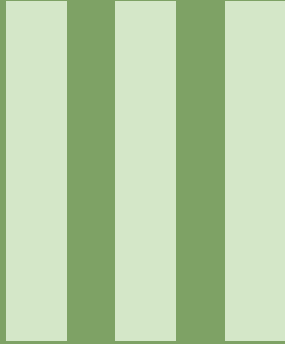
Resumen

1. Este capítulo tiene el propósito de abordar el proceso terapéutico a través de la implementación de diversas estrategias para el mantenimiento, cierre y seguimiento desde el enfoque de la terapia cognitivo conductual.
2. Se resalta la importancia de las estrategias y tareas en el proceso terapéutico a partir del cambio que desde dicho enfoque centra su interés en las tareas conductuales y tareas de reflexión o análisis a través de la implementación de diversas tareas y/o estrategias
3. También se mencionan los principales componentes para el mantenimiento y adherencia del proceso terapéutico, así como la medición de su efectividad a partir de indicadores que se establezcan desde el inicio con el usuario
4. Finalmente, se aborda el informe o reporte clínico como parte de la labor del psicólogo en este ámbito.

Referencias

- Aragón, B. L. E. (2015). *Evaluación psicológica* (2a ed.). Manual Moderno.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.

- Caballo, V. E. (1998). "Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad". En: V. E. Caballo (Ed). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 2 (pp. 509-549). Siglo XXI.
- Cormier, W. H. y Cormier, L. S. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeuta* (3ª ed.). Desclée De Brouwer.
- Vélez Gómez, P. y Restrepo Ochoa, D. A. (2008). El proceso de terminación en psicoterapia de tiempo limitado: aspectos clínicos y técnicos. *CES Psicología*, 1(2), 58-68.
- Heredia, C., Santaella, G. y Somarriba, L. A. (2012). *Informe Psicológico. Textos de apoyo didáctico*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Marlatt, G. A., & Parks, G. A. (1982). "Self-management of addictive disorders". In: P. Karoly & F. H. Kanfer (Eds.). *Self-management and behavior change: from theory to practice* (pp. 443-488). Pergamon Press.
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: Qué es y cómo aplicarla* (8a ed.). Pearson Educación.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno.
- Olivari, M. C. y Urrea, M. E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9-15. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>
- Reynoso-Eraza, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. Manual Moderno.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivos conductuales*. Biblioteca de Psicología UNED.



Estrategias de intervención

 Índice general

- 10. Estrategias de intervención de primera generación
- 11. Estrategias de intervención de segunda generación
- 12. Estrategias de intervención psicológica de tercera generación

Estrategias de intervención de primera generación

Selene Domínguez Boer
Gabriela Leticia Sánchez Martínez

Introducción

Un aspecto fundamental de la práctica de la psicología clínica es el diseño e implementación de intervenciones psicoterapéuticas. Al respecto, cabe señalar que no basta con identificar y evaluar los comportamientos problema, sino que también se requiere acudir a estrategias que posibiliten la modificación de estos. De ahí la importancia de que el profesional cuente con un amplio repertorio de estrategias que le permitan construir intervenciones eficaces.

La terapia de conducta cuenta con un extenso repertorio de estrategias que tienen la posibilidad de combinarse y resultar eficaces en la modificación de conductas, siempre y cuando se utilicen de manera sistemática y adecuada. Tales estrategias han demostrado su efectividad mediante evidencia empírica, cuestión que ha situado a la terapia de conducta como la orientación psicoterapéutica más extendida e influyente en la actualidad (Ruiz *et al.*, 2012).

A lo largo del capítulo, se revisan las principales estrategias de incremento, reducción, adquisición y eliminación de conductas desarrolladas en la primera generación de la terapia de conducta, las cuales se han mantenido vigentes hasta nuestros días (Kazdin,

2000; Martin y Pear, 2008; Ruiz *et al.*, 2012). Si bien aparecen centradas en el ámbito clínico, es importante mencionar que estas estrategias también son utilizadas en otros campos, como el de la salud, el educativo y el organizacional.

Establecido lo anterior, es importante mencionar que la terapia de conducta surgió en la década de 1950 como una alternativa a los modelos terapéuticos de la época, dominados principalmente por el psicoanálisis. En este contexto, se buscó darle un carácter de ciencia, por lo que se basó en una metodología experimental propia de la investigación científica, enfatizando la validación empírica de las intervenciones, estrategias, técnicas y tratamientos. Aun cuando los conductistas expresaban abiertamente su rechazo a la consideración de entidades mentales –principio proveniente del psicoanálisis– heredaron el modelo médico de las psicoterapias de la época. De ahí que, en principio, se enfocaran en tratar fobias, neurosis, ansiedades, entre otros; es decir, sus intervenciones se centraron en la conducta anormal, desviada o desadaptativa (Vargas, 2006).

Desde su origen, la terapia de conducta no ha dejado de evolucionar. En un inicio, se basó en la aplicación de los principios del condicionamiento clásico y operante en el campo terapéutico, surgiendo así, la primera generación de la terapia de conducta. Más adelante, para 1970, se identificó la importancia de las variables cognitivas en el proceso de aprendizaje y modificación del comportamiento. Esto originó que tales variables fueran incluidas en los esquemas explicativos y en el desarrollo de estrategias de modificación conductual. Lo anterior, permitió el desarrollo de técnicas consideradas de segunda generación de la terapia de conducta. Finalmente, la tercera generación, se basó en el desarrollo del análisis de la conducta, el conductismo radical y la identificación de las limitaciones de las estrategias conductuales existentes hasta el momento. Si bien esta generación surgió a partir de la década de 1990, su aparición formal se considera en 2004 al ser señalada en

un artículo de la revista *Behavior Therapy* (Froján y Calero, 2011; Martin y Pearl, 2008; Pérez, 2006; Ruiz *et al.*, 2012).

En virtud de que el interés de este capítulo se centra en las características de la primera generación, a continuación, se ahonda en algunos detalles. En primer lugar, se basó en la premisa de que la conducta es aprendida y, por tanto, puede ser modificada utilizando los mismos principios del aprendizaje. A partir de ello, los terapeutas de conducta viraron su análisis en la conducta observable y el medio ambiente en el cual ocurre. De este punto se desprende que la característica principal de esta primera generación consiste en enfocarse en la definición de los problemas o conflictos en términos de conductas observables y en el ambiente en el que estos ocurren (Ruiz *et al.*, 2012).

Como ya se mencionó, los paradigmas en los que se fundamenta la primera generación de la terapia de conducta son el condicionamiento clásico y el operante, por ello, a continuación, se revisan las estrategias que se desarrollaron en cada uno de ellos.

Estrategias de intervención basadas en el condicionamiento clásico

El condicionamiento clásico tiene sus orígenes en la reflexología rusa desarrollada por los fisiólogos soviéticos a finales del siglo XIX, quienes buscaban el estudio de la neurofisiología mediante la experimentación con los reflejos, tema que se relacionaría con la psicología a partir de sus primeros resultados. Sechenov fue el primero en señalar la relación entre los mecanismos reflejos, la estimulación ambiental y la actividad psíquica, proponiendo los reflejos como punto de unión entre la neurofisiología y la psicología, permitiendo así que esta última tuviera fundamentos experimentales. Para Sechenov, los reflejos serían la base del aprendizaje. Posteriormente, Pavlov, siguiendo la misma línea, buscó entender la actividad

cerebral y la conducta a partir del estudio de los reflejos, por lo que continuó con el desarrollo de las teorías del aprendizaje (Ruiz *et al.*, 2012).

Fundamentos teóricos

Condicionamiento

A partir de los estudios de Pavlov, surgió lo que hoy se conoce como condicionamiento clásico, respondiente o pavloviano. Este modelo se convirtió en uno de los pilares de la terapia conductual dado que permite explicar cómo un estímulo neutro (EN) se puede relacionar con un estímulo incondicionado (EI) (el cual produce una respuesta innata, refleja, la cual se denominó respuesta incondicionada [RI]) (Ruiz *et al.*, 2012).

El condicionamiento clásico consiste en presentar un EN (que no produce respuesta alguna) junto con un EI que produce una RI, de manera que, al presentarse juntos repetidamente, el EN adquiere las propiedades del EI y elicitó la RI, convirtiendo a esta última en una respuesta condicionada (RC). El ejemplo clásico es el experimento realizado por Pavlov (1927) con un perro, al cual se le hacía sonar una campana (EN) dos segundos antes de presentarle la comida (EI), lo cual provocaba la respuesta de salivación (RI). Al paso de varios emparejamientos, el perro salivaba al escuchar la campana, produciéndose así una respuesta condicionada a partir de un estímulo condicionado (campana) (Figura 10.1).









	Estímulo incondicionado (EI)	Respuesta incondicionada (RI)	Estímulo neutro (EN)
Previo al condicionamiento	 Comida	 Salivación	 Campana
Durante el condicionamiento	Estímulo incondicionado (EI)	 Comida	Respuesta incondicionada (RI)  Salivación
	Estímulo neutro (EN)	 Campana	
Posterior al condicionamiento	 Campana		 Salivación

Figura 10.1. Ejemplo de condicionamiento clásico.
(Elaboración propia)

Contracondicionamiento

Este término surgió a partir de los estudios de Eroféeva en 1912, donde aplicaba un *shock* eléctrico suave (estímulo aversivo [EA]) a un perro justo antes de darle comida. Con el paso del tiempo, observó que el estímulo aversivo (ahora condicionado [EAC]), independientemente de la región en que se aplicase, ya no producía la respuesta defensiva (como gruñir), sino que esta había sido sustituida por la salivación. De esta manera, se demostró que el condicionamiento podía ser neutralizado al emparejar una respuesta aversiva con el alimento (Ruiz *et al.*, 2012).

En 1921, Shenger-Krestovnikova realizó un estudio con perros en el que produjo la llamada “neurosis inducida experimentalmente”

o la “neurosis experimental”. El estudio consistió en un entrenamiento de discriminación perceptiva que buscaba producir el resultado de la salivación (EN) como respuesta a un estímulo condicionado circular (EC) y un condicionamiento inhibitorio (CI) frente a un estímulo de elipse. Es decir, el estímulo excitatorio era el círculo y el inhibitorio era la elipse, por lo que la respuesta de salivación debía presentarse ante el estímulo excitatorio. El experimento implicaba castigar al animal por salivar (RC) en ausencia de la señal (estímulo circular). Al paso del tiempo, el animal era incapaz de responder correctamente a la tarea, lo que le generaba un estado de excitación, desorganización de la conducta e incluso, agresividad (Ruiz *et al.*, 2012; Sánchez y Ruiz, 2008).

Los estudios de condicionamiento y contracondicionamiento fueron la base para el desarrollo de diversos tratamientos para la ansiedad y los miedos patológicos. A partir de ello, surgieron términos como extinción (se presenta el EC en ausencia del EI), habituación (familiarización con el estímulo fóbico), exposición y evitación.

Estrategias de intervención

Las estrategias desarrolladas a partir del condicionamiento clásico retoman los hallazgos experimentales desde la neurofisiología para el tratamiento de la ansiedad y el miedo, las cuales han servido como base para el desarrollo de otras adicionales que siguen vigentes a la fecha (Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012).

Desensibilización sistemática

Es una técnica desarrollada por Wolpe en 1958 para el tratamiento de las fobias y la ansiedad. Se basa en el principio de Sherrington, el cual indica que la relajación es una respuesta fisiológicamente opuesta a la ansiedad (Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016) y es un tratamiento de eliminación de fobias con base en el condicionamiento clásico (Ruiz *et al.*, 2012).

Su fundamentación tiene origen en el contracondicionamiento, dado que se asocia una respuesta incompatible con la ansiedad al estímulo ansiógeno (de manera general, la relajación). Es decir, ante la presencia del estímulo que provoca la ansiedad, se genera una respuesta, por ejemplo, de relajación. Para que esto funcione es necesario considerar el ambiente y la respuesta emocional (por ejemplo, la evitación) alrededor de la fobia en cuestión (Ruiz *et al.*, 2012).

La presentación del estímulo ansiógeno o fóbico se realiza mediante la imaginación y se induce una respuesta de relajación como parte de los estímulos, los cuales incrementarán gradualmente su intensidad. Esto busca favorecer la extinción, en el entendido de que esta última “no borra la memoria ni el aprendizaje previo, sino que crea un nuevo aprendizaje que interfiere con el original” (Vurbic & Bouton, 2014, en Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016, p. 159). Para que este tenga efectos a largo plazo, es necesario trabajar con una respuesta alternativa e incompatible como la relajación.

La desensibilización sistemática es más eficaz en el tratamiento de los miedos o fobias (no sustentadas por la creencia del sujeto) que ante trastornos de ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia y trastornos obsesivo compulsivos. Se han detallado aplicaciones de la desensibilización sistemática en el tratamiento de diversas fobias: infantiles, social, a volar, a exámenes médicos, a intervenciones dentales o a los exámenes (Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016).

La estrategia de desensibilización sistemática se dirige a disminuir la ansiedad y las respuestas de evitación que una persona ejecuta ante estímulos fóbicos. El procedimiento general consiste en entrenar a la persona en técnicas de respiración profunda y relajación, de manera que pueda llevarlas a cabo mientras se expone, de manera real o imaginaria, a las situaciones que le generan miedo y ansiedad. Es importante considerar que los estímulos ansiógenos se deben presentar de manera jerárquica y se requiere que su intensidad incremente gradualmente. Con ello se logra

la inhibición de la respuesta de ansiedad mediante la relajación como respuesta alternativa e incompatible (Ruiz *et al.*, 2012; Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016).

Como ejemplo de lo anterior, se presenta el caso de una persona con fobia a las arañas, al grado que con solo verlas presenta una respuesta de ansiedad y evitación. Para aplicar la desensibilización sistemática, primero, se entrenaría a la persona en técnicas de respiración profunda o relajación; después, se establecería una secuencia de estímulos relacionados con las arañas, buscando que fueran de mayor a menor intensidad, es decir, podrían ir desde una fotografía de una araña, hasta la presencia real de una. A continuación, se presentarían los estímulos de menor a mayor intensidad, buscando asociar la presencia de las arañas con una respuesta de relajación empleando las bases del contracondicionamiento, de manera que, al ver las arañas, la respuesta de relajación se interponga a la de ansiedad y al miedo. Así, progresivamente se genera un nuevo aprendizaje en el cual la persona ya no tiene la respuesta de fobia ante las arañas.

En general, los pasos para aplicar la desensibilización sistemática planteados en diferentes textos (Kazdin, 2000; Ruiz *et al.*, 2012; Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016) son:

1. Identificar las experiencias que generan ansiedad.
2. Elegir la respuesta incompatible con la ansiedad y entrenar a la persona en técnicas de respiración profunda y relajación.
3. Seleccionar los diferentes estímulos que generan ansiedad y ordenarlos de manera jerárquica, de manera que se organicen en una secuencia de intensidad ansiógena gradual.
4. Aplicar el plan establecido. Presentar el estímulo de menor intensidad ansiógena y pedirle a la persona que lleve a cabo las técnicas de relajación aprendidas. Cuando consiga controlar su ansiedad ante el estímulo, se pasará al siguiente de mayor intensidad, y así sucesivamente hasta

concluir la secuencia establecida y extinguir la respuesta de ansiedad.

Terapias de exposición

Estas surgieron a partir de los estudios sobre el tratamiento de la ansiedad y los miedos mediante la desensibilización sistemática, así como de la observación de la disminución de la ansiedad, aun cuando no se emplea ninguna técnica de relajación.

En los desórdenes de ansiedad, la evitación se considera un rasgo central, por ello, las técnicas de exposición buscan exponer al sujeto al estímulo fóbico o ansiógeno, disminuyendo gradualmente hasta desaparecer la respuesta de miedo o ansiedad, lo cual se explica a través de la habituación, hecho que genera un nuevo aprendizaje en relación con el estímulo fóbico o ansiógeno. (Delgado y Sánchez, 2019; Ruiz *et al.*, 2012).

Las técnicas de exposición están indicadas para la intervención en dos casos (Ruiz *et al.*, 2012): personas con ansiedad y personas que presentan conductas de evitación o escape con un impacto negativo en su vida. El objetivo de estas técnicas es reducir el miedo o la ansiedad al promover procesos de extinción y habituación.

Las técnicas de exposición difieren en relación con parámetros como la forma de presentación del estímulo, la intensidad, la duración, la frecuencia y la ayuda o apoyo para la presentación del estímulo temido (Ruiz *et al.*, 2012). A continuación, se describen algunas de las técnicas de exposición más importantes.

- a) *Exposición en vivo*. Busca enfrentar al sujeto directamente con el estímulo fóbico o ansiógeno, ya sea de forma gradual o mediante la denominada inundación, la cual consiste en una exposición prolongada. Las sesiones pueden tener una duración de una hora o más (se han descrito sesiones únicas de hasta dos o tres horas de duración). Se puede hacer uso de técnicas que funcionen como moduladoras de la

ansiedad como la relajación, autoinstrucciones y la distracción, entre otras (Ruiz *et al.*, 2012).

Una variante de este tipo de exposición es la llamada exposición simulada, en la cual se recrea la situación temida. Esta variante se ha empleado sobre todo en casos de ansiedad social, pues enfrentar de manera controlada a la persona con la situación que le ocasiona la ansiedad realizando simulaciones de preparación antes de enfrentarse a la situación en la vida real.

- b) *Exposición simbólica*. Se lleva a cabo mediante representaciones mentales (imaginación), visuales (fotos, dibujos, películas), auditivas (grabaciones de audio), entre otras, en las que se expone al sujeto a la situación temida. Si bien es cierto que es más efectiva la exposición en vivo, esta variante ha demostrado efectividad en situaciones en las que no es posible realizar la exposición directa debido a la complejidad del estímulo. Esta técnica también se ha empleado como acercamiento inicial antes de la exposición en vivo (Ruiz *et al.*, 2012).
- c) *Exposición virtual*. Se han empleado para el tratamiento de diferentes fobias como la del miedo de hablar en público. En ese caso, se emplean simuladores de realidad virtual para recrear escenarios en los que aparece un auditorio o un salón de clases virtual, en donde la persona deberá exponer alguna idea frente a una serie de avatares o personas virtuales. Estos pueden estar programados para representar diferentes comportamientos que generen la respuesta de ansiedad en la persona bajo tratamiento. Es así como la persona es expuesta repetidamente a las experiencias que le generan ansiedad hasta conseguir su extinción (García-García *et al.*, 2011).

Los pasos para aplicar la estrategia de exposición planteados por diferentes autores (Kazdin, 2000; García-García *et al.*, 2011; Ruiz *et al.*, 2012) son:

1. Identificar la experiencia ansiógena.
2. Elegir la forma de presentación (real o simbólica), intensidad, duración y frecuencia en la que se expondrá el estímulo ansiógeno.
3. Presentar el estímulo ansiógeno hasta que la ansiedad se reduzca a la mitad.
4. Continuar el procedimiento establecido hasta conseguir la reducción o eliminación de la conducta de ansiedad.

Estrategias de intervención basadas en el condicionamiento operante

Los fundamentos del condicionamiento operante o instrumental fueron formulados principalmente por B. F. Skinner, quien, junto con otros investigadores, identificó en el contexto del laboratorio, una serie de principios de aprendizaje, los cuales, de manera progresiva, fueron probados en contextos más naturales y con seres humanos en conductas de la vida cotidiana (Kazdin, 2000).

De acuerdo con el condicionamiento operante, se entiende a la conducta en función de la manera en la que esta afecta (opera) al ambiente, es decir, se analiza la relación entre la conducta y los eventos ambientales (antecedentes y consecuentes) que influyen en ella. Para ello, Skinner considera tres elementos: los eventos antecedentes (A) que corresponden a los estímulos anteriores a la conducta; la propia conducta realizada por un organismo (B), y los eventos consecuentes (C) que se refieren a los que ocurren inmediatamente después de la conducta (pueden ser cambios o ausencia de ellos en el ambiente) (Kazdin, 2000; Salorio, 2000). Así, el condicionamiento operante explica la conducta en términos de

contingencias, lo cual se refiere a las relaciones de probabilidad establecidas entre A, B y C.

A continuación, se presenta una serie de estrategias de intervención basadas en los principios del condicionamiento operante, enfocadas al incremento, disminución, mantenimiento y adquisición de conductas.

Reforzamiento

Es la estrategia más utilizada para el incremento o mantenimiento de una conducta. Se basa en la idea de que una conducta se puede asociar con determinadas consecuencias, lo cual determina que sea más o menos probable que dicha conducta se repita (Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012).

Reforzamiento positivo

Consiste en la aplicación de un estímulo positivo (reforzador) de manera contingente a la conducta que se desea aumentar, es decir, el reforzador positivo debe aplicarse inmediatamente después de la conducta, y con ello se aumenta la probabilidad de que dicha conducta se continúe presentando (Kazdin, 2000; Martin y Pear, 2008; Ruiz *et al.*, 2012).

Para utilizar esta estrategia es indispensable identificar con precisión la conducta que se desea incrementar, así como definir el estímulo positivo (reforzador) a utilizar. Existen reforzadores positivos que pueden ser útiles para la mayoría de las personas, como es la comida; sin embargo, es necesario seleccionar un reforzador específico que sea eficaz para la persona que recibirá la intervención. Si el reforzador positivo funciona, es posible seguir utilizándolo para incrementar otras conductas (Martin *et al.*, 2008).

Los reforzadores positivos se pueden categorizar en:

- a) *Primarios o incondicionados*. Son aquellos que tienen un valor reforzante sin necesidad de entrenamiento,

satisfacen necesidades biológicas o contribuyen al bienestar de la persona, como la comida o la bebida.

- b) *Secundarios o condicionados*. Son aquellos que adquirieron su valor reforzante gracias a un entrenamiento o aprendizaje previo, como el dinero, las calificaciones, los elogios o las demostraciones de afecto (Kazdin, 2000).

Es importante tomar en cuenta que existe la posibilidad de que los reforzadores no siempre tengan un valor. Es por ello que al elegir un reforzador positivo se consideren dos factores clave: privación y saciedad. La primera se refiere al tiempo que ha transcurrido sin que la persona tenga acceso al reforzador, a mayor tiempo de privación, más eficaz será el reforzador; por ejemplo, si queremos utilizar la comida como reforzador de una conducta, a mayor tiempo que la persona no ha tenido contacto con la comida, esta tendrá mayor fuerza como reforzador. Por su parte, la saciedad se refiere a que si la persona recibe el reforzador con frecuencia puede llegar al punto en que deje de funcionar como tal, pues ya no tendrá valor para la persona. Siguiendo con el ejemplo de la comida como reforzador, si la persona ha comido frecuentemente, esta perderá su valor como reforzador (Martin *et al.*, 2008).

Reforzamiento negativo

Esta variante de reforzamiento consiste en retirar un estímulo negativo inmediatamente después de que se presenta la conducta que se desea reforzar. Con ello, aumentará la probabilidad de que esta se siga presentando. Es indispensable que el estímulo negativo que se planea retirar ya se esté presentando en la vida de la persona antes de que se utilice como reforzador negativo. Al igual que el refuerzo positivo, el refuerzo negativo se debe elegir con cuidado ya que no suelen funcionar de igual forma en todas las personas, ni cuentan con el mismo valor como reforzador todo el tiempo (Kazdin, 2000).

Dentro del reforzamiento negativo existen dos procedimientos distintos:

- a) *Escape*. En este procedimiento el estímulo negativo se presenta, pero la conducta a incrementar permite que se escape de él. Por ejemplo, al acercar la mano a una horni-lla encendida, se experimenta la sensación de ardor y dolor (estímulo negativo), pero se puede escapar de ese estímulo al retirar la mano de la flama (reforzador negativo). Esto favorecerá que la persona mantenga la mano lejos de la flama en ocasiones posteriores (conducta reforzada).
- b) *Evitación*. En este caso, la ejecución de la conducta que se desea aumentar previene que se presente el estímulo negativo. Por ejemplo, si un niño recibe un regaño cuando su madre llega a casa por no haber tendido su cama, este comenzará a tender su cama antes de que su mamá llegue (conducta reforzada) y de esa forma evitará el regaño (reforzador negativo) (Domjan, 2010).

Programas de reforzamiento

Al reforzar una conducta se requiere establecer reglas que especifiquen en qué momento se administrará el reforzador; es decir, establecer la relación existente entre la conducta a modificar y la presentación del reforzador (Kazdin, 2000; Domjan, 2010; Dorrego, 2011; Ruiz *et al.*, 2012).

Los programas de reforzamiento se pueden clasificar en continuos e intermitentes. A continuación, se ofrecen más detalles de las características de cada uno, así como de las subcategorías en las que se dividen.

Continuo. En este tipo de programas se presenta el reforzador siempre que se ejecuta la conducta que se desea aumentar. Por lo regular, se utilizan cuando se quiere instalar una nueva conducta o en conductas débiles o inestables; produce resultados rápidos al

principio. Por ejemplo, cuando se desea instaurar en un niño el lavado de manos antes de comer (conducta); cada vez que este lleve a cabo la conducta, recibe un halago por parte de sus padres por haberlo hecho (reforzador). De esta manera, se incrementa la probabilidad de que el menor se lave las manos antes de comer (Kazdin, 2000; Ruiz *et al.*, 2012).

Intermitente. En estos casos, el reforzador se administra una vez que la conducta se ha presentado. Estos programas suelen utilizarse cuando se desea mantener la frecuencia de aparición de una conducta ya existente (Domjan, 2010). Los programas de reforzamiento intermitente también se clasifican en dos subcategorías:

- a) *De razón:* en ellos, la administración del reforzador depende del número de respuestas (conductas) que realiza el sujeto. A su vez, estos programas pueden dividirse en:
 - I. Fijos. Se determina un número fijo de conductas y, cada vez que se alcanza ese número, se administra el reforzador. Siguiendo con el ejemplo de la conducta del lavado de manos, antes de comer, una vez que la conducta se estableció en el niño por medio del reforzamiento continuo, se puede cambiar a un programa de reforzamiento intermitente de razón fija, en el cual se establece que, cada cinco conductas, se otorgue el reforzador (RF5). Esto quiere decir que cada que el niño se lave las manos antes de comer en cinco ocasiones recibirá, por parte de sus padres, un halago por haberlo hecho (reforzador) (Domjan, 2010; Dorrego, 2011; Ruiz *et al.*, 2012).
 - II. Variables. El reforzador se administra después de un número variable de conductas ejecutadas. El valor numérico de este tipo de programa es un promedio de las respuestas requeridas para recibir el reforzador. Siguiendo con el ejemplo anterior, una vez que se

consiguió que el niño se lave las manos antes de comer, se puede pasar a un programa de reforzamiento de razón variable de cinco (RV5). En este caso, aunque existe un número establecido para reforzar la conducta (5), se sigue una pauta aleatoria alrededor de ese número que es tomado como promedio. Así, el niño puede recibir el halago de sus padres (reforzador) después de haberse lavado las manos siete veces, luego tres veces, luego cuatro veces, luego seis veces (Domjan, 2010; Dorrego, 2011; Kazdin, 2000; Ruiz *et al.*, 2012).

- b) *De intervalo*: el criterio para presentar el reforzador es el tiempo. Es decir, debe transcurrir un tiempo determinado entre la ejecución de la conducta y la administración del reforzador. Estos programas también pueden ser fijos o variables.
- I. Fijos. Se define un tiempo específico y siempre que la conducta se presente después de ese periodo, se administra el reforzador. Por ejemplo, si se desea que un niño realice su tarea de manera continua, se puede elegir un programa de reforzamiento de intervalo fijo de 15 minutos (IF15), en el cual, cada 15 minutos, si el menor está realizando su tarea, sus padres lo felicitarán (reforzador).
 - II. Variables. El reforzador se administra cuando la conducta se presenta después de intervalos de tiempo variables. En este caso, los intervalos se pueden acortar o alargar. Continuando con el ejemplo anterior, se puede utilizar un programa de intervalo variable a 15 minutos (IV15), por lo cual se felicitará al niño si está realizando su tarea a los 12 minutos, después a los 18 minutos, luego a los 9 minutos, después a los

21 minutos, etcétera (Domjan, 2010; Dorrego, 2011; Kazdin, 2000; Ruiz *et al.*, 2012).

En general, los pasos para aplicar la estrategia de reforzamiento planteadas por los distintos autores (Domjan, 2010; Dorrego, 2011; Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012) son:

1. Identificar la conducta que se desea incrementar y definirla en su totalidad de manera clara y objetiva.
2. Identificar y seleccionar los reforzadores eficaces para la persona, elegir varios para evitar la saciedad y tener presente la privación.
3. Definir la cantidad óptima del reforzador de acuerdo con la conducta y con el sujeto.
4. Elegir el programa de reforzamiento más eficiente para el caso.
5. Seguir el programa de reforzamiento establecido aplicando el reforzador de manera contingente.
6. Retirar de manera gradual los reforzadores manteniendo la conducta en el nivel deseado.

Castigo

Es una estrategia utilizada para reducir o eliminar conductas. Este se basa en el principio de que, si una conducta es seguida por un evento aversivo o por la retirada de un evento positivo, disminuirá la probabilidad de ocurrencia (Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012; Rodríguez, 2013).

Castigo positivo

Ocurre cuando un estímulo aversivo se presenta después de la emisión de una conducta, con lo cual se disminuye la probabilidad de que esta se vuelva a presentar. Por ejemplo, cuando un niño mete tierra a su boca (conducta) y le sabe feo (estímulo aversivo)

disminuye la probabilidad de que lo vuelva a hacer (Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012; Rodríguez, 2013).

En general, se habla de dos tipos de estímulos aversivos:

- a) *Primarios o incondicionados*: son aquellos que universalmente se pueden considerar como negativos, tales como el dolor, un choque eléctrico o un ruido fuerte.
- b) *Secundarios o condicionados*: son aquellos que han adquirido el carácter negativo por haberse asociado a otros estímulos aversivos, como los insultos verbales y los gestos de desaprobación (Kazdin, 2000; Ruiz *et al.*, 2012).

Una estrategia basada en el castigo positivo es la *sobrecorrección*, la cual consiste en aplicar un estímulo aversivo después de realizar una conducta inadecuada, pero el estímulo aversivo está relacionado con la conducta que se desea eliminar. Por ejemplo, si un niño tira la comida (conducta que se desea eliminar), tendrá que limpiar todo lo que tiró (estímulo aversivo). El hecho de limpiar lo que ensució se conoce como *sobrecorrección restitutiva*, pues se restablece el fallo cometido. Si la persona debe realizar una conducta positiva a causa de la ejecución de una conducta inadecuada, esta realizaría una *sobrecorrección de práctica positiva*. En el ejemplo anterior, el niño que tiró la comida de su plato ahora debe servir correctamente su comida y la de los demás (Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Rodríguez, 2013).

Castigo negativo

Se presenta cuando se retira un estímulo positivo después de la ejecución de una conducta no deseada. Así, disminuye la probabilidad de que vuelva a ocurrir dicha conducta. Un ejemplo es cuando la policía le retira a una persona su licencia de manejo luego de cometer una infracción (Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012; Rodríguez, 2013).

Existen dos estrategias basadas en retirar estímulos positivos tras de la ejecución de una conducta no deseada, estos son:

- a) *Tiempo fuera*. En esta estrategia se retira a la persona de una situación reforzante después de realizar una conducta inadecuada. Durante un tiempo limitado a una situación no reforzante, esta estrategia se utiliza generalmente con los niños. Por ejemplo, cuando se manda a un adolescente a su recámara sin acceso a celular, computadora o televisión, luego de conducirse de manera inadecuada, o bien, cuando a un niño es enviado al “rincón de pensar” o al “espacio de tiempo fuera” cuando comete alguna acción inapropiada (Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012; Rodríguez, 2013).

Para que la estrategia del tiempo fuera sea efectiva es indispensable que la persona conozca con exactitud cuál es la conducta por la que se está aplicando. Debe tener una duración breve: se sugieren cinco minutos para niños menores de cinco años y para mayores se propone llegar hasta 15 minutos. Durante el tiempo fuera, no debe presentarse ningún reforzador positivo (Ruiz *et al.*, 2012).

- b) *Coste de respuestas*. La persona pierde un reforzador positivo que previamente había adquirido como consecuencia de llevar a cabo una conducta inadecuada. Un ejemplo es cuando los bancos cobran comisiones extras en las cuentas bancarias de las personas por disminuir el monto mínimo requerido o cuando una persona pierde su licencia de conducir por cometer una infracción (Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012; Rodríguez, 2013).

Para que la estrategia de castigo funcione es indispensable que este se aplique de manera contingente y continua a la ocurrencia de la conducta inadecuada. Es recomendable aplicar el castigo al

mismo tiempo que se utiliza el reforzamiento de conductas alternativas deseables. Igualmente, se pondera utilizar el castigo negativo sobre el positivo. Al aplicar esta estrategia, también debe considerarse que, en ocasiones, la persona que recibe el castigo puede reaccionar agresivamente o que, ante el uso continuo del castigo, este pierda su fuerza (Kazdin, 2000; Ruiz *et al.*, 2012).

En síntesis, los pasos para aplicar la estrategia de castigo (Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Domjan, 2010; Ruiz *et al.*, 2012; Rodríguez, 2013) son:

1. Identificar la conducta que se desea eliminar y definirla en su totalidad de manera clara y objetiva.
2. Seleccionar el castigo eficaz para la persona.
3. Seguir el programa establecido aplicando el castigo elegido de manera contingente.

Extinción

Este principio consiste en dejar de presentar el reforzador cuando una conducta ha sido reforzada previamente, esto disminuye la probabilidad de que dicha conducta sea ejecutada; es decir, si una conducta ha aumentado consistentemente su frecuencia gracias a que ha sido reforzada, cuando se retire el reforzador disminuirá la frecuencia de tal conducta. Por ejemplo, si unos padres han corrido a atender a su hijo (reforzador positivo) cada que emite gritos y llanto (conducta identificada), dicha conducta ha sido reforzada positivamente con la atención. Para extinguirla, es necesario que los padres dejen de brindar atención (reforzador positivo) al menor cada que este grita o llora (Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Rodríguez, 2013).

Sobre la eficacia del proceso de extinción, es importante tomar en cuenta diversas características del reforzador, como el programa de reforzamiento mediante el cual ha sido administrado. La extinción se presenta con mayor rapidez en conductas que han recibido

reforzamiento continuo, mientras que el reforzamiento intermitente genera mayor resistencia. Asimismo, entre mayor es el intervalo del programa de reforzamiento intermitente, mayor es la resistencia de la conducta a la extinción. Otras características que influyen son la medida del reforzador que se ha administrado y la cantidad de tiempo en que se ha reforzado la conducta. En ambos casos, entre mayor sea la cantidad, mayor será la resistencia que se presentará para extinguir la conducta (Ruiz *et al.*, 2012).

En esta estrategia es indispensable considerar que la eliminación de la conducta ocurre de manera gradual, aunque cabe la posibilidad de un incremento inicial en la conducta que justamente se desea extinguir. Estos son elementos que se deben considerarse, sobre todo si la conducta objetivo es agresiva o de riesgo. Siguiendo con el ejemplo anterior, en cuanto los padres dejen de atender a su hijo cuando grita o llora, puede ocurrir que el hijo grite o llore con mayor fuerza para obtener el reforzador que desea (Martin *et al.*, 2008; Rodríguez, 2013).

Para potenciar esta estrategia se suele reforzar conductas alternativas deseables con el objetivo de que, al incrementar la frecuencia de la conducta alternativa, disminuya la probabilidad de que se presente nuevamente la conducta que se desea extinguir. Por ejemplo, en el caso anterior, además de que los padres dejarán de prestar atención a su hijo cuando grita o llora, pueden reforzar con atención cuando el menor les llama o pide su atención sin gritar o llorar (Kazdin, 2000; Ruiz *et al.*, 2012).

Otro aspecto a tomar en cuenta es que, en ocasiones, la conducta que se ha extinguido puede recuperarse de manera espontánea por algún elemento ambiental que vuelva a reforzarla, aunque sea de manera accidental. Por ejemplo, siguiendo con el caso anterior, mientras los padres trabajan en extinguir la conducta de su hijo de gritar y llorar cada vez que desea atención, y un día reciben una visita que brinda atención al menor cuando llora o grita, la conducta volverá a reforzarse y se resistirá a la extinción. Por ello,

se requiere ser sistemático y preciso al aplicar esta técnica con el fin de mantenerla hasta que se elimine por completo la conducta objetivo (Martin *et al.*, 2008; Rodríguez, 2013).

De manera general, los pasos que se siguen para aplicar la estrategia de extinción (Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012; Rodríguez, 2013) son:

1. Identificar la conducta objetivo y definirla claramente.
2. Detectar el reforzador que se ha estado implementando para aumentar la conducta objetivo.
3. Identificar conductas alternativas y los reforzadores.
4. Detener la entrega del reforzador que ha sostenido la conducta objetivo y reforzar las conductas alternativas hasta conseguir la extinción de la conducta objetivo.

Moldeamiento

Esta estrategia se utiliza para adquirir nuevas conductas en el repertorio de la persona. Se basa en el reforzamiento de conductas que se acerquen de manera sucesiva a la conducta meta, por ello también se denomina método por aproximaciones sucesivas (Domjan, 2010; Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012).

Para aplicar esta estrategia es indispensable, primero, definir la conducta meta a la que se desea llegar y, después, identificar qué conductas realiza el sujeto que se asemejen, aunque sea de forma mínima, a la conducta meta. Para comenzar, se refuerza una conducta que la persona ya realiza, a medida que se refuerza y estabiliza la presencia de las conductas más parecidas a la meta, se dejan de reforzar las conductas menos parecidas. Esta estrategia se utiliza para instaurar conductas nuevas simples (palabras) o complejas (algún hábito que se compone de diversas conductas) (Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012).

De acuerdo con Martin *et al.* (2008), se pueden moldear cuatro dimensiones de la conducta: topografía, cantidad, latencia e

intensidad. La topografía se refiere a los movimientos específicos que requiere la conducta (configuración espacial), por ejemplo, aprender a utilizar una cuchara o palillos para comer. La cantidad de una conducta se refiere a la frecuencia (número de veces en que ocurre una conducta en un periodo de tiempo) y a la duración (cantidad de tiempo en la que se ejecuta una conducta); así, en cuanto a frecuencia, se podría moldear la distancia que un atleta corre en cinco minutos; la duración, por otro lado, se podría moldear el tiempo en que un niño realiza su tarea. La dimensión de latencia de la conducta también es conocida como tiempo de reacción, es decir, el tiempo que transcurre entre un estímulo dado y la emisión de una conducta. Por ejemplo, en el caso de los atletas, es el tiempo que transcurre entre el disparo que marca el inicio de la carrera y el momento en que el atleta comienza a correr. Otro ejemplo podría ser el tiempo que transcurre entre la indicación de un padre a su hijo que levante sus juguetes y el momento en que lo hace. Finalmente, la intensidad se refiere a la fuerza con la que se realiza la conducta, por ejemplo, la cantidad de peso que levanta una persona o el volumen de voz con el que habla un orador (Ruiz *et al.*, 2012).

Los pasos para aplicar el moldeamiento (Domjan, 2010; Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012) son:

1. Definir con claridad la conducta meta a la que se desea llegar.
2. Identificar conductas que la persona lleva a cabo que se asemejan, aunque sea mínimamente, a la conducta meta.
3. Elegir la conducta inicial a reforzar.
4. Seleccionar los reforzadores que se utilizarán.
5. Diseñar los pasos del moldeamiento y establecer la duración de cada uno.
6. Implementar el plan establecido.

Encadenamiento

Esta estrategia se basa en que la mayor parte de las conductas se componen de una cadena de respuestas individuales ordenadas en una secuencia determinada, en la que cada conducta funciona como estímulo de la respuesta siguiente. Así, el *encadenamiento* consiste en unir los eslabones que compondrán dicha cadena. Ejemplos de encadenamiento son aprender a vestirse, tocar un instrumento musical, escribir un libro, practicar un deporte o hacer una dieta (Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012).

Por lo general, las conductas individuales que componen la cadena de conducta ya existen en el repertorio de la persona y, para unir los eslabones, cada una debe comenzar a funcionar como un estímulo discriminativo (E^D) de la siguiente; es decir, cada estímulo discriminativo funciona como un reforzador en sí mismo y, aunque al final de la cadena de conducta se recibirá un reforzador, cada conducta intermedia funciona como uno, de manera que se puede sostener la cadena de conductas. Los estímulos discriminativos adquieren valor de reforzador al asociarse el número de veces suficiente con el reforzador que se administra al final de la cadena (Kazdin, 2000; Ruiz *et al.*, 2012).

Existen tres métodos para llevar a cabo el encadenamiento: presentar la cadena completa, realizar el encadenamiento hacia atrás o realizarlo hacia adelante. En la presentación, la persona practica la cadena de conducta en todos los ensayos hasta que la aprende totalmente; por ejemplo, si la cadena que se desea aprender se compone de siete pasos, la persona deberá realizar cada uno de estos. En los otros dos métodos, la cadena de conducta se aprende de manera gradual. En el encadenamiento hacia atrás, se aprenden las conductas en el orden inverso al que se realizan; es decir, primero se enseña la última conducta, la séptima, esta se eslabona después con la sexta, luego con la quinta, y así sucesivamente hasta llegar a la primera.

En el encadenamiento hacia adelante se presentan las conductas en el orden de la secuencia, es decir, primero la conducta uno, después, la uno se eslabón con la dos, luego la uno con la dos y la tres, y así sucesivamente hasta presentar la secuencia completa (Martin *et al.*, 2008). Por ejemplo, si se desea que un niño aprenda a ponerse el uniforme correctamente, es indispensable dividir la cadena de conducta en unidades:

1. Ponerse la camisa.
2. Ponerse el pantalón.
3. Ponerse el suéter.
4. Ponerse las calcetas.
5. Ponerse los zapatos.

Siguiendo el método de cadena completa, el niño debe ejecutar las conductas 1, 2, 3, 4 y 5, en ese orden, para recibir el reforzador identificado en cada ensayo. En el método de encadenamiento hacia atrás, uno de los padres viste al niño en los pasos 1, 2, 3 y 4 y el niño se pone los zapatos (5) y ahí se entrega el reforzador. Cuando esa conducta ya está aprendida, el padre viste al niño en los pasos 1, 2 y 3 y deja que el niño se ponga las calcetas (4) y los zapatos (5) y ahí se entrega el reforzador. Así, se retrocede en cada uno de los eslabones.

En general, los pasos para aplicar la estrategia de encadenamiento planteados por diferentes autores (Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012) son:

1. Definir la cadena de conductas que se desea encadenar.
2. Elegir el reforzador que se utilizará.
3. Identificar con claridad las unidades que componen la cadena de conducta, considerando que sean lo suficientemente simples para ser aprendidas.
4. Elegir el método de encadenamiento que se utilizará (cadena completa, encadenamiento hacia atrás o hacia adelante).
5. Enseñar las unidades de la cadena en la secuencia correcta.

6. Seguir el método de encadenamiento elegido hasta que la cadena haya sido aprendida.

Desvanecimiento

Es un procedimiento de cambio gradual que se utiliza cuando se desea instalar una conducta que no existe en el repertorio de la persona. Primero se introducen inductores para que la persona aprenda la conducta deseada. Una vez consolidada dicha conducta en el repertorio de la persona, se retiran los inductores de manera gradual. En este procedimiento también se utiliza el reforzamiento, el cual se presenta cada que la persona realiza correctamente la conducta deseada (Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012).

Existen eventos que se ejecutan para inducir una respuesta (conducta); es decir, propician que la persona inicie y lleve a cabo la conducta deseada. Estos eventos se llaman inductores o instigadores (Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012). Por ejemplo, si se desea que un niño aprenda a escribir la letra “A”, se pueden utilizar diferentes inductores: verbales, al darle instrucciones sobre cómo escribirla; físicos, como tomarle la mano y ayudarlo a trazar la letra; visuales, al seguir un modelo a partir del cual traza la letra.

En el mismo ejemplo, la aplicación de la técnica de desvanecimiento consistiría en dar al niño los inductores planteados desde el principio (se le dan instrucciones, se le toma la mano para guiar el trazo de la letra y ve a alguien que funge como modelo, haciéndolo). Cada vez que el niño traza correctamente la letra “A”, recibe un halago (reforzador); cuando el niño ya realiza el trazo de manera correcta, se disminuyen los inductores gradualmente. Primero se elimina al modelo que le enseñaba cómo trazarla; después, se sujeta cada vez con menos fuerza la mano del pequeño hasta que se elimina ese inductor físico; finalmente, se va disminuye la cantidad de instrucciones que se le daban. En este punto, es

necesario considerar cuál será el estímulo con el cual se busca que el niño finalmente responda a la conducta deseada. Así, el niño podría trazar correctamente la letra cada vez que se le indique: “Escribe la letra A mayúscula”. Al final de este procedimiento, solamente se dejará dicho estímulo para que el menor escriba la “A”.

En general, los pasos para aplicar la estrategia de desvanecimiento (Kazdin, 2000; Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012) son:

1. Definir con claridad la conducta meta que se desea instalar.
2. Elegir el estímulo final con el cual se desea que se realice la conducta.
3. Seleccionar el reforzador adecuado.
4. Escoger los inductores que se utilizarán para provocar la conducta meta.
5. Definir los pasos de la inducción y del desvanecimiento.
6. Implementar el plan establecido.

Economía de fichas

Consiste en un conjunto de contingencias organizadas que se utiliza tanto para eliminar conductas inapropiadas como para fomentar la ejecución de conductas adecuadas en combinación con procedimientos de reforzamiento y castigo. En esta estrategia, la persona recibe fichas (reforzador secundario o condicionado) por llevar a cabo conductas deseables, las cuales puede intercambiar por algunos reforzadores previamente establecidos (Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012).

Los pasos que conforman este programa son varios. Por un lado, se deben definir con claridad las conductas específicas que se desean modificar, las fichas más adecuadas a utilizar y cuántas podrán obtenerse por la realización de cada conducta. También se debe tener en cuenta cuáles serán los reforzadores por los cuales se podrán intercambiar las fichas y cuántas fichas corresponderán a cada reforzador. El uso de las fichas resulta útil porque se pueden

entregar de manera inmediata a la realización de la conducta deseada, con lo cual se está reforzando tal conducta con un reforzador secundario que más adelante podrá ser intercambiado por un reforzador concreto. Con ello, se facilita la espera entre la realización de la conducta y la entrega del reforzador final (Martin *et al.*, 2008).

El programa de economía de fichas se puede aplicar tanto de manera individual como en grupo. En el segundo caso, es indispensable considerar que, al menos, debe existir un reforzador que sea considerado como tal, por todos los participantes. Luego de definir si se aplicará individual o grupalmente, es necesario decidir cuáles son las conductas meta. Por ejemplo, si se desea implementar un programa de economía de fichas en el aula para mantener el control del grupo, se pueden elegir conductas como: permanecer sentado y atendiendo la clase mientras el profesor habla, realizar las tareas solicitadas, responder correctamente los ejercicios en clase, acudir a clase con el material indicado y asistir con el uniforme completo.

Posteriormente, se definirá qué tipo de fichas se entregarán a la persona (talones, puntos, calcomanías en un cartel pegado en la pared, sellos en una cuponera). En el ejemplo planteado, puede elaborarse una tabla en la pared en la que aparezca el nombre de cada niño, las conductas meta y los diferentes días de la semana, de manera que se pueda colocar una calcomanía cada que el niño realice una de las conductas y en qué día la efectuó. Es indispensable seleccionar reforzadores acordes a la población en la que se aplicará la estrategia y que estos sean variados. En el ejemplo antes mencionado, es posible utilizar la obtención de minutos extra de recreo, no hacer alguna tarea de fin de semana, ganar una goma, lápiz o libreta. En este punto, también es necesario definir cuántas fichas corresponderán a cada reforzador. Por ejemplo, cinco fichas de tarea realizada pueden permitir obtener el reforzador de un fin de semana sin tarea, o cinco fichas por haber permanecido en su lugar sin hacer ruido y atendiendo al profesor, las que pueden ser

intercambiadas por el reforzador de cinco minutos extra de recreo (Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012).

En la aplicación de esta estrategia también es importante definir en qué momento se entregarán las fichas y el conteo de estas para canjearlas por los reforzadores. En el ejemplo planteado, se puede definir que antes de salir al recreo y antes de salir de clases, el profesor va a entregar a cada niño las fichas obtenidas para que estos las puedan colocar en la tabla en la pared, de modo que los menores también recibirán reforzadores sociales por parte del profesor y sus compañeros al pasar al frente y pegar su ficha en la tabla. También se puede especificar que al final de la semana se hará el conteo de fichas obtenidas para ser intercambiadas por los reforzadores. En principio, se sugiere que el tiempo entre la entrega de fichas y el intercambio por reforzadores sea corto, por ejemplo, cada tres días y poco a poco comience a extenderse. Finalmente, cuando las conductas meta ya estén consolidadas, el programa deberá irse retirando paulatinamente, transfiriendo el valor del reforzador a la propia realización de la tarea (Ruiz *et al.*, 2012).

En general, los pasos para aplicar la estrategia de economía de fichas, planteados por diferentes autores (Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012), son:

1. Identificar claramente las conductas meta.
2. Elegir las fichas que se utilizarán.
3. Definir el número de fichas que se pueden ganar por cada conducta realizada.
4. Seleccionar los reforzadores por los que se podrán intercambiar las fichas, preferentemente, se sugiere que sean varios.
5. Establecer las condiciones de canje de las fichas, cuándo se podrán intercambiar las fichas por los reforzadores y cuántas fichas corresponderán al canje de cada reforzador.
6. Implementar el plan.
7. Una vez consolidadas las conductas meta, retirar paulatinamente el programa de economía de fichas.

Contrato conductual o de contingencias

Es un acuerdo entre dos partes en el que se negocian las conductas a modificar (instalar o eliminar) y se establecen las consecuencias de cumplir o incumplir con las mismas. En general, se lleva a cabo por escrito en acuerdo con la persona que realizará el cambio conductual y con los padres o tutores en caso de que sea menor de edad. (Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012; Rodríguez, 2013).

Para implementar esta estrategia, primero, es necesario identificar con claridad el cambio de conducta esperado junto con la persona sujeta al contrato, quien a partir de ese momento se denominará usuario. Posteriormente, se describen las conductas a modificar y se clasifican de acuerdo con el objetivo que persiguen: incrementar, establecer, decrementar o eliminar. También se debe considerar qué personas del entorno del usuario podrán apoyar en la aplicación de las estrategias de intervención (padres, amigos, profesores), ya que son las personas que están en contacto con el usuario en el día a día. Estas personas serán entrenadas en la toma de registro de conducta y en la aplicación de las estrategias de intervención. Una vez realizados estos procedimientos, se deberán elegir las estrategias de intervención más útiles para cada conducta identificada.

Otro elemento importante es elaborar los registros de conducta, es decir, formatos en los que se pueda registrar la forma en la cual se presentan las conductas que se desean modificar (presencia, frecuencia, latencia, intensidad) (Martin *et al.*, 2008; Rodríguez, 2013). Posteriormente, se capacitará a terceros quienes ayudarán tanto en el registro de la conducta como en la aplicación de la intervención; asimismo, se definirán los momentos en los que serán revisados los registros y el avance de la aplicación. En general, se hacen revisiones semanales conforme al plan establecido (Martin *et al.*, 2008; Rodríguez, 2013).

Algunas consideraciones importantes para utilizar los contratos conductuales son: 1) explicar al usuario con total claridad la importancia de su papel en la realización del contrato para generar

un compromiso de su parte; 2) que el usuario firme el contrato por escrito para aumentar el compromiso; 3) definir el tiempo de duración del contrato, así como las consecuencias positivas que el usuario recibirá si cumple con el mismo y las consecuencias aversivas a la que se hará acreedor si no cumple con él. Dicho contrato debe ser justo y negociado, aunque se esté trabajando con menores de edad, ellos deben estar de acuerdo (Ruiz *et al.*, 2012; Rodríguez, 2013).

En resumen, los pasos para aplicar la estrategia de desvanecimiento planteados por diferentes autores (Martin *et al.*, 2008; Ruiz *et al.*, 2012; Rodríguez, 2013) son:

1. Identificar claramente las conductas a modificar.
2. Jerarquizar las conductas a modificar.
3. Identificar a las personas del entorno que ayudarán en el registro de conducta y en la aplicación de las estrategias de intervención.
4. Definir las estrategias de intervención a utilizar.
5. Elaborar los registros de la conducta.
6. Capacitar a terceros en el registro de conducta y en la aplicación de las estrategias de intervención.
7. Iniciar la aplicación del contrato.
8. Supervisar la ejecución a lo largo del tiempo establecido en el contrato.
9. Concluir el contrato.
10. Dar seguimiento.

Conclusiones

La primera generación de la terapia de conducta surgió como una orientación de psicoterapia revolucionaria para su época. A partir de entonces, el desarrollo de este modelo no se ha detenido, ya que

las estrategias de intervención que se desprendieron de esta continúan vigentes.

Las estrategias están basadas en principios sólidos sustentados por la investigación empírica. La terapia de conducta tiene un carácter autoevaluador que se observa a lo largo de todo su proceso de implementación, y que hace referencia a la metodología experimental, con énfasis en la validación empírica de los tratamientos. Igualmente, sigue una metodología ajustada al método hipotético-deductivo a lo largo del proceso de intervención. Es así como la práctica clínica avanza de la mano con la investigación en la psicología experimental.

A pesar de las críticas a dichas estrategias, desde el punto de vista ético, es necesario ejercerlas de acuerdo con el código deontológico de la profesión, evitando la mal implementación y ejerciendo el buen juicio clínico y ético en todo momento.

Las estrategias de primera generación conforman un cuerpo de procedimientos altamente eficaces. Actualmente, comprenden un elemento de aplicación frecuente en los programas de intervención cognitivo conductuales. En conjunto, representan un repertorio de técnicas y estrategias indispensables que todo psicoterapeuta debe conocer, tener la capacidad para identificar su relevancia clínica y poder implementar, según las necesidades de cada caso.

Resumen

1. Las estrategias de intervención de primera generación se basan en el principio de que la conducta es aprendida y, por tanto, puede ser modificada siguiendo los principios del aprendizaje.
2. Surgen como una alternativa terapéutica basada en la metodología experimental, cuentan con validez empírica y siguen vigentes en la actualidad.

3. Se basan en los paradigmas del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante.
4. El condicionamiento clásico se refiere a la asociación entre un estímulo neutro, un estímulo incondicionado y su respuesta incondicionada, de modo que el estímulo neutro elicit la aparición de la respuesta incondicionada, la cual se convierte en una respuesta condicionada.
5. Existen dos tipos de estrategias de intervención basadas en el condicionamiento clásico, a saber, la desensibilización sistemática y las terapias de exposición.
6. El condicionamiento operante se fundamenta en el incremento o disminución en la presentación de una conducta específica a partir de la presencia o ausencia de contingencias.
7. Se describen ocho estrategias de intervención basadas en el condicionamiento operante: reforzamiento, castigo, extinción, moldeamiento, encadenamiento, desvanecimiento, economía de fichas y contrato conductual.

Referencias

- Delgado, A. C. y Sánchez, J. V. (2019). Miedo, fobias y sus tratamientos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 42-78. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi192c.pdf>
- Domjan, M. (2010). *Principios de aprendizaje y conducta* (6ª ed.). Wadsworth Cengage Learning.
- Dorrego, M. E. (2011). Características de la instrucción programada como técnica de enseñanza. *Revista pedagógica*, 32(91), 75-97. <https://www.redalyc.org/pdf/659/65926549005.pdf>
- Froján, M. X. y Calero, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Behavioral Psychology*, 19(3), 659-682. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/676577/guia_frojan_bp_2011.pdf?sequence=1
- García-García, E. S., Rosa-Alcázar, A. I. y Olivares-Olivares, P. J. (2011). Terapia de exposición mediante realidad virtual e Internet en el trastorno de ansiedad/fobia social: una revisión cualitativa. *Terapia Psicológica*, 29(2), 233-243. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000200010>
- Kazdin, A. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas* (2ª ed.). Manual Moderno.
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla* (8ª ed.). Prentice Hall.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 159-172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147830>
- Rodríguez, M. L. (2013). "Manejo de contingencias". En: P. Valladares, y A. Rentería. (Coords.). *Psicoterapia cognitivo-conductual. Técnicas y procedimientos* (pp. 59-87). FES Iztacala, UNAM.

- Ruiz, M. A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Salorio, P. (2000). "Tratamientos psicológicos (III). Terapia de conducta". En: D. Barcia (Ed.), *Tratado de Psiquiatría* (pp. 757-768). Arán Ediciones.
- Sánchez, N. y Ruiz, G. (2008). Las investigaciones de W. H. Gantt y H. S. Liddell acerca de las neurosis experimentales y su importancia para la psiquiatría norteamericana (1930-1950). *Revista de Historia de la Psicología*, 29(2), 87-97. <https://idus.us.es/handle/11441/42802>
- Vallejo-Slocker, L. y Vallejo, M. A. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica*, 13(2), 157-168. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.16539>
- Vargas, J. A. (2006). Psicología clínica: consideraciones generales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(2), <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/19020>

Estrategias de intervención de segunda generación

Samuel Jurado Cárdenas

Introducción

Como se ha mencionado en capítulos previos de esta obra, el propósito de la psicología clínica ha sido explicar de qué manera funciona la mente humana para poder ayudar a quienes padecen algún tipo de trastorno. En este sentido, los profesionistas con orientación cognitivo conductual están de acuerdo en señalar que el intento por clasificar la terapia cognitivo conductual en olas o generaciones se ha basado en la corriente de pensamiento predominante e intentando que la nueva ola supere las limitaciones metodológicas de las anteriores.

Las características, alcances y limitaciones de las intervenciones de primera y tercera olas, bajo la perspectiva cognitivo conductual, pueden consultarse en los capítulos previo y posterior, respectivamente, de esta misma obra. En el presente capítulo, se describen las técnicas que corresponden a la segunda ola (o generación), la cual se caracteriza por incorporar teoría y técnica que aporta información de la manera en que el pensamiento y el procesamiento de la información son vitales para el entendimiento y cambio de la conducta.

Cabe aclarar que algunos teóricos incluyen la desensibilización sistemática dentro del grupo de la primera ola, no obstante, se incluye en este capítulo porque se trata de una técnica “mixta”. Si bien se basa en los conceptos de las técnicas de primera ola y es la primera técnica de ese grupo que propositivamente utiliza la imaginación como parte de su procedimiento terapéutico, esta última es considerada actualmente dentro de los procesos cognitivos característicos de la segunda y tercera olas.

Desensibilización sistemática

Es una técnica desarrollada por Joseph Wolpe (1955), sustentada en el principio de inhibición recíproca, también conocido como contracondicionamiento, el cual sostiene que algunas conductas desadaptativas no se originan en un desarrollo anormal o en patología orgánica sino en el aprendizaje. Para Wolpe, las conductas desadaptativas más aprendidas de manera cotidiana son las neurosis (trastornos de ansiedad), y en todas ellas lo que se debía desaprender era la ansiedad desadaptativa (miedo).

La técnica consiste en mantener la relajación de los músculos mientras el paciente se imagina escenas o situaciones que le ocasionan ansiedad. El terapeuta, por lo regular, parte del supuesto de que, si un paciente aprende a experimentar relajación mientras imagina escenarios desagradables, hará que, conforme el proceso avance, la situación que se le presente de la vida real cause menos ansiedad.

Mediante la desensibilización puede tratarse con éxito una amplia gama de problemas, una lista parcial de fobias que han sido exitosamente tratadas incluye el temor a las alturas, a conducir automóviles, a distintos animales e insectos, exámenes académicos, a volar, al agua, a ir a la escuela, al rechazo de los demás, a representantes de la autoridad, inyecciones, multitudes, daño físico e incluso, el temor a la muerte.

Para llevar a cabo la desensibilización sistemática es necesario cumplir con una serie de prerrequisitos que, a continuación, se describen.

Relajación muscular progresiva

Si bien la relajación muscular progresiva es parte importante de la desensibilización sistemática, puede utilizarse por sí misma como una herramienta terapéutica poderosa en el tratamiento de diversos problemas psicológicos (estrés, ansiedad generalizada, insomnio, dolores de cabeza, cuello y espalda, dolor menstrual). Nada en la naturaleza de este procedimiento restringe su uso dentro del contexto de psicoterapias más tradicionales.

La premisa fundamental es que la tensión muscular se relaciona de algún modo con la ansiedad, por lo que una persona experimentará una confortante y marcada reducción de la ansiedad si puede lograr que los músculos tensos se relajen. Una manera eficaz de producir este estado es por medio de la relajación progresiva, que consiste en la tensión y relajación sucesivas de los músculos en una secuencia ordenada, hasta que los principales grupos musculares del cuerpo se relajen (Bernstein y Borkovec, 1973).

Antes de ejecutar esta técnica, es necesario investigar si el paciente ha sufrido algún daño, lesión muscular o tiene cualquier otro malestar físico que pudiera interferir con el desarrollo de estos ejercicios, o bien, dar como resultado dolor o mayores lesiones. En caso afirmativo, deberán buscarse formas alternativas de relajación.

Para llevar a cabo este procedimiento se pide al paciente que se recueste en un diván o que se siente en un sillón cómodo. El terapeuta comienza con una explicación razonada sobre la relajación muscular profunda como la siguiente:

La ansiedad, agitación e incomodidad que usted ha estado experimentado es más un estado físico que mental, que proviene de músculos tensos, aunque usted ni siquiera se dé cuenta de que lo están. Voy a enseñarle

cómo relajar de forma sistemática esos músculos tensos, de modo que se sienta calmado en lugar de ansioso. Una vez que aprenda el método, será capaz de aplicarlo por sí mismo en el momento que comience a sentir tensión.

Posteriormente, el terapeuta debe instruir al cliente para que tense un músculo en particular o un grupo de músculos para luego relajarlos. Se puede comenzar con el puño, apretando la mano entre 10 y 15 segundos, para luego relajar extendiendo los dedos. En ese momento conviene hacer énfasis en que el paciente debe identificar y memorizar las sensaciones que experimenta al dejar de apretar; asimismo, informar que, al terminar el relajamiento de las manos, hará lo mismo con sus brazos, luego sus hombros y así sucesivamente hasta que su cuerpo entero se haya relajado.

A lo largo de esta introducción y del procedimiento restante, conviene entablar una comunicación verbal tranquila y pausada, que denote seguridad en sí mismo, lo cual facilitará la relajación del paciente. Al término del procedimiento, el terapeuta puede determinar el grado de eficacia de la relajación, pidiendo al paciente que indique cómo se siente en una escala de 10 puntos, donde 1 representa el grado máximo de ansiedad que jamás haya sentido y 10, una completa relajación, como si estuviera a punto de entrar en un sueño confortable.

Distinguir entre fobia racional e irracional

La desensibilización sistemática es un medio eficaz para superar las reacciones de ansiedad condicionadas a situaciones de ansiedad irracional, en particular en aquellos casos para los que la desensibilización por sí sola puede llevar a la recuperación total.

La ansiedad es irracional cuando existe evidencia suficiente de que la persona posee las habilidades para hacer frente a lo que le teme y aun así le ocasiona evitación habitual de la situación final. En casos en los que resulta imposible la evitación, la ansiedad tiende a

decrementar la ejecución por debajo del nivel de habilidad que la persona tiene en otro tipo de situaciones. Por ejemplo, un conductor competente y experimentado puede evitar manejar después de haber tenido un accidente, o bien, quizá maneje con menor destreza debido a que su atención es interferida por un alto nivel de ansiedad (Rimm y Masters, 1980).

La ansiedad racional se identificará, ya sea porque el individuo carece de las habilidades pertinentes, o bien, porque la situación final es peligrosa por naturaleza. En tales casos, la desensibilización por sí sola probablemente no resulte adecuada, de hecho, puede ser especialmente inapropiada. Por ejemplo, puede esperarse que un conductor novato evite recorrer una carretera montañosa “traicionera”, cubierta de nieve; en este caso, la desensibilización exitosa podría acarrear consecuencias fatales. Algunos terapeutas podrían optar por determinar que el conductor debe incrementar su habilidad de manejo en vez de intervenir de manera que la persona no conduzca en dichas condiciones. En este sentido, es preciso que el terapeuta identifique cuáles ansiedades del cliente tienen bases racionales y cuáles surgen de consideraciones irracionales. Si un problema particular es primordialmente de ansiedad irracional, la desensibilización puede ser un tratamiento apropiado.

Determinar la “capacidad de imaginar”

Una vez establecido que el paciente cuenta con un número reducido de ansiedades y principalmente de corte irracional, como en la mayoría de los adultos, el terapeuta debe determinar el grado en que aquél es capaz de imaginar escenas. Para ello, se debe instruir a la persona para que imagine alguna escena familiar sin contenido emocional; después, se le solicitará indicar el grado en que la imagen fue clara o real. Si el paciente informa haber sido incapaz de crear una imagen razonablemente clara, lo que es poco usual, el terapeuta puede presentar una escena diferente, varias veces si es

necesario, a fin de comprobar si la práctica motiva la imaginación. Si el paciente continúa sin poder visualizar una imagen razonablemente clara, será un indicativo de la contraindicación de esta técnica, por lo que el terapeuta deberá considerar alguna estrategia alterna.

Si después de una o varias presentaciones de práctica, el paciente dice experimentar una imagen clara, entonces el terapeuta debe presentarle una imagen que el cliente considere atemorizante, la cual deberá determinar, de nueva cuenta, si esta es clara. En ocasiones, el cliente puede imaginar escenas neutras o agradables, pero bloquea las que no lo son, por lo que requiere práctica adicional para imaginar escenas desagradables que le provoquen ansiedad.

Establecimiento de la jerarquía

Consiste en una serie de situaciones o escenas que el paciente imaginará más tarde en un estado de relajación. Las escenas representan situaciones realistas, concretas y se relacionan con la fobia del paciente. Es importante señalar que la responsabilidad primordial sobre los tópicos que se deben incluir en la jerarquía recae sobre el paciente, ya que solo él posee un conocimiento directo sobre la clase de situaciones que le causan ansiedad, por supuesto, el terapeuta debe ofrecer tanta estructuración y ayuda como sea necesario.

Para ello, se solicita al paciente que escriba en tarjetas, de manera gradual y ascendente, aquellas situaciones que le generan ansiedad. En este punto, conviene que el terapeuta ayude al paciente a determinar el orden jerárquico de los tópicos. Una manera de lograrlo, mientras se proporciona estructura adicional, es establecer “puntos de anclaje” en la jerarquía, es decir, que el paciente piense en un tópico que pudiera ser 1 o 2 en la escala de ansiedad.¹

Antes de comenzar la desensibilización se pide al paciente que piense en una o dos escenas que él sea capaz de imaginar claramente y que le provoquen sensaciones relajantes o placenteras, a fin de

¹ Para mayor información acerca de la escala de ansiedad y ejemplos de jerarquías se pueden consultar las obras de Martin y Pear (1999) y Rim y Masters (1980).

facilitar la relajación frente a los tópicos elegidos. Después de tres o cuatro sesiones previas de trabajo conjunto, tanto el paciente como el terapeuta están listos para comenzar el procedimiento real de desensibilización.

La primera sesión inicia recordando al paciente la importancia de que imagine únicamente la escena que se le presenta y que se visualice dentro de esta. Se le aconseja que, si la escena comienza a cambiar, deberá regresar a la original. Por último, se le dice que al momento de experimentar ansiedad deberá señalarlo inmediatamente levantando un dedo. Una vez hechas las indicaciones previas, se le pide que se recueste en el diván, que cierre sus ojos y se relaje con el método que ha estado practicando.

A continuación, el terapeuta da lectura a la primera escena para que el paciente comience a imaginarla tan claramente como le sea posible. Tan pronto como levante por primera vez un dedo (señal acordada de que experimenta ansiedad) se le indica detener la escena para volver a relajarse. Una vez que el paciente se haya relajado, el terapeuta lee la escena nuevamente. Esta secuencia se repetirá las veces necesarias hasta que la persona sea capaz de imaginar la escena completa sin sentir ansiedad.

El proceso es el mismo para todas las escenas restantes. Terminar el procedimiento de desensibilización puede tomar entre 15 y 20 semanas. Es importante señalar al paciente que no deberá intentar probar en la vida real el grado de avance mientras no termine por completo el protocolo.

Reestructuración cognitiva

Cabe aclarar que este término se ha utilizado como si se tratara de una técnica o procedimiento concreto, cuando en realidad hace referencia a las estrategias que utilizan las terapias cognitivas, cuyo objetivo es modificar la manera de interpretar y valorar los hábitos

de pensamiento negativos (terapia racional emotiva, terapia cognitiva, solución de problemas, inoculación de estrés).

Terapia racional emotiva conductual (TREC)

Fue desarrollada por Albert Ellis en 1955 bajo la influencia de la filosofía y de la psicología. De la primera, retomó la corriente de los antiguos filósofos orientales, quienes consideraban que para que una persona pudiera cambiar, debía cambiar su actitud; de los filósofos griegos y romanos tomó la idea que explicaba que la filosofía individual constituye un elemento importante en el desarrollo de los trastornos emocionales y que las personas se preocupan no por las cosas, sino por la visión que tienen de dichas cosas. También recibió la influencia de diversos filósofos de quienes también retomó la idea de utilizar los métodos empíricos de la ciencia y la lógica, así como la semántica general; esta última resalta la función del lenguaje en la estructuración del pensamiento y los procesos emocionales (Lega *et al.*, 1997).

En cuanto a la psicología, por su formación analista, retomó el concepto de Karen Horney sobre “la tiranía de los deberías”, lo que le permitió reconocer la importancia del pensamiento evolutivo, dogmático y absolutista como elemento central en la perturbación emocional. De Alfred Adler tomó la idea de la relación existente entre autodevaluación y ansiedad, así como el uso de un método cognitivo persuasivo a través de la enseñanza activo-directiva en el tratamiento de los problemas psicológicos. De igual manera, Ellis se vio influenciado por las técnicas conductuales de los pioneros de la terapia conductista como Watson y Rayner (Dryden y Ellis, 1989).

En 1985, amplió el modelo ABC al describir los síntomas perturbadores secundarios y la ansiedad situacional o baja tolerancia a la frustración en contraste con la ansiedad del ego o autodevaluación. En 1993 incorporó el nombre de terapia racional emotiva conductual (TREC) y destacó su aspecto humanista (Lega *et al.*, 1997).

La TREC establece que los conflictos emocionales se desencadenan no a causa de un evento, sino de la interpretación irracional que la persona hace de dicho evento, es decir, de las creencias, pensamientos e imágenes mentales que surgen en la persona como respuesta al evento y que generalmente son absolutistas o autoacusatorias. Se enfoca en el presente y no en el pasado de las personas ni en la forma en que adquirieron el trastorno emocional, por lo que considera que, aunque las condiciones hereditarias y ambientales son factores importantes en la adquisición de los trastornos emocionales, no son la causa de que estos se mantengan sin control del paciente. Las personas sufren alteraciones emocionales a causa de un autoadoctrinamiento, por lo que, si cambian su forma distorsionada o irracional de pensar podrán superar estas alteraciones emocionales. Para lograr un cambio se requiere de un esfuerzo activo y persistente con el fin de llevar a cabo una revisión del sistema de creencias (Ellis y Grieger, 1981).

Modelo ABC

Toma como base la forma de pensar y las creencias que una persona tiene sobre sí misma, las demás personas y su ambiente. Tanto las emociones como las conductas son resultado de estas creencias y de la interpretación que la persona hace de la realidad. En este modelo:

- A: se refiere a un acontecimiento desencadenante o activador
- B: (*beliefs*, en inglés) representa las creencias (cogniciones, pensamientos o ideas) sobre los acontecimientos activadores
- C: se refiere a las consecuencias emocionales (Ce), conductuales (Cc) y cognitivas que se derivan de esas creencias, evaluaciones o interpretaciones acerca del acontecimiento.

Aun cuando podría parecer que A es la causa directa de C, la TREC explica que B ejerce una función mediadora entre A y C. El sistema de creencias (B) puede estar constituido por ideas racionales (rB), es decir, ideas lógicas y empíricas que ayuden a la

consecución de metas, o bien, por ideas irracionales o ilógicas (iB) que entorpecen el buen funcionamiento de la persona. La TREC considera que, para reemplazar las ideas irracionales por ideas racionales, el método más adecuado es el debate (D), que es una adaptación del método científico a la vida diaria para lograr adquirir una nueva filosofía eficaz (E).

Acontecimiento activador (A). Cuando una persona describe un acontecimiento perturbador, habla de tres elementos: 1) lo que sucedió, 2) cómo percibió lo sucedido y 3) cómo evaluó lo sucedido. Tanto el punto 1 como el 2 se refieren al acontecimiento activador (A), la evaluación de lo sucedido está relacionado con el sistema de creencias (B) de la persona.

La TREC distingue entre realidad objetiva o confirmable y realidad percibida: la primera se refiere al consenso social de lo que sucedió, es decir, si varias personas hubieran presenciado el evento y lo describieran de manera similar; por su parte, la realidad percibida es aquella que describe la persona tal como cree que es.

Por su parte, esta terapia distingue entre cogniciones descriptivas y evaluativas: las primeras son aquellas acerca de lo que la persona percibe en el mundo; por su parte, las evaluativas son las creencias racionales e irracionales acerca de la realidad. Cuando se utiliza el término de creencia, se hace referencia solo a las cogniciones evaluativas.

La percepción de la persona de A no es lo que causa el trastorno emocional, sino las creencias evaluativas irracionales acerca de este acontecimiento. Para la TREC, no es necesario que una persona que acude a terapia haga una descripción detallada de A, pues esta terapia se centra en B de la persona, más que en el acontecimiento mismo. Tampoco presta mucha atención a los A históricos, ya que estos no pueden cambiarse, solo las evaluaciones que la persona hace de ellos pueden discutirse y pueden presentarse en forma resumida. Por otro lado, la TREC hace la

distinción entre los A que pueden ser cambiados y los que no pueden ser cambiados; la labor del terapeuta radica en ayudar a la persona a modificar los que se pueden cambiar, a sobrellevar los que no y a distinguir entre ambos.

Sistema de creencias (B). Para la TREC, el sistema de creencias (B) influye en A y en C. Dryden y Ellis (1989) señalan que B puede estar formado por diferentes tipos de ideas:

- a) *Observaciones no evaluativas.* Son observaciones que no van más allá de los datos de los que dispone una persona y no son evaluativas porque no tienen relación con los objetivos de esta. Por ejemplo, veo que un señor camina.
- b) *Inferencias no evaluativas.* Son hipótesis que una persona hace con base en lo que observa, pueden ser correctas o no y no son evaluativas. Por ejemplo, la persona observa que un señor camina en dirección a la farmacia e infiere que este señor va a la farmacia; sin embargo, esto puede ser cierto o no, pues tal vez el hombre solo pasa por la farmacia en su camino a otro lugar.
- c) *Evaluaciones preferenciales positivas.* Van más allá de los datos disponibles, son relativas, se refieren a lo que es evaluado como positivo por la persona y son racionales pues le ayudan a lograr sus objetivos. Por ejemplo, si alguien observa que un grupo de personas se está riendo, puede pensar: “Les caigo bien” (suposición) o “Me gusta la gente que me acepta” (aunque no es su obligación aceptarme).
- d) *Evaluaciones de obligación positivas.* Son evaluaciones positivas que van más allá de la información disponible, se mantienen con una convicción absoluta y dogmática. Se consideran irracionales pues evitan que la persona consiga sus objetivos. Por ejemplo, un grupo de personas se está riendo con una persona y a ella le agrada y concluye “¡Soy una gran persona!”, “¡Siempre seré completamente feliz!”

- (sobregeneralización). “¡Merezco que me sucedan solo cosas maravillosas!” (exigencia y deificación).
- e) *Evaluaciones preferenciales negativas*. Expresan lo que resulta negativo para la persona, van más allá de los datos de los que dispone, se consideran racionales, ya que le ayudan al logro de sus objetivos básicos y no son absolutistas. Por ejemplo, cuando un sujeto ve a un grupo de personas que está riéndose e infiere que se está riendo de él, puede concluir: “(Supongo) que creen que soy un estúpido”, o “Que mala suerte que se rían de mí”, “No me gusta la gente que me rechaza (pero no hay razón por la que no deban rechazarme)”.
- f) *Evaluaciones de obligación negativas*. Son absolutas, representan lo que la persona considera en forma dogmática como negativo, van más allá de la información que posee y se consideran como creencias irracionales porque obstaculizan el logro de sus metas. Por ejemplo, cuando una persona ve gente riendo y supuestamente la rechazan, puede concluir “La gente no tiene que rechazarme”, “Soy una persona despreciable e incompetente” (sobre generalización) o “El mundo es un lugar totalmente espantoso” (sobregeneralización).

Según Ellis y Abrahams (2005), la TREC se centra en las rB y en las iB; ambos tipos de creencias son evaluaciones de la realidad y pueden estar presentes en una persona al mismo tiempo. Una tarea de la TREC es apoyar a la persona a diferenciar entre ambos tipos para que desafíe sus ideas irracionales y las reemplace por una filosofía más racional.

La teoría de la TREC considera a las rB como interpretaciones de la realidad que se basan en datos empíricos, son lógicas, no absolutistas con un sentido preferencial, se expresan en términos de “quisiera”, “desearía”, “me gustaría”, “no me gustaría”. Pueden

provocar emociones positivas (placer o satisfacción) o negativas que no llegan a ser perturbadoras (tristeza, preocupación, dolor, disgusto). Asimismo, permiten que la persona alcance sus metas y constituyen la base de los comportamientos funcionales. Por su parte, las *iB* se refieren a las interpretaciones ilógicas, no empíricas de la realidad, con un sentido dogmático y absolutista, se expresan en términos de “tengo que”, “debo”, “estoy obligado a”, provocan emociones negativas (depresión, ansiedad, culpabilidad, miedo), obstaculizan el logro de metas y constituyen la base de conductas disfuncionales.

Consecuencias (C). Las consecuencias cognitivas, afectivas y conductuales (C) pueden verse influidas, pero no causadas, por A. Solo en casos extremos en los que el acontecimiento es severo (pobreza extrema, algún fenómeno de la naturaleza o factores fisiológicos) se tiene la tendencia a que A afecte profundamente a C (Dryden y Ellis, 1989); sin embargo, es B lo que define la manera como se interpreta A. Existe una interpretación de C con A y con B.

Cuando ocurre un evento negativo, por ejemplo, no obtener un trabajo, y B es primero una *rB* (“esperaba no ser rechazado en este trabajo”) y posteriormente, se transforma en una *iB* (“es terrible que no haya conseguido ese trabajo, no valgo nada”), entonces, C es un sentimiento sano de frustración que se transforma en un sentimiento no adecuado de ansiedad y depresión. De igual manera, los sentimientos presentes en C pueden ser trasladados al A.

Debate (D). En el modelo ABC se utiliza el debate (D) como método para enseñar al paciente a reemplazar sus *iB* por *rB*, siguiendo los lineamientos del método científico para cuestionar las hipótesis y teorías que conforman su filosofía irracional, y así determinar su validez. Es un proceso lógico y empírico cuyo objetivo básico es lograr que la persona discuta activamente estas creencias irracionales, dentro y fuera de las sesiones terapéuticas, hasta que desarrolle e internalice una nueva filosofía efectiva (E) que le permita

desechar dichas creencias. La TREC considera este objetivo básico como la solución elegante.

Los terapeutas de la TREC enseñan a las personas a 1) descubrir sus iB; 2) cuestionar lógicamente y empíricamente sus iB y dejar de creer en ellas; 3) reemplazar las iB por rB y estrategias de enfrentamiento; 4) analizar las rB y diferenciarlas de las iB; y 5) internalizar el método científico y aceptar que sus iB son hipótesis, no hechos, por lo que pueden rechazarse (Ellis y Abrahams, 2005).

Para la TREC, el trastorno psicológico se desarrolla por las evaluaciones irracionales que hace una persona sobre sí misma, los demás y el mundo en general. De acuerdo con Dryden y Ellis (1989, p. 25), lo que subyace en una alteración psicológica es “la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre los hechos que van percibiendo a lo largo de su vida”, por ejemplo:

- a) *Catastrofismo*. La persona tiende a valorar lo negativo de un suceso en forma exagerada: “Esto no debería ser tan malo como es”, “Es terrible que yo esté enfermo”.
- b) *Baja tolerancia a la frustración*. La persona tiende a exagerar lo insostenible de una situación y piensa que no puede experimentar algún tipo de felicidad, si un acontecimiento que no debe pasar, ocurre o amenaza con ocurrir, o por el contrario, si un acontecimiento que debe pasar, no ocurre o amenaza con no ocurrir: “No puedo soportar reprobar en la escuela”. “Soy muy desdichada por no ser bonita”.
- c) *Condenación o evaluación global de la valía del ser humano*. La persona tiende a evaluarse a sí misma o a los demás como inútiles, inservibles o calificarlos como subhumanos, con base en su comportamiento; es decir, si la persona o los demás hacen algo que no deben o no deberían hacer, o bien no hacen algo que deben o deberían hacer. De este mismo modo, se pueden evaluar las condiciones

de vida, en general, cuando la persona no recibe de la vida lo que ella considera que merece: “Soy un miserable por estar enfermo”, “La vida no vale nada para mí porque reprobé” o “La vida es horrible porque mi novio no me ama como yo”.

Para la TREC, estas tres conclusiones irracionales constituyen procesos secundarios irracionales que se derivan de una filosofía personal absolutista. A través de la TREC, es posible enseñar a las personas cómo pueden “superarse si abandonan sus peticiones absolutistas hacia sí mismo, hacia otros o al universo”. En la década de los 70, Ellis precisó que la rigidez es la característica principal de los pensamientos irracionales y postuló sus tres ideas básicas: deber, catastrofismo y pensamiento absolutista. Al mismo tiempo, formuló 11 pensamientos irracionales como ilógicos, absolutistas y no objetivos que se derivaban de dichas ideas.

Distorsiones cognitivas

Dryden y Ellis (1989) señalan que, para la TREC, las distorsiones cognitivas más frecuentes que presentan las personas, como resultado de sus “debo” y “tengo que”, cuando están alteradas son:

- a) *“Todo o nada”*: la persona piensa que si fracasa en algo que considera importante, es un fracasado total y completamente indeseable.
- b) *Salto a las conclusiones*: la persona piensa que debido a que los demás lo han visto fracasar y no debería haberlo hecho, lo consideran un estúpido incompetente.
- c) *Adivinar el futuro*: la persona piensa que los demás se burlan de ella y la despreciarán siempre porque ellos saben que no debería haber fracasado.
- d) *Fijar la atención en lo negativo*: la persona piensa que las situaciones en su vida no deberían salir mal y que no

- puede soportarlo, por lo que considera que no hay nada bueno en su vida.
- e) *Descalificar lo positivo*: la persona piensa que cuando los demás le reconocen que ha hecho algo positivo, lo hacen solo por amabilidad sin tomar en cuenta las estupideces que no debería haber cometido.
 - f) *Siempre y nunca*: la persona piensa que sus condiciones de su vida son malas e intolerables, aunque deberían ser buenas, por lo que esta situación siempre será así y nunca podrá ser feliz.
 - g) *Minimización*: la persona piensa que sus logros no son importantes y que se dieron de manera fortuita, mientras que sus errores, que no debería haber cometido, son graves y totalmente imperdonables.
 - h) *Razonamiento emocional*: la persona piensa que su comportamiento ha sido totalmente incompetente y que no debería haber actuado de esa manera, por lo que se siente mal consigo mismo y que estos sentimientos demuestran que es un total incompetente.
 - i) *Etiquetar y sobregeneralizar*: la persona piensa que es un total perdedor si fracasa en una situación importante en la que no debería haber fallado.
 - j) *Personalizar*: la persona piensa que está actuando peor de lo que debería actuar y que la gente que se está riendo, se ríe de ella, lo que es algo terrible.
 - k) *Estafa/falseamiento*: la persona piensa que cuando no actúa tan bien como debería y la gente la sigue aceptando, es un farsante y pronto les mostrará lo despreciable que es.
 - l) *Perfeccionismo*: la persona piensa que aunque ha hecho bien un trabajo, lo debería haber hecho en forma perfecta por lo que se considera que es un incompetente.

Alternativas racionales

Ellis y Grieger (1981) resumen las afirmaciones de cientos de sus pacientes en 11 ideas irracionales y proponen una alternativa racional:

1. *Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad.* “La necesidad excesiva de aprobación y amor exige una gran cantidad de tiempo y esfuerzo y propicia que la persona se comporte en forma servil, renunciando a sus necesidades y ante el menor indicio de desaprobación, se siente insegura, poco valorada e infeliz”.

Alternativa racional: es importante reconocer que el no ser considerado por los demás puede ser frustrante pero no catastrófico o terrible. Es preferible seguir los propios intereses aun cuando algunas personas lo desapruében, recordando siempre que la mejor manera de obtener el amor de los demás es dándolo.

2. *Para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.* Es importante intentar lograr el éxito, sin que esto se convierta en una exigencia que solo provocará sentimientos de ansiedad, inutilidad y miedo al fracaso, con una tensión excesiva que puede tener como resultado alguna enfermedad psicosomática.

Alternativa racional: la persona debe tener presente que no es infalible y que puede cometer errores, por lo que es mejor aceptar los fracasos, aprender de ellos y tratar de corregirlos con el fin de lograr la propia satisfacción y no solo para ser mejor que los demás.

3. *Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.* Es un error clasificar a las personas por sus acciones, ya que no existen normas absolutas del “bien” o del “mal”, además de que es probable que las personas que actúan en forma

errónea lo hagan por ignorancia o a causa de alguna perturbación emocional por lo que castigarlos o culpabilizarlos en lugar de reeducarlos en forma objetiva, hace que la mayor parte de los casos sigan comportándose en forma errónea. El culpabilizar a otros genera rabia y hostilidad, mientras que el culpabilizarse a sí mismo genera depresión, angustia o ansiedad.

Alternativa racional: es importante tratar de entender, desde su punto de vista, por qué las personas actúan como lo hacen e intentar hacerles ver sus errores, pero si no se logra, se debe entender que esta situación es frustrante pero no catastrófica. Ante la crítica de los demás, es mejor analizar la conducta propia y tratar de corregirla, si así se considera necesario, teniendo presente que la crítica de los demás es problema de ellos.

4. *Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.* No hay razón para que la persona piense que la realidad debería ser diferente a lo que es, independientemente de que le agrade o no. El sentirse abatido por las situaciones de la vida no hará que estas mejoren, por el contrario, podrían empeorar.

Alternativa racional: ante situaciones que se consideren difíciles, es importante darse cuenta si realmente son negativas o se les está dando un carácter catastrófico. Ante situaciones que no se pueden cambiar, es preferible tratar de soportarlas, adaptarse y aprender de ellas, ya que solo son negativas y frustrantes, pero no catastróficas.

5. *La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna de controlar sus penas y perturbaciones.* Muchas personas piensan que las situaciones desafortunadas a las que se enfrentan no son responsabilidades de ellas, sino que son causa del destino o de otras personas, y que nada se puede hacer para

remediarlo. Las experiencias y fuerzas externas, aunque pueden ser físicamente dañinas o molestas, no necesariamente tienen que ser perturbadoras en el sentido emocional, a no ser que, nosotros mismos contribuyamos a ello con nuestras actitudes, creencias y reacciones a tales experiencias.

Alternativa racional: Al experimentar una emoción negativa no adecuada ante personas o situaciones desafortunadas, la persona debe reconocer que es ella quien está creando dicha emoción, por lo que también puede controlarla y cambiarla por una emoción adecuada, a través de analizar y cambiar sus autoverbalizaciones, evaluaciones y creencias.

6. *Si algo es o puede ser peligroso o terrible, se deberá sentir terriblemente inquieto, por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.* Al estar excesivamente preocupado por una situación que puede resultar arriesgada, la ansiedad intensa impide que la persona analice objetivamente la gravedad de la situación y, ante un peligro real, es incapaz de actuar de manera eficaz. Por otra parte, el sentirse trastornado por situaciones dolorosas como una enfermedad o la muerte, no evitará su ocurrencia y solo aumentará el dolor.

Alternativa racional: la mayor parte de las preocupaciones excesivas se deben a las autoverbalizaciones catastróficas y no tanto a los peligros reales, por lo que es preferible tratar de enfrentar las situaciones que causan ansiedad para demostrarse que en realidad no son tan terribles. Habrá que darse cuenta de que los temores no contribuyen a evitar situaciones peligrosas, por el contrario, disminuyen la capacidad de actuar de manera eficaz.

7. *Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.* Para algunas personas resulta más cómodo evitar situaciones que pueden resultar provechosas, pero que les parecen desagradables porque involucran esfuerzo y responsabilidad. Esto puede crear más problemas e insatisfacción a largo plazo, así como la pérdida de la confianza en sí mismo.

Alternativa racional: es preferible esforzarse en hacer lo más pronto posible las actividades que se consideran desagradables pero que son necesarias, tratando de evitar las situaciones dolorosas innecesarias. Cuando constantemente se evita enfrentar situaciones necesarias de la vida, se deben analizar las autoverbalizaciones que conducen a esta actitud para poder cambiarlas.

8. *Se debe depender de los demás y se necesita alguien más fuerte en quién confiar.* Todas las personas dependen de los demás en alguna medida, pero no es válido exagerar esta dependencia al grado de llegar a perder la propia individualidad y permitir que las demás personas piensen y decidan por uno. Esto solo ocasionará inseguridad, minusvalía y mayor dependencia.

Alternativa racional: es preferible arriesgarse para conseguir un objetivo, aprender de los fracasos y volver a intentarlo, teniendo siempre presente que los fracasos no determinan el valor de la persona como ser humano.

9. *La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual y algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente.* La influencia excesiva de sucesos pasados ocasiona que las personas tiendan a actuar de la misma forma en que lo hicieron en el pasado, y dadas las circunstancias actuales, tal vez esta conducta ya no sea útil. El aferrarse al pasado impide esforzarse para encontrar nuevas alternativas para

cambiar las conductas inadecuadas. El cambio puede ser difícil pero no imposible.

Alternativa racional: aunque la historia personal tiene cierta influencia en el comportamiento actual, es importante reconocer que son las actitudes e interpretaciones del pasado las que realmente determinan dicho comportamiento. Es necesario cambiar las creencias irracionales adquiridas en el pasado para poder lograr un comportamiento apropiado.

10. *Uno debe sentirse muy preocupado por los problemas y perturbaciones de los demás.* En la mayor parte de los casos, los problemas de los demás no tienen ninguna relación con nosotros por lo que no hay razón para sentirse preocupado cuando no estamos de acuerdo con su forma de actuar. El que sentirse afectado por el comportamiento de los demás, no hará que lo cambien y sí nos distraerá de confrontar nuestro propio comportamiento.

Alternativa racional: aun cuando las demás personas tengan conductas que nos perturben, lo que realmente nos enoja no es su comportamiento, sino las autoverbalizaciones y creencias sobre dicho comportamiento. Con las personas que son realmente importantes para nosotros es recomendable analizar si en verdad las podemos ayudar, en forma objetiva y calmada, a modificar su comportamiento. Si este cambio no es posible, es mejor aceptarlo sin entrar en conflicto.

11. *Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y si esta solución perfecta no se encuentra, sobreviene la catástrofe.* Se debe aceptar la realidad como es, sin expectativas de seguridad absoluta o perfección, ya que esto solo causará ansiedad. Las situaciones negativas que la persona cree que va a enfrentar por no encontrar una solución perfecta a los

problemas, a menudo son irreales y exageradas, y pueden ocasionar angustia y pánico. La búsqueda de soluciones perfectas con frecuencia evita encontrar una solución real más adecuada.

Alternativa racional: ante un problema, la persona intentará plantearse diversas soluciones y elegir la que resulte más práctica, aunque no sea perfecta, reconociendo que tal vez se equivoque y tenga que buscar nuevas alternativas de solución como parte de la vida.

Terapia cognitivo conductual (Aaron Beck)

Esta terapia es una de las más empleadas y probadas empíricamente en el tratamiento de la depresión, y debe realizarla un terapeuta que cuente con la formación profesional correspondiente (Beck *et al.*, 1983).

Desde su inicio, Beck (1967) estableció un fuerte lazo entre la teoría y la investigación de los factores cognitivos en la psicopatología. Esta terapia enfatiza el papel relevante que juegan las cogniciones en el estado de ánimo. En el caso de la depresión, las reacciones de los pacientes están ligadas en gran medida a interpretaciones erróneas acerca de los sucesos de la vida, así como a la tendencia a hablar acerca de las creencias negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro (Salkovskis, 1996).

Aunque se trabaja estratégicamente con las cogniciones, las emociones no son dejadas de lado durante el proceso terapéutico, la empatía y sensibilidad del terapeuta hacia los sentimientos de su paciente son partes fundamentales en la relación terapeuta-paciente, ya que la participación de ambos es determinante. Se centra en los problemas actuales del paciente por lo que se propone como una opción con un alto beneficio en relación con el costo en tiempo

y dinero. La duración del tratamiento es variable y depende de la severidad de los síntomas, de la respuesta e interés del paciente, entre otros factores.

El terapeuta busca en el discurso del paciente los pensamientos con una carga emocional y errónea, conectados a ciertas actitudes y procesos de pensamiento. La parte esencial de esta terapia en la depresión es establecer conexiones entre emociones displacenteras y aquellos pensamientos y conductas que los acompañan. En las sesiones terapéuticas, el paciente aprende a discriminar sus reacciones emocionales y a asociarlas con pensamientos que detonen el círculo de la depresión, ya que, en algunos casos, se precipita la reacción depresiva aún en presencia de sucesos neutrales o incluso favorables en la vida del paciente y que son procesados de tal manera que producen conclusiones erróneas o negativas.

De acuerdo con Beck *et al.* (1983), el modelo de terapia cognitivo conductual (TCC) distingue cuatro supuestos que guían la teoría y el tratamiento:

1. Los individuos construyen activamente su realidad. Cada persona no es un receptáculo pasivo de los estímulos medioambientales o sensaciones físicas, sino que están activamente involucrados en la construcción de su propia realidad. En el caso de la depresión, los sujetos suelen interpretar las experiencias significativas negativas como prueba de su creencia respecto a que son un fracaso.
2. Las cogniciones son mediadoras de las emociones y la conducta, no su causa, ya que estos son constructos que están interactuando dinámicamente todo el tiempo.
3. Las cogniciones son accesibles para trabajarse en terapia y pueden ser medidas operacionalmente y probadas empíricamente.
4. El cambio cognitivo es fundamental en el proceso de mejora, el cambio en los síntomas afectivos, conductuales

y somáticos puede lograrse solo mediante el cambio en las cogniciones.

En el caso de la depresión, la TCC toma en cuenta para su aplicación sus dos elementos básicos: cognitivo y conductual. El elemento cognitivo de la terapia de la depresión postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas cognitivos que sustentan las ideas inapropiadas y los errores en el procesamiento de la información.

Tríada cognitiva

Consiste en tres patrones o componentes de pensamiento que inducen a las personas depresivas a considerarse a sí mismos, su futuro y sus experiencias de modo poco funcional.

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Se percibe como desgraciado, torpe o enfermo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto interno propio. Las cosas que le salen mal son culpa de él y de nadie más. No puede hacer nada bien.

El segundo se centra en la tendencia del paciente depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, le parece que el mundo le hace demandas exageradas y le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. El mundo y el resto de las personas no son justos con él y están siempre en su contra cuando intenta hacer algo.

El tercer y último componente se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva realiza proyectos de gran alcance, anticipa que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Una persona con este tipo de pensamiento diría que no tiene caso esforzarse pues nunca ha hecho nada bien y jamás podrá hacerlo. Esto puede dar como consecuencia

síntomas físicos entre los que están dolores en todo el cuerpo debido a contracciones musculares, insomnio, fatiga y falta de energía.

El enfoque cognitivo de la depresión considera que el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo son consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por otro lado, es común que se presente una marcada dependencia hacia los demás puesto que la persona se siente inútil y busca la ayuda y seguridad que otros le puedan brindar; por lo regular, con la persona con la que se siente a gusto y en confianza (familiar, amigo, entre otros).

Esquemas

Los esquemas son conjuntos de creencias relativamente estables acerca de uno mismo y la relación que se establece con otras personas y que constituyen la forma en que cada individuo tiene de ver e interpretar el mundo. Estos son desarrollados durante la niñez y elaborados a través de la historia de vida, se perciben como irrefutables y se asumen en distintas situaciones. Sirven de base para procesar nuevas experiencias y definen las conductas, pensamientos, emociones y relaciones interpersonales de los individuos.

En un estado patológico como la depresión, las interpretaciones de las personas acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo, que se ajustan a esquemas inadecuados dominantes. Cuando una persona debe enfrentarse a alguna circunstancia (un problema o situación que le resulte agradable), el esquema sirve para transformar la información que se recibe del ambiente en esos momentos y convertirlos en pensamientos o ideas. Los esquemas de una persona depresiva llegan a ser tan fuertes e independientes que pueden aislar al individuo de la estimulación externa, hecho que puede generar que este no responda a los cambios que se producen en su entorno.

Errores en el procesamiento de la información

Son las fallas en el pensamiento de la persona depresiva que mantienen la creencia en la validez de sus conceptos negativos, incluso ante la presencia de evidencia que indique lo contrario.

Parece claro que las personas con este trastorno tienden a estructurar sus experiencias de modo inapropiado. Tienden a emitir juicios respecto a los acontecimientos que afectan su vida. En este tipo de pensamiento inapropiado, la complejidad, variabilidad y diversidad de las experiencias y de la conducta humana se reducen a unas pocas categorías (malo o bueno, blanco o negro, no hay más posibilidades). Además, esta forma de pensamiento determina la forma de responder de la persona.

El elemento conductual en la depresión se caracteriza por la apatía y la falta de motivación. El paciente cada vez realiza menos actividades, lo que provoca importante aislamiento social al distanciarse de sus familiares, amigos y conocidos, al tiempo que posterga o evita actividades que le pueden generar satisfacción.

Terapia cognitiva de la depresión

La base teórica elaborada por Beck (1967) sostiene que una persona puede ser vulnerable a la depresión debido a que tiene pensamientos disfuncionales. Estos pueden permanecer latentes por años (previos a, o bien, entre episodios depresivos) pero pueden ser activados por estresores ambientales. Los pensamientos disfuncionales se refieren a sentimientos de desesperanza o carencia de afecto que se insertan en esquemas que la persona emplea para interpretar sus experiencias. Cuando estos se activan, cualquier situación remotamente relacionada con la autovalía o la aceptación social se interpreta como una prueba de dichos sentimientos. Lo anterior, tarde o temprano, conduce a la depresión. Con el fin de eliminar esta última se deben cuestionar los pensamientos disfuncionales, modificarlos y reemplazarlos por otras interpretaciones más constructivas de las experiencias.

Debido a sus intervenciones estandarizadas y replicables por medio de manuales de tratamiento, la terapia cognitiva es útil para reestructurar las cogniciones que puedan activar los episodios maníacos o depresivos, así como para mejorar la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico.

No obstante lo anterior, existen otros modelos teóricos (TREC, autocontrol de la depresión, desesperanza aprendida, teoría de la solución de problemas en la depresión) que buscan entender y modificar la conducta depresiva.

Solución de problemas

Como en el caso de la terapia cognitiva, mucho se ha escrito sobre el uso del adiestramiento para resolver problemas como medio para reforzar habilidades de afrontamiento del paciente (D’Zurilla, 1993). En estos programas es común encontrar un algoritmo secuencial de problemas que incluya las etapas siguientes:

1. Definir el estresor o las reacciones de estrés como un problema que se ha de resolver.
2. Establecer objetivos realistas lo más concretamente posible, que expresen el problema en términos de conducta y delinear los pasos necesarios para lograr cada objetivo.
3. Generar una amplia gama de posibles cursos de acción alternativos.
4. Imaginar y considerar cómo podrían responder otros si se les pidiera que trataran un problema de estrés similar.
5. Evaluar los pros y contras de cada solución propuesta y ordenar las soluciones, de la menos a la más práctica y deseable.
6. Ensayar estrategias y conductas mediante imágenes, ensayos conductuales y práctica graduada.
7. Intentar la solución más aceptable y factible.

8. Esperar algunos fracasos pero sentirse gratificado por haberlo intentado.
9. Reconsiderar el problema original a la luz del intento de solucionarlo.

Nezu (1986) ha traducido cada una de estas etapas en preguntas que uno puede formularse:

1. Identificación del problema. ¿Cuál es la preocupación?
2. Selección de objetivos. ¿Qué quiero?
3. Generación de alternativas. ¿Qué puedo hacer?
4. Consideración de consecuencias. ¿Qué podría ocurrir?
Pros y contras.
5. Toma de decisión. ¿Cuál es mi decisión?
6. Puesta en práctica (hacerlo ya).
7. Evaluación. ¿Ha salido bien?

Además, elaboró un registro de resolución de problemas mediante el cual los pacientes pueden identificar un problema estresante y luego tratar de responder a cada una de las cuestiones que ellos mismos planteen. Así, la labor del terapeuta consiste en animar a los pacientes a:

- Hablar con otras personas para obtener información pertinente
- Revisar cómo han afrontado en el pasado acontecimientos estresantes, con el objetivo de alentar a los pacientes para que reconozcan que las habilidades de afrontamiento potenciales probablemente ya existían en sus repertorios, y que esas habilidades pueden ser transferibles a la situación estresante actual
- Dividir los acontecimientos estresantes en tareas más pequeñas y manejables
- Hacer planes de contingencia para futuras eventualidades, trazando una analogía con los planes de juego que

elaboran los equipos deportivos o los planes de contingencia que pueden seguir los astronautas

- Ensayar mentalmente las maneras de abordar el estrés de poca intensidad
- Considerar los posibles fracasos o decepciones como información necesaria para iniciar de nuevo el proceso.

Una manera productiva de iniciar el proceso de resolución de problemas es preguntar a los pacientes cuál sería su consejo para otra persona que tuviera una experiencia estresante similar, o bien, qué consejo podrían darse a sí mismos un buen día. Estas preguntas estimulan a los pacientes para apreciar que con frecuencia tienen en sus repertorios capacidades para resolver problemas, pero que los pensamientos y sentimientos que experimentan pueden inhibirlas o dificultar su actuación. De esta manera, el terapeuta puede ayudar a los pacientes a reestructurar los estresores y considerarlos como problemas a resolver antes que como amenazas personales o provocaciones.

Aquí, cabe advertir dos circunstancias con respecto al adiestramiento en resolución de problemas como medio para la reducción del estrés. En primer lugar, es importante observar que algunos pacientes probablemente estén capacitados para la resolución de problemas, pero quizá no puedan traducir esos planes en una acción efectiva. Es posible que refieran que pedirían ayuda a otras personas (es decir, movilizarían apoyos sociales), pero tal vez no sabrían cómo lograr este objetivo, siendo inconscientes de cómo, sin darse cuenta, disgustan a los demás. Así pues, los terapeutas han de asegurarse que los pacientes cuenten con habilidades específicas en su repertorio.

La representación de papeles, el modelamiento, el ensayo de imágenes y la práctica graduada pueden utilizarse para mejorar las habilidades de afrontamiento de una persona. Además de la movilización del apoyo social, podrían ser necesarias otras habilidades instrumentales para mejorar aquellas de afrontamiento, entre

ellas: la comunicación, el control del tiempo, el establecimiento de prioridades y la clarificación de valores, así como otras aplicables a poblaciones específicas (por ejemplo, técnicas de desvío de la atención para los pacientes que sufren de dolor).

La segunda advertencia concierne a la identificación del problema. En ocasiones, la definición ostensible de un problema, incluso cuando se formula en términos conductuales operativos, no es suficiente porque no es el único problema que requiere atención clínica. Por ello, es necesaria la vigilancia de los pasos siguientes:

1. Especificar el asunto, en lugar de combinar cuestiones que no conducen a la solución de ninguna.
2. Elegir mutuamente un momento adecuado que les acomode a los dos.
3. Elegir un lugar adecuado, una habitación privada, de preferencia que no sea la recámara.
4. Escucharse el uno al otro.
5. No hurgar en el pasado.
6. Expresar enojo, pero no recurrir al abuso, violencia física, maldiciones o etiquetar al otro.
7. Detenerse si no es posible mantener la comunicación directa.
8. Acordar en diferir.
9. Convenir en llegar a un acuerdo.

Inoculación de estrés

El estrés se define como un concepto racional mediado cognitivamente que refleja la relación (bidireccional y en constante cambio) entre la persona y el entorno, la cual se percibe como gravosa o que excede los recursos y pone en peligro el bienestar de dicha persona.

De acuerdo con Lazarus y Cohen (1977), los individuos no son meras víctimas del estrés, sino que su manera de percibir los acontecimientos estresantes (interpretación primaria) y sus

propios recursos y opciones de afrontamiento (interpretación secundaria) determina la naturaleza del estrés. Los procesos de interpretación del individuo influyen en la relación dinámica o transacción entre estrés y el entorno social. En tal contexto, el afrontamiento se refiere a los esfuerzos conductuales y cognitivos en orden a dominar, reducir o tolerar las exigencias internas o externas creadas por las transacciones estresantes (Lazarus y Folkman, 1984).

El modelo transaccional hace hincapié en el contexto interpersonal cognitivo del estrés. A menudo, los individuos o grupos estresados crean y engendran, sin darse cuenta, reacciones en otras personas que mantienen respuestas de estrés inadecuado. El mismo método ideado para resolver problemas termina a menudo intensificándolos. Al respecto, existen diversos ejemplos de individuos estresados que se vuelven temerosos, elusivos, deprimidos, coléricos, etcétera; estas respuestas contribuyen a mantener las pautas de estrés inadecuado.

El entrenamiento en inoculación de estrés fue desarrollado por Meichenbaum (1988) con la intención de inmunizar psicológicamente al individuo contra situaciones estresantes, así como para incrementar las estrategias de afrontamiento (*coping*, en inglés). Esta técnica considera que los factores cognitivos, afectivos, fisiológicos, conductuales y ambientales están interrelacionados y que cualquiera de ellos o su interrelación puede ser el origen del desarrollo de trastornos emocionales.

El entrenamiento en inoculación funciona como una “vacuna”, es decir, una vez adquiridas las habilidades de enfrentamiento, se somete a la persona a situaciones estresantes similares a las problemáticas, pero de intensidad moderada, en las que se espera ponga en marcha las habilidades que le permitan un control efectivo de la tensión o activación emocional (fisiológica), así como la modificación de los contenidos cognitivos que ocurren antes, durante y después del enfrentamiento con las situaciones problema.

Se enseña al paciente a afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes. Como primer paso, es importante elaborar una lista de situaciones con un orden que vaya de menor hasta aquellas con mayor carga estresante. Posteriormente, el paciente evocará en su imaginación cada una de esas situaciones, mientras se relaja. En segundo lugar, se deberá crear una serie de pensamientos de afrontamiento del estrés que deberá utilizar para contrarrestar los pensamientos automáticos habituales. Una vez establecido un adecuado nivel de afrontamiento en este ejercicio de realidad virtual, se pasará a instrumentar la utilización de actividades de relajación y afrontamiento aprendidas, en situaciones de la vida real.

Los estresores pueden ser agudos, de corta duración y presentarse en un momento determinado; por ejemplo, un examen escolar o médico. Puede haber secuencias de estrés como los acontecimientos vitales estresantes, concretos e importantes, como sería la muerte de un ser querido o problemas de pareja.

Lo anterior puede provocar una intermitencia crónica al estar expuesto repetidamente a dichas situaciones o, en su defecto, experimentar estrés crónico continuado como cuando se tiene una enfermedad crónica de larga duración o situaciones laborales como el desempeño de cargos públicos (policía o médico del servicio de urgencias de un hospital).

La interacción entre estresores psicosociales y procesos cognitivo-afectivos tiene especial relevancia. Los acontecimientos estresantes pueden cambiar las creencias básicas fundamentales de una persona y hacer que piense que el mundo no es tan benevolente y justo como esperaba, que los acontecimientos no son predecibles y que la vida puede no tener sentido, por ejemplo.

Los objetivos de la inoculación de estrés se centran en tres áreas fundamentales:

1. Promoción de una actividad autorreguladora adecuada que implica reducir o suprimir la intensidad de

autoverbalizaciones, imágenes y emociones perturbadoras e incrementar aquellas que proporcionen el funcionamiento más adaptativo.

2. Modificación de conductas desadaptativas e incremento de conductas adaptativas.
3. Revisión y modificación de estructuras cognitivas (creencias, forma de vida, entre otras) que estén promoviendo valoraciones negativas de sí mismo y del mundo.

La estrategia también incluye actividades coadyuvantes, como la práctica de la meditación, ejercicio o cambios en la dieta. También se le enseña al paciente a afrontar y relajarse ante una amplia variedad de situaciones estresantes. El entrenamiento parte de la enseñanza de técnicas de respiración profunda y relajación progresiva y consta de distintas fases, las cuales se describen a continuación.

Fases de la inoculación de estrés

Fase educativa

Durante esta fase, se proporciona información sobre la génesis y mantenimiento de los fenómenos emocionales problemáticos. El objetivo no es eliminar el estrés, sino considerar las situaciones estresantes como problemas que se pueden resolver. En este sentido, se ha de proponer un modelo comprensible que permita a la persona reconocer sus elementos en la situación-problema, así como interpretar de forma adecuada las relaciones entre ellos.

Es importante que la persona comprenda la naturaleza transaccional de sus reacciones de estrés. La explicación del modelo debe dejar clara la naturaleza interactiva de los elementos incluidos. Una vez que la persona ha comprendido el modelo, es necesario recoger toda la información posible sobre la morfología y relaciones funcionales entre los elementos del entorno y la respuesta. Para este fin, pueden utilizarse registros en las situaciones-problema, entrevistas con la persona y personas cercanas, instrumentos

de autoinforme, entre otros. Es importante permitir que la persona cuente “su historia” o su visión del problema. A partir de esta información bruta, es posible indagar sobre los componentes relevantes para una adecuada formulación psicológica del problema. El planteamiento inicial puede ser útil en la planificación y el establecimiento de metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo. Es necesario poner especial énfasis en la formulación de objetivos realistas.

Como resultado de esta fase, la persona debería: a) disponer de un modelo alternativo de mantenimiento de sus reacciones de estrés; b) haber identificado y aclarado los desencadenantes, distinguiendo los estresores globales de los puntuales o situacionales y aquellos modificables de los que no los son, y c) aclarar si el déficit de la persona se debe a una falta de competencia (habilidades) o de ejecución (beneficios secundarios, creencias disfuncionales, entre otros).

Fase de entrenamiento o adquisición de habilidades

La persona debe ser capaz de distinguir claramente entre las situaciones modificables de aquellas que no lo son. En las primeras (modificables) los esfuerzos de la persona estarán encaminados al control de las situaciones (técnicas instrumentales), mientras en las segundas (no modificables), los esfuerzos se centran en la emoción que se experimenta (técnicas paliativas). Se trata de adquirir las habilidades y destrezas necesarias para el manejo de las respuestas fisiológicas y cognitivas problemáticas, así como de asegurarse de que la persona es capaz de ponerlas en práctica. Estos dos objetivos dan lugar a las fases de adquisición y ensayo. Las estrategias a entrenar pueden agruparse en cuatro grandes categorías:

- a) *Habilidades cognitivas*. La reestructuración cognitiva, la detención del pensamiento y las autoinstrucciones son las principales estrategias a entrenar. El entrenamiento consiste en la modificación de las verbalizaciones negativas

presentes en la respuesta de afrontamiento de la persona por otras positivas, antes, durante y después de la interacción con la situación-problema. Las autoinstrucciones deben presentar las características siguientes: 1) adaptarse a las necesidades específicas del/los pacientes; 2) estar construidas y redactadas con palabras del paciente; 3) ser concretas, no demasiado generales (puede llevar a la repetición mecánica); 4) estar orientadas al control y la competencia, y centradas en el presente o futuro inmediato, y 5) integrarse de forma natural en las situaciones y no considerarlas como un ritual mecánico aislado.

Además, puede ser de utilidad establecer contratos para poner en práctica las autoinstrucciones y generar algún tipo de regla mnemotécnica para facilitar su aplicabilidad. Para facilitar la adquisición de esta habilidad se pueden utilizar tarjetas en las que la persona anote las autoverbalizaciones positivas entrenadas. Asimismo, la imaginación también es útil, se puede construir una jerarquía de situaciones-problema para reproducirlas donde la persona se imagine a sí misma enfrentándose a estas y ponga en marcha las autoinstrucciones entrenadas.

- b) *Habilidades de control emocional*. La principal estrategia es la relajación. Esta puede obtenerse de diferentes formas: relajación muscular progresiva, imaginación, respiración, meditación).
- c) *Habilidades conductuales*. La principal es la exposición. Otras estrategias como el modelado o el ensayo de conductas se aplican para la modificación de parámetros morfológicos de las respuestas problema.
- d) *Habilidades paliativas*. Las principales son la distracción, cambio de perspectiva y habilidades sociales como la

expresión adecuada de afecto y la gestión del apoyo social del cual se disponga.

Tras identificar las situaciones-problema y los distractores, la persona debe implicarse activamente en la refocalización, moviendo su “linterna mental” hacia los estímulos acordados. Una vez que la persona sea capaz de poner en marcha las habilidades necesarias para el adecuado afrontamiento del problema, estas deben organizarse de acuerdo con los cuatro pasos del afrontamiento: preparación, afrontamiento (confrontación real y manejo de la activación emocional) análisis de las consecuencias y autorrefuerzo del éxito. Estos principios deben utilizarse para construir los denominados planes de afrontamiento, cuyo propósito es integrar todo lo aprendido y organizarlo de manera que permita el lidiar con las situaciones-problema.

El control del propio comportamiento durante estas situaciones se realiza mediante las autoinstrucciones, las cuales deben dirigir la actividad durante la situación, para ello deben:

- Identificar y definir la situación
- Prepararse para el afrontamiento
- Coordinar el afrontamiento y activar la puesta en marcha de las habilidades necesarias
- Corregir posibles dificultades y fracasos
- Organizar los procesos motivacionales
- Analizar la situación una vez finalizada.

Fase de aplicación o puesta en práctica y seguimiento

Durante esta fase, la persona debe poner en práctica lo aprendido en situaciones reales. Para conseguirlo, se le somete a niveles moderados y controlables de estrés (inoculación) a modo de “vacunas” conductuales. Con este procedimiento se pretende activar las estrategias aprendidas, así como comprobar hasta qué punto son eficaces y si existen problemas en su puesta en práctica.

Una forma de fortalecer lo aprendido es ver a alguien hacerlo. Puede resultar de mucha utilidad observar a personas cercanas competentes, incluso del terapeuta en situaciones similares, así como utilizar recursos como películas, lecturas o metáforas. Los modelos deben ser variados, similares a la persona (sexo, edad, entre otros), creíbles y con un nivel de competencia ligeramente superior al del paciente. Pueden darse instrucciones de manera simultánea a la observación del modelo. Debe mantenerse la atención de forma sostenida sobre el mismo y pedir a la persona que resuma o integre lo observado tras la sesión. Es preferible que la persona genere ciertas reglas sobre las relaciones estímulo-respuesta-consecuencias que mostraba el modelo. Para facilitar la generalización a situaciones de la vida de la persona se pueden utilizar metáforas y el ensayo en imaginación. Para ello, se establece una jerarquía con las situaciones más estresantes a las que se enfrenta el paciente, ordenándolas de mayor a menor nivel de dificultad. La persona debe reproducir las situaciones en imaginación permitiendo la aparición de la respuesta de estrés y haciéndole frente con las habilidades aprendidas.

Ensayo conductual. Puede utilizarse la inversión de roles (terapeuta-paciente), el objetivo es que la persona se enfrente a situaciones simuladas o reales, al principio más controlables y progresivamente con más imprevistos. En dichas situaciones, la persona pondrá en práctica sus habilidades mientras el terapeuta observa y da retroalimentación (*feedback*).

Exposición en vivo graduada. La persona ha de enfrentarse progresivamente a las situaciones reales de la jerarquía, previamente construida, y valorar el resultado obtenido en cada una de ellas. Es importante hacer énfasis en los riesgos de recaída y en la forma de afrontarlos, ya que la probabilidad es especialmente alta en situaciones con alto grado de dificultad, novedosas o en las que se

dan simultáneamente un número alto de problemas. Esencialmente, se trata de concebir la evolución con recaídas como un proceso de aprendizaje más, en el que la probabilidad de pequeños “deslices” o errores sobre lo aprendido es alta. La persona debe percibir estas recaídas como oportunidades para el aprendizaje y no como situaciones de derrota. Junto con esta actitud, el entrenamiento en la detección precoz de signos de recaída, así como de situaciones de alto riesgo permitirán a la persona anticiparse y poner en marcha habilidades necesarias para resolver la situación. Cuando el fracaso ha ocurrido, lo más importante es analizar las posibles razones por las que este ha tenido lugar. Una vez que la persona es capaz de anticipar ciertas situaciones de alto riesgo, pueden programarse “recaídas controladas” en las que la persona pone en marcha lo aprendido.

Ensayo en imaginación. Cuando estas situaciones controladas sean difíciles de llevar a cabo, pueden utilizarse ensayos en imaginación. A continuación, se mencionan algunos ejemplos.

1. *Autoafirmaciones para emplear contra el enojo.* Preparación para la provocación:
 - “Esto va a molestarme, pero sé cómo controlarlo”
 - “Puedo elaborar un plan para manejar esto”
 - “Puedo manejar la situación, sé cómo controlarme”
 - “Si empiezo a molestarme, sabré qué hacer”
 - “No habrá necesidad de dar argumentos”
 - “Trata de no tomar esto demasiado en serio”
 - “Esta puede ser una situación de prueba, pero creo en mí”
 - “Es tiempo para unas profundas respiraciones de relajación, la calma lo logra”.

2. Reacciones durante la confrontación.
 - “Permanece en calma, solo continúa relajándote”
 - “En tanto me mantenga frío, estaré bajo control”

- “No necesitas probarte a ti mismo”
 - “No hay razón para ponerse loco”
 - “No le voy a permitir que me atrape”
 - “No hagas más de lo que tienes que hacer”
 - “Es realmente una pena que(él/ella) tenga que reaccionar así”
 - “Alguien tan irritable debe ser terriblemente infeliz”
 - “Si me aloco, solo me daré de golpes contra la pared, así que mejor *relax*”
 - “No tengo porqué dudar de mí mismo. No importa lo que digan”
 - “Esta situación está bajo mi control”.
3. Para eliminar la ansiedad o excitación.
- “El molestarme no ayudará”
 - “Empiezo a ponerme tenso, un poco de relajación y ya”
 - “No vale la pena enojarse tanto”
 - “Lo dejaré hacerse tonto”
 - “Tengo derecho a estar molesto, pero mantendré la calma”
 - “Ataquemos el problema punto por punto”
 - “Mi coraje es una señal de lo que necesito hacer. Instruirme a mí mismo para controlarme”
 - “Trata de razonarlo. Tratémonos con respeto”
 - “Tratemos una solución por cooperación. Tal vez ambos tenemos la razón”
 - “Probablemente le gustaría hacerme enojar, bueno le desilusionaré”
 - “No puedo esperar que la gente actúe en la forma que yo quiero, es mejor tomarlo con calma”.
4. Si el problema no se resolvió.
- “Olvidalo, pensar eso solo te incomoda”

- “Son situaciones difíciles y toma tiempo seguir adelante”
 - “Trata de sacudirte este asunto, no permitas que interfiera con el trabajo”
 - “Mejoraré con la práctica”
 - “La relajación es mejor que el coraje”
 - “No lo tomes tan a pecho”
 - “Probablemente no es tan serio como parece”
 - “Respira profundo y piensa positivo”.
5. Cuando sí se resolvió.
- “Lo manejé muy bien, funcionó”
 - “No fue tan difícil como pensé”
 - “Pudo haber sido mucho peor”
 - “Pude hacerlo sin enojarme”
 - “Estuve atormentándome tanto sin necesidad”
 - “Cada vez lo hago mejor”.
6. Para defendernos de quien nos causa ansiedad.
- “Lo que sea tienes que hacerlo”
 - “Puedes desarrollar un plan para manejarlo”
 - “No pienses negativamente, se racional”
 - “No te preocupes de nada sirve”.
7. Reacciones durante la situación de tensión.
- “Puedes convencerte a ti mismo de hacerlo”
 - “Un paso a la vez, tú puedes manejar la situación”
 - “Esta ansiedad es la que el psicólogo dijo que sentirías. Es un recordatorio para emplear los ejercicios de defensa”
 - “Relájate, estás en tu control, respira lento y profundo”.
8. Cuando algo nos abruma.
- “Cuando el miedo venga, solo mantén la calma”

- “Mantén la atención en el presente. Pon el miedo en una escala del 0 al 10 y observa el cambio”
 - “Debes esperar a que el miedo venga”
 - “No trates de eliminar el miedo totalmente, solo mantenlo bajo control”.
9. Reflexiones sobre la experiencia
- “Funcionó, ¡lo hiciste!”
 - “Espera a contárselo a tu terapeuta”
 - “No fue tan malo como esperabas”
 - “Cuando controlas tus malas ideas –el problema– también controlas tu miedo”
 - “Mejoras cada vez que usas los procedimientos”
 - “Debes sentirte contento con tus progresos”.

Concluido el entrenamiento, es importante evaluar los efectos inmediatos de la intervención. Esta evaluación debe abarcar tanto el nivel de competencia alcanzado en las técnicas como el efecto que tiene a largo plazo sobre las variables relevantes para el paciente. La evaluación se puede realizar en sesiones de seguimiento programadas con el consentimiento de la persona y se espaciarán progresivamente en el tiempo.

La inoculación de estrés se puede aplicar en cualquier problema enmarcado en situaciones como control de la ira, enfermedades terminales, hipertensión, problemas de ansiedad, afrontamiento del dolor crónico, estrés laboral, intervenciones quirúrgicas e incluso, patrón de conducta tipo A.

Conclusiones

Cada ola de intervenciones psicológicas ha contribuido al estudio, intervención y tratamiento del estrés, lo cual no significa que el

pensamiento, la emoción o el contexto no existieran, sino que cada generación ha aportado datos empíricos que hacían falta para comprender la “caja negra inexplorable”.

Dejando de lado este intento por agrupar las técnicas/terapias cognitivo conductuales en olas, se puede concluir que es un hecho que en la práctica clínica estas no se contraponen e incluso, se complementan. Lo importante es no olvidar que la manera más confiable de generar conocimiento es a través de la investigación científica. Las técnicas conocidas y por conocer deberán validarse mediante la experimentación y generación de evidencia teórica, metodológica y clínica.

Resumen

- En el presente capítulo se describen las terapias consideradas dentro de la segunda generación, también conocidas como terapias cognitivo conductuales
- Se exponen algunos de los principales procesos de intervención, tales como la desensibilización sistemática, la reestructuración cognitiva, la terapia de solución de problemas y la inoculación del estrés
- A partir de estos procesos, se explican los fundamentos que subyacen a la aplicación, a fin de entender la naturaleza de los problemas psicológicos de las personas, la manera en que es posible reconocer trastornos psicológicos y los procedimientos específicos que permiten, desde una óptica instruccional, conocer los procedimientos para la actuación profesional en el ámbito de la terapia clínica
- Otra aportación del capítulo es la definición que se brinda sobre miedos y fobias específicas, así como sobre la detección de pensamientos irracionales, el uso del diálogo, el reconocimiento de la tríada cognitiva, los esquemas y supuestos para la

atención de la depresión, los procesos de relajación y procedimientos específicos

- Las aportaciones conceptuales y metodológicas del capítulo se han procurado para el entendimiento de este tipo de terapias.

Referencias

- Beck, A. T. (1967). *Depression. Clinical, experimental and theoretical aspects*. Hoeber Medical Division, Harper & Row.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée De Brouwer.
- Bernstein, D. A. y Borkovec, D. T. (1973). *Entrenamiento en relajación progresiva. Un manual para terapeutas*. Desclée De Brouwer.
- D'Zurilla, J. T. (1993). *Terapia de resolución de conflictos: competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica*. Desclée De Brouwer.
- Dryden, W. y Ellis, A. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Desclée De Brouwer.
- Ellis, A. y Abrahams, E. (2005). *Terapia racional emotiva*. (2ª ed.). Pax.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de terapia racional emotiva*. Desclée De Brouwer.
- Lazarus, R. S., & Cohen, J. B. (1977). "Environmental stress". In: I. Altman & J. F. Wohlwill (Eds.), *Human Behavior and Environment* (pp. 89-127). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-0808-9_3
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Siglo XXI.
- Martin, G. y Pear, J. (1999). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla* (5ª ed.). Prentice Hall.
- Meichenbaum, D. (1988). *Manual de inoculación de estrés*. Martínez Roca.
- Nezu, A. M. (1986). Cognitive appraisal of problem solving effectiveness: relation to depression and depressive symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 42(1), 847-852. [10.1002/1097-4679\(198601\)42:1<42::aid-jclp2270420106>3.0.co;2-2](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198601)42:1<42::aid-jclp2270420106>3.0.co;2-2)
- Rimm, C. D. y Masters, C. J. (1980). *Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos*. Trillas.
- Salkovskis, P. M. (1996). *Frontiers of Cognitive Therapy*. The Guilford Press.
- Wolpe, J. (1995). "Reciprocal inhibition: Major Agent of Behavior Change". In: W. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change*. American Psychological Association.

Estrategias de intervención psicológica de tercera generación

Anabel De la Rosa Gómez
Berenice Serrano Zárate
Liliana Moreyra Jiménez

Introducción

En un recuento de la evolución histórica de la terapia cognitivo conductual (TCC), Craske (2010), además de recordarnos que los orígenes se remontan a la ciencia y teoría de los condicionamientos clásico, instrumental y la teoría del aprendizaje, utiliza el término *third wave* para referirse a las nuevas técnicas y terapias cognitivo conductuales de la “tercera ola o generación”.

Si bien estas terapias fueron desarrolladas en la década de los 90, no fueron conocidas sino hasta 2004, gracias a la publicación de un artículo de Steven Hayes en la revista *Behavior Research and Therapy*, en el cual describió un conjunto de terapias o procedimientos terapéuticos basados en el enfoque contextual y en la terapia de conducta radical (Hayes, 2004, en Perea-Gil *et al.*, 2018; Pérez-Álvarez, 2006; Vallejo, 2010).

Hayes (2004, en Mañas, 2012) define esta tercera ola de terapias cognitivo conductuales como aquellas “fundamentadas en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje” (p. 6). Perea-Gil *et al.* (2018), por su parte, las describen como “sensibles al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, enfatizando en el uso de estrategias de cambio, basadas en la

experiencia y en el contexto además de otras directas y didácticas” (p. 84). Además, buscan la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de atender la eliminación de los problemas, resaltando cuestiones relevantes tanto para el terapeuta como para el paciente.

De acuerdo con Barraca (2009), Hayes afirma que esta nueva ola de terapias cognitivo conductuales:

Tienen en común un planteamiento contextual, otorgan un énfasis singular al análisis de la funcionalidad de la conducta, toman la flexibilidad como criterio de adaptación ante los problemas (en vez de centrarse en la desaparición del síntoma) y despsiquiatrizan o desmedicalizan las categorías diagnósticas tradicionales. (p. 111)

Entre las razones que han propiciado la emergencia de esta nueva ola, se encuentran (Hayes, 2004, en Mañas, 2012):

... (1) el desconocimiento sobre el por qué resultan exitosas o efectivas o, por el contrario, el por qué fracasan las terapias actuales; (2) la gran cantidad de resultados recientes de numerosas investigaciones básicas sobre el lenguaje y la cognición desde una perspectiva analítica-funcional y; (3) el hecho de que existan concepciones y modelos cuya aproximación mantienen una perspectiva radical funcional al comportamiento. (p. 6)

De este modo, las terapias cognitivo conductuales de tercera generación centran sus técnicas en la no evitación o reducción de síntomas, sino en que la persona actúe de forma responsable al elegir y aceptar los eventos privados que implique su proceder. Además, no solo buscan la eliminación de los síntomas cognitivos con la intención de modificar la conducta de la persona, también se encaminan a la modificación de su función a través de la alteración del contexto en el que estos síntomas cognitivos se manifiestan problemáticos.

Las estrategias de intervención que utilizan dichas terapias se basan en diversas técnicas experienciales, historias de vida, paradojas o metáforas, utilizan estrategias o procedimientos de intervención más indirectos en lugar de limitarse al uso de técnicas basadas

en cambios de primer orden o técnicas directas, como en el caso de las terapias de primera y segunda generación (Mañas, 2012).

Debido a que esta ola de terapias ha mostrado eficacia en diversos problemas de salud mental, el propósito de este capítulo es describir sus fundamentos teóricos, las estrategias de intervención y sus aplicaciones.

Terapia de aceptación y compromiso

Fundamentos

La terapia de aceptación y compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) surgió a partir del conductismo radical en la década de los noventa, como una alternativa al trabajo psicoterapéutico con pacientes de consultas externas que presentan problemas graves de índole emocional y donde la o el terapeuta no tiene un control directo sobre el ambiente donde viven. Esta terapia centra su estudio en los trastornos del comportamiento y las emociones enfatizando el análisis de la evitación de eventos privados adversos. Se fundamenta en la forma en que se relacionan los diferentes conceptos, palabras y recuerdos del individuo con los problemas, así como en los hallazgos sobre la conducta gobernada por reglas, sin instrucciones directas, donde la o el terapeuta solo ayuda a evidenciar las propias reglas de la o del paciente. Estos procesos pueden complementarse con el seguimiento de reglas verbales relativas al control estricto de emociones y cogniciones (Kohlenberg *et al.*, 2005).

Existen tres pilares fundamentales en la ACT: 1) el papel que juegan los eventos privados en las explicaciones de los problemas de las personas, 2) la importancia de la relación terapéutica y 3) el sistema cultural que contribuye al establecimiento de un control indeseable de las conductas privadas.

Estrategias de intervención

La ACT no se centra en cambiar o reducir los pensamientos, emociones o memorias molestas o dañinas, su objetivo es entender su función y generar flexibilidad en la regulación del comportamiento. Las estrategias y procedimientos clínicos pretenden lograr un cambio de carácter contextual para alterar la función de los eventos privados sin cambiar sus contenidos. De esta manera, se busca generar condiciones para que el paciente valore la paradoja de su comportamiento y, con ello, potencializar las interacciones clínicas que permitan la concientización plena y abierta de los eventos privados.

Las estrategias que se incorporan se basan en el aprendizaje relacional. El uso de paradojas, metáforas y ejercicios de atención plena en el aquí y ahora son fundamentales para aceptar los eventos privados en el marco de los valores personales. Para ello, se llevan a cabo seis fases principales:

1. *Desesperanza creativa.* Rompe los repertorios de evitación que la o el paciente ha aplicado para solucionar el problema y que constituyen parte del mantenimiento de este. Su objetivo es eliminar el soporte verbal y social que mantiene esa evitación continua.
2. *El control es el problema y no la solución.* Muestra al individuo que sus intentos de control son el problema. La o el terapeuta ha de moldear esta aproximación a su problema. Su objetivo es dejar de realizar lo que hacía hasta ese momento.
3. *Construyendo la aceptación.* Consiste en dismantelar el lenguaje, sus funciones y la relación con las emociones o los recuerdos de la persona. A este proceso se le conoce como desliteralización. Su objetivo es proponer la aceptación psicológica como alternativa a la evitación.
4. *Establecimiento del yo como contexto y no como contenido.* Se sitúa verbalmente la construcción del Yo como

persona, como centro desde el actuar para diferenciarlo de las emociones, pensamientos o recuerdos. Su objetivo es el reconocimiento del Yo.

5. *Valoración.* Se analizan los valores de la persona, los fundamentos desde los que actúa y las bases verbales sobre las que se asientan esos valores. Su objetivo es elegir y valorar una dirección propia.
6. *Disposición y compromiso.* La intención es comprometer al individuo con el cambio de su conducta, no a través de instrucciones directas, sino valorando las conclusiones y decisiones a las que llega la o el paciente al final de la terapia. Su objetivo es adoptar cambios por sí mismo.

Como se observa, la ACT no cuenta con un protocolo estandarizado de fases o estrategias para aplicar durante el proceso de intervención, es una guía general de acción en un caso concreto. Sin lugar a duda, en la mayor parte de los casos, la actuación clínica requiere la práctica sistemática del o la terapeuta al ajustar las intervenciones y métodos clínicos a cada paciente. El principal recurso clínico del que dispone la ACT es el uso de metáforas cuya utilización es frecuente, las cuales pueden ser narradas por la o el terapeuta y representadas en la sesión. Dichas metáforas contienen elementos que han partido de la o el paciente y son análogos de su problema.

Otro recurso clínico es el ejercicio de exposición a los sentimientos y pensamientos dolorosos y situaciones desagradables. Estos ejercicios proceden de una metáfora, siempre teniendo en cuenta la experiencia de la o del paciente. El *mindfulness* o atención plena es un recurso que también se usa en esta terapia con el propósito de posibilitar el cambio de relación con los pensamientos, sentimientos, recuerdos y patrones de regulación verbal que juzgan rápidamente la problemática; al aprender a controlar esta práctica cambia el contexto (Villalobos *et al.*, 2012).

Aplicaciones

La ACT ha mostrado su eficacia en numerosos estudios de caso en formato breve o amplio, individual o grupal, así como en diversas muestras y culturas (Villalobos *et al.*, 2012). Asimismo, ha mostrado ser efectiva en el tratamiento de: depresión, dolor crónico, estrés laboral, ansiedad a las matemáticas, psicosis, agorafobia, uso y abuso de sustancias, anorexia, trastorno de ansiedad generalizada, duelo patológico, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos sexuales (Kohlenberg *et al.*, 2005). Dicha eficacia también se ha observado en el tratamiento de trastorno de ansiedad social, esclerosis múltiple, tricotilomanía, episodios epilépticos, actos autolesivos, entre otros problemas (Rey, 2004).

Sistema de análisis de la psicoterapia cognitivo conductual

Fundamentos

El sistema de análisis de la psicoterapia cognitivo conductual (CBASP, por sus siglas en inglés) fue desarrollado por James P. McCullough Jr. en la Universidad de la Mancomunidad de Virginia de los Estados Unidos en los años 80 con el objetivo de tratar la depresión crónica y el trastorno depresivo persistente (distimia) en adultos (Moerk y Klein, 2000; Salton, 2007; Swan, 2014, en McCullough *et al.*, 2015).

El CBASP se basa en el modelo interpersonal del funcionamiento psicosocial, tiene como objetivo que la o el paciente aprenda a identificar y a cambiar sus conductas interpersonales desadaptativas, mientras que la o el terapeuta ayuda a reconocer las consecuencias de su forma de pensar y comportarse en sus relaciones interpersonales para proporcionar un aprendizaje (McCullough *et al.*, 2015; Moerk *et al.*, 2000; Salton, 2007).

Estrategias de intervención

De acuerdo con McCullough (2000, en Moerk *et al.*, 2000) el CBASP utiliza técnicas terapéuticas conductuales, cognitivas e interpersonales, pero es, principalmente, un programa de formación de contingencias que se basa en el refuerzo negativo (McCullough, 2003). El CBASP emplea tres técnicas (McCullough, 2003, en Salton, 2007, p. 2).

- a) *Análisis situacional*. Se examina con la persona el comportamiento que adopta en situaciones comunes de su día a día.
- b) *Ejercicio de la discriminación interpersonal*. Ayuda a la persona a no aferrarse a las generalizaciones con respecto a sus relaciones y a observar cada relación en particular.
- c) *Habilidades interpersonales*. Entrena a la persona a relacionarse bien.

Aplicaciones

En 2005, la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) incluyó el CBASP como tratamiento psicológico eficaz para la depresión crónica (Salton, 2007). Si bien el tratamiento fue diseñado para la modalidad individual, se ha aplicado de forma reciente para la terapia en grupo (Guhn *et al.*, 2021).

Psicoterapia analítica funcional

Fundamentos

La psicoterapia analítico-funcional (FAP, por sus siglas en inglés) se desarrolló en el marco del conductismo radical de B. F. Skinner, y se fundamenta en el análisis y moldeamiento del comportamiento verbal del paciente en tiempo real durante las sesiones de

intervención. Ofrece un análisis conductual de la relación (intensa y comprometida) terapeuta-paciente y, con el objetivo de intensificar las oportunidades de aprendizaje que surgen en la sesión terapéutica y en el proceso clínico, combina terapias cognitivas o cognitivo conductuales (Kohlenberg *et al.*, 2005) e incluso, otros tipos de terapia (Ferro *et al.*, 2009).

Estrategias de intervención

De acuerdo con Ferro *et al.* (2009), esta terapia distingue cinco reglas principales:

1. Desarrollar el repertorio de observación entre los problemas de la vida diaria y aquellos que la persona percibe dentro de la sesión terapéutica, así como posibles conductas clínicamente relevantes (CCR).
2. Construir un ambiente terapéutico que evoque las CCR1 (equivalencia funcional entre los problemas de la vida diaria y los problemas de la persona dentro de la sesión), para reducirlas como las CCR2 (mejoras dentro de la sesión clínica), para incrementarlas.
3. Organizar el reforzamiento positivo de CCR2.
4. Desarrollar un repertorio para observar las propiedades reforzantes de la conducta del o la terapeuta en relación con las CCR de la persona.
5. Generar en la persona un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las conductas, a través de modelos, o bien, de su moldeamiento directo CCR3 (interpretaciones y explicaciones que tienen las personas de lo que les ocurre).

De esta manera, la conceptualización del caso como en la propia aplicación de la terapia, se encuentra en función de la historia previa y del repertorio de la o del terapeuta, de sus creencias

sobre psicopatología y bienestar psicológico e incluso, de sus valores. Las interpretaciones de las personas suelen estar influidas por conceptos cognitivos o ideas acerca de lo que les pasa. Al observar y evocar estas conductas se realiza la transferencia a la vida diaria, a través del reforzamiento natural y la visualización de sus efectos en interacciones futuras (Ferro *et al.*, 2009).

Aplicaciones

La FAP ha mostrado ser eficaz para tratar la depresión, los problemas en las relaciones interpersonales y el trastorno límite de la personalidad (Kohlenberg *et al.*, 2005); también en el tratamiento de otros trastornos de personalidad (obsesivo-compulsivo, de ansiedad generalizada, ansiedad específica, problemas académicos, problemas de relación de pareja o entre padres e hijos, problemas en las habilidades sociales) (Ferro *et al.*, 2009).

Terapia dialéctica comportamental

Fundamentos

La terapia dialéctica comportamental (DBT, por sus siglas en inglés) fue desarrollada a principios de los años 90 por Marsha Linehan, originalmente para el tratamiento de los intentos recurrentes de suicidio en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP).

El propósito de la DBT es ayudar a las personas a cambiar las conductas, emociones, pensamientos y patrones de relaciones interpersonales asociados con la psicopatología. Se basa en una teoría dialéctica y biosocial de los trastornos psicológicos que hace especial énfasis en el papel de las dificultades en la regulación emocional. La DBT incluye técnicas de las generaciones anteriores, por ejemplo:

- Terapia cognitivo conductual, cuyo objetivo es la modificación de las conductas problema
- *Mindfulness*, cuya finalidad es facilitar la toma de conciencia y la aceptación
- Filosofía dialéctica, cuyo propósito es permitir una fluidez en el balance entre la aceptación y el cambio.

Esta última busca generar un proceso de cambio, que parte de una idea o acontecimiento (tesis) que se transforma en su opuesto (antítesis) para finalmente integrarse (síntesis) y dar como resultado que ambas sean posibles.

Estrategias de intervención

El protocolo estándar (Linehan, 1993, 2015) tiene como objetivo ser un entrenamiento para aprender y poner en práctica las habilidades que permitan a la persona sentir, comportarse y pensar de manera que no le cause problemas y sufrimiento. Este protocolo es una combinación de psicoterapia individual, entrenamiento grupal en diversas habilidades, consultas telefónicas y equipo de supervisión.

El protocolo estándar sugiere trabajar en grupos de máximo 10 personas, en sesiones semanales, de 2.5 h, durante 24 semanas (seis meses aproximadamente); de ser necesario, se recomienda repetir otro ciclo de 24 semanas (en programas de tratamiento de un año), distribuidas en los módulos siguientes:

- a) *Habilidades de toma de conciencia*. Su objetivo es que la persona aprenda a tener conciencia de las propias experiencias, de sus sensaciones, emociones, de sí misma, para ser capaz de conocer mejor esas experiencias. Por medio de las técnicas de *mindfulness* se busca mejorar la atención en el aquí y ahora (por ejemplo, parar de pensar en el pasado o el futuro, y concentrarse en algo que tiene que

hacer) y comprender mejor los estados de la mente (racional, emocional y sabia). Es necesaria la toma de conciencia para conocer y aceptar lo que ocurre y cambiar aquello que causa sufrimiento. En este módulo también se trabajan los problemas de identidad y la confusión sobre sí mismo (sensación de vacío, sensación de no encajar, síntomas disociativos).

- b) *Habilidades de regulación emocional.* Se centran en aumentar el control sobre las emociones. En este módulo se trabaja la sensibilidad emocional extrema, subidas y bajadas del estado de ánimo, crisis de emociones intensas, inhibición emocional, dificultad en el control de las emociones o el excesivo control emocional. Asimismo, se utilizan estrategias de control cognitivo para inhibir las emociones, problemas con la ira y la ansiedad, vulnerabilidad emocional, entre otros.
- c) *Habilidades de eficacia interpersonal.* Se enfocan en aprender a manejar conflictos interpersonales de manera que se mantenga el respeto hacia las demás personas y hacia una(o) misma(o). Se trabaja sobre relaciones personales inestables o difíciles y los problemas en mantener esas relaciones. Se trabaja con las emociones y conductas asociadas (miedo al abandono, a la soledad, a la intimidad, conductas realizadas para no ser abandonada o abandonado, expectativas irrealistas con respecto a las demás personas, decepción con respecto a las demás personas).
- d) *Habilidades de tolerancia al malestar.* Su propósito es que la persona aprenda a tolerar el malestar sin realizar conductas impulsivas y sin utilizar estrategias de inhibición emocional. Que pueda regular sus emociones sin tener conductas dañinas a corto, medio y largo plazo. Las estrategias de tolerancia al malestar buscan mejorar los problemas comportamentales y son un buen complemento a

las habilidades de regulación emocional. En este módulo se trabaja con las conductas impulsivas (consumo de alcohol y drogas, atracones, vómitos, compras compulsivas, conductas sexuales de riesgo, conducción temeraria); conductas que se realizan sin reflexionar; conductas suicidas y parasuicidas. También se trabaja con la asociación de las conductas impulsivas con los problemas emocionales, conductas impulsivas como estrategias desadaptativas de control emocional y conductas de evitación como inhibición, restricción alimentaria, entre otros, las cuales se entienden también como una forma inadecuada de regular las emociones.

Para comprender mejor los objetivos de estos módulos, García y Navarro (2016) refieren que las técnicas de *mindfulness* y tolerancia al malestar son especialmente útiles para trabajar la aceptación, y que las técnicas de regulación emocional y eficacia interpersonal son especialmente útiles para trabajar el cambio.

Aplicaciones

El protocolo de tratamiento desarrollado por Linehan (1993, 2015) ha tenido múltiples adaptaciones, desde la terapia individual hasta los tratamientos transdiagnósticos (Lynch *et al.*, 2013) para el tratamiento de diversos problemas de salud mental. Además del tratamiento del TLP (Koons *et al.*, 2001; Linehan *et al.*, 1993; Turner, 2000; Verheul *et al.*, 2003), el mayor apoyo empírico se centra también en su eficacia para el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias (Linehan *et al.*, 2002), trastornos de la conducta alimentaria (Haynos & Fruzzetti, 2011; Safer *et al.*, 2001; Telch *et al.*, 2000), adolescentes con riesgo de suicidio (Rathus & Miller, 2002) y familiares de personas con trastornos emocionales (Fruzzetti *et al.*, 2007). También ha mostrado eficacia en el tratamiento del

trastorno de estrés postraumático (Bohus *et al.*, 2020), depresión (Lynch *et al.*, 2003), trastorno de déficit de atención con hiperactividad (Hesslinger *et al.*, 2002), entre otros.

Terapia integral conductual de pareja

Fundamentos

Desarrollada por Jacobson y Margolin en los años 70, se considera una terapia importante que propició la divulgación de un método de tratamiento para el abordaje de los problemas de pareja. Esta terapia tiene como ejes de intervención el reforzamiento, el entrenamiento de habilidades de comunicación y la resolución de problemas, y pone énfasis en los cambios positivos en la dinámica de la pareja (Jacobson & Margolin, 1979, en Barraca, 2013). Esta terapia sentó las bases de lo que hoy es la terapia integral conductual de pareja (IBCT, por sus siglas en inglés) con una postura del conductismo radical, en la cual se promueve la “aceptación emocional” como un paso esencial para la mejoría de las parejas con problemas maritales. Este componente no implica la resignación ante la conducta de la pareja, sino una forma de aprender a visualizar las dificultades como un medio para encontrar mayor cercanía e intimidad con la persona (Vargas Madriz y Ramírez Henderson, 2013).

El trabajo con las estrategias de aceptación es novedoso y un notable desafío para la o el terapeuta, dado que debe desarrollar habilidades para modificar o aceptar cada uno de los componentes de la pareja, ayudándoles a tener una visión más completa de su comportamiento y renunciando a la idea de que las diferencias que existen entre ambos no son tolerables. Por otra parte, identifica y establece límites lógicos y éticos como la no aceptación de conductas de maltrato y vejación (Barraca, 2013; Vargas Madriz y Ramírez Henderson, 2013).

Un aspecto importante de la IBCT es el planteamiento del análisis funcional para la formulación del caso, cuyo objetivo es identificar los eventos que favorecen la aparición del malestar y la función de las variables que controlan la insatisfacción de la pareja (Barraca, 2013; Vargas Madriz y Ramírez Henderson, 2013). Para Barraca (2013, p. 16) son cuatro los elementos de esta formulación.

- a) *Tema*: es el asunto sobre el cual giran las discusiones de la pareja.
- b) *Proceso de polarización*: es el patrón de interacción que se inicia cada vez que aparece el conflicto sobre el tema.
- c) *Trampa mutua*: es el resultado del proceso de polarización, el cual puede percibirse como un estado de estancamiento que le impide a la pareja salir del círculo vicioso.
- d) *Criterio pragmático sobre la verdad*: al formular el caso, la o el terapeuta adoptará un criterio pragmático que describe los auténticos problemas de la pareja con un enfoque útil para avanzar y hacerles sentir mejor.

Vargas Madriz y Ramírez Henderson (2013) mencionan que una adecuada comprensión de los componentes constituye un punto importante para la formulación exitosa del consiguiente proceso de intervención.

Estrategias de intervención

De acuerdo con Barraca (2013), el modelo IBCT no tiene un protocolo estricto, pero sí una estructura. Las sesiones de intervención se orientan hacia la resolución de los conflictos, basándose en la formulación del caso a partir de situaciones y discusiones actuales. Posteriormente, se proponen las estrategias de intervención de cambio, aceptación o tolerancia.

- a) *Enfocadas al cambio*: intercambio conductual, desarrollo de habilidades de comunicación y de resolución de problemas.
- b) *Enfocadas a la aceptación*: unión empática, separación unificada.
- c) *De tolerancia*: enfocarse en los aspectos positivos de una conducta negativa, practicar las conductas negativas en sesión, fingir las conductas negativas en casa, entre sesiones, promover la tolerancia a través del autocuidado.

La elección de una estrategia u otra dependerá del criterio y responsabilidad de la o del terapeuta, considerando las más pertinentes para la pareja (Barrero, 2008, en Vargas Madriz y Ramírez Henderson, 2013).

Aplicaciones

El modelo ha tenido resultados eficaces en parejas con problemas crónicos, en situaciones difíciles causadas por infidelidades y en problemas de consumo de sustancias y dependencia en la pareja (Barraca, 2013).

Terapia cognitiva basada en *mindfulness*

Fundamentos

La terapia cognitiva basada en *mindfulness* (MBCT, por sus siglas en inglés), también conocida como terapia cognitiva basada en la atención o conciencia plena, es una terapia desarrollada a principios de los años 90 por Zindel Segal y sus colaboradores, basada en las enseñanzas de Jon Kabat-Zinn sobre el uso del entrenamiento en *mindfulness* o atención plena en el ámbito terapéutico.

Originalmente, la MBCT surgió para prevenir recaídas en pacientes que han sido tratados para la depresión.

De acuerdo con Kabat-Zinn “*mindfulness* se entiende como la habilidad para prestar atención de un modo en particular, con un propósito, en el momento presente y sin establecer juicios de valor” (en Segal *et al.*, 2013, p. 155). A partir de los resultados de estudios previos sobre la eficacia de *mindfulness*, Segal y sus colaboradores identificaron que esta técnica podría ofrecer una serie de posibilidades para la prevención de recaídas de la depresión, ya que aportaba métodos alternativos para enseñar habilidades de descentramiento (salir del “piloto automático”) y para entrenar a las personas en reconocer cuando su estado de ánimo empeora.

La MBCT se basa en un modelo teórico que destaca la importancia de tomar consciencia de los patrones de pensamiento, emociones y sensaciones corporales que caracterizan los estados mentales vinculados con las recaídas en la depresión, así como la importancia de modificar las relaciones que mantienen las personas con sus pensamientos y emociones negativas. De acuerdo con Segal *et al.* (2013), los objetivos que persigue esta terapia son:

1. Enseñar a las personas que han sufrido depresión habilidades que les ayuden a prevenir una recaída.
2. Entrenar a las personas para ser más conscientes de las sensaciones corporales, sentimientos y pensamientos.
3. Ayudar a las personas a desarrollar un vínculo diferente con las sensaciones, pensamientos y sentimientos, específicamente, la aceptación consciente y el reconocimiento de sentimientos y pensamientos no deseados, en vez de seguir con rutinas preprogramadas, automáticas y habituales que tienden a perpetuar las dificultades.
4. Ayudar a las personas a ser capaces de elegir la respuesta más habilidosa ante cualquier pensamiento, sentimiento o situación que experimenten.

Estrategias de intervención

En general se trabaja en grupo, en sesiones semanales con una duración de dos horas y seguimientos durante un año. Durante la intervención, se trabaja con técnicas de *mindfulness*, técnicas cognitivas y el descentramiento (dar la bienvenida y tomar conciencia de los pensamientos, emociones y sensaciones corporales relacionadas con la experiencia difícil y adoptar una actitud de amabilidad con toda la experiencia). La duración del protocolo de intervención suele ser de ocho semanas. A continuación, se presentan tanto las estrategias de intervención que se trabajan en la MBCT como su fundamentación (Segal *et al.*, 2013).

- a) *Cambio del “piloto automático”*. Comienza cuando reconocemos la tendencia a entrar en el modo de “piloto automático” y establecemos un compromiso para aprender cuál es el mejor modo de salir de él y llegar a ser conscientes de cada momento.
- b) *Hacer frente a los obstáculos*. Enfocarse con más profundidad en el cuerpo para identificar con mayor claridad el “parloteo” de la mente y cómo esta tiende a controlar nuestras reacciones ante los eventos cotidianos.
- c) *Atención plena en la respiración*. Aprender a tomar intencionadamente consciencia de la respiración para encontrarse más centrada o centrado.
- d) *Estar presente*. La mente se dispersa más cuando trata de adherirse a ciertas cosas y cuando intenta evitar o escapar de otras. *Mindfulness* muestra un modo de permanecer en el presente al ofrecer otro lugar desde el cual observar la situación; ayuda a adoptar una perspectiva más amplia y a relacionarse de un modo diferente con la experiencia difícil.
- e) *Permitir/dejar ser*. Vincularse de un modo distinto implica llevar a la experiencia la sensación de “permitir” su existencia, simplemente tal como es, sin juzgarla, ni tratar de

modificarla. Tal actitud de aceptación constituye la base fundamental a la hora de cuidar de una misma o uno mismo y de percatarse, más claramente, qué necesita modificarse si fuera el caso.

- f) *Los pensamientos no son hechos.* Los estados de ánimo negativos y los pensamientos acompañantes, restringen nuestra habilidad para relacionarnos de un modo diferente con la experiencia difícil. Es liberador percatarse de que estos son simplemente pensamientos, incluso aquellos que parecen no serlo.
- g) *Cuidar mejor de mí misma o mismo.* Existen algunas cosas específicas que pueden llevarse a cabo cuando la depresión amenaza con reaparecer. Lo primero es tener un espacio para la respiración y después decidir qué acción emprender, si eso fuera pertinente. Cada persona presenta sus propias señales particulares que amenazan con una recaída, pero la persona puede anticiparse y realizar planes sobre cuál es el mejor modo de responder ante dichas señales.
- h) *Utilizar lo aprendido para hacer frente a futuros estados de ánimo negativos.* Mediante la práctica regular de *mindfulness* se ayuda a mantener un equilibrio vital. Las buenas intenciones pueden fortalecerse, vinculándolas con una razón positiva para cuidar de una misma o uno mismo.

Aplicaciones

Como se ha mencionado, la mayor parte de la evidencia de la MBCT apoya su eficacia para prevenir las recaídas en pacientes en remisión de depresión (Goldberg *et al.*, 2019; Kuyken *et al.*, 2016; Piet & Hougaard, 2011). No obstante, otros estudios han demostrado su eficacia en el tratamiento de distintos problemas de salud mental, por ejemplo, el trastorno bipolar (Xuan *et al.*, 2020),

trastornos de ansiedad (Ghahari *et al.*, 2020) o del dolor crónico (Day, 2017; Pei *et al.*, 2021).

Conclusiones

Las terapias cognitivo conductuales de tercera generación aún están en el proceso de demostrar y acumular evidencia sobre su eficacia; sin embargo, a la fecha estas han arrojado resultados prometedores respecto a la eficacia de su intervención en diversos problemas psicológicos (Moreno, 2012, en Perea-Gil *et al.*, 2018).

Una de sus limitaciones es que se ha investigado poco en Latinoamérica, un ejemplo claro de ello es que en México no se ha desarrollado suficiente investigación, por ejemplo, sobre la eficacia de la IBCT, lo que concuerda con las conclusiones de Perea-Gil *et al.* (2018), quienes señalan que existen pocas investigaciones en habla hispana sobre las terapias cognitivo conductuales de tercera generación.

Otra de sus limitaciones es que, a pesar de tener casi tres décadas de investigación, estas terapias fueron dadas a conocer entre los profesionales de la salud mental hasta hace relativamente poco, principalmente durante la última década, lo que explica que no estén incluidas en los planes de formación de la mayor parte de las universidades, por lo que los profesionales tampoco han tenido muchas oportunidades de formarse en ellas.

Resumen

- Las terapias cognitivo conductuales de tercera generación surgen a principios de los años 90 y se caracterizan por tener un enfoque terapéutico centrado en la atención plena (*mindfulness*), la aceptación, las emociones, la defusión, los valores y

objetivos, las relaciones interpersonales y la relación entre la persona y la o el terapeuta

- El objetivo de este capítulo es describir sus fundamentos teóricos, estrategias de intervención y aplicaciones
- Se describen la terapia de aceptación y compromiso (ACT), el sistema de análisis cognitivo conductual de la psicoterapia (CBASP), la psicoterapia analítica funcional (FAP), la terapia dialéctica comportamental (DBT), la terapia de pareja conductual integradora (IBCT) y, además la terapia cognitiva basada en *mindfulness* (MBCT). Asimismo, se describen sus principales aplicaciones y evidencia acumulada acerca de su eficacia
- La ACT se enfoca en los trastornos del comportamiento, las emociones, y enfatiza en el análisis de la evitación de eventos privados aversivos. Se fundamenta en la forma en que se relacionan los diferentes conceptos, palabras y recuerdos del individuo con los problemas
- El propósito de la DBT es ayudar a las personas a cambiar las conductas, emociones, pensamientos y patrones de relaciones interpersonales asociados con la psicopatología
- La FAP ofrece un análisis conductual de la relación terapeuta-paciente a objeto de utilizar con toda su intensidad las oportunidades de aprendizaje que surgen en la sesión terapéutica y la importancia en el proceso clínico. Realiza una combinación con terapias cognitivas o cognitivo conductuales tradicionales
- La MBCT destaca la importancia de tomar consciencia de los patrones de pensamiento, emociones y sensaciones corporales que caracterizan los estados mentales vinculados con las recaídas en la depresión y la importancia de modificar las relaciones que mantienen las personas con sus pensamientos y emociones negativas
- El CBASP fue desarrollado en los años 80 para el tratamiento de la depresión crónica y del trastorno depresivo persistente

(distimia) en adultos. Su objetivo es que la persona aprenda a identificar y a cambiar sus conductas interpersonales, así como las consecuencias con apoyo de la o del terapeuta

- La IBCT promueve la aceptación emocional como un paso esencial para la mejoría de las parejas con dificultades maritales.

Referencias

- Barraca, M. J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual tercera generación. *Clínica y Salud, 20*(2), 109-117. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613879001>
- Barraca, M. J. (2013). La terapia integral conductual de pareja (IBCT). Descripción, técnicas y aplicación. *Prolepsis, 14*(2), 10-21. <http://hdl.handle.net/20.500.12020/442>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Schmahl, C., & Priebe, K. (2020). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) compared with cognitive processing therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 77*(12), 1235-1245. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- Craske, G. M. (2010). *Cognitive-Behavioral Therapy*. American Psychological Association.
- Day, M. A. (2017). *Mindfulness-Based cognitive therapy for chronic pain: A clinical manual and guide*. John Wiley & Sons.
- Ferro, R., Valero, A. y López, B. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional. *Papeles del Psicólogo, 30*(3), 255-264. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77811790009.pdf>
- Fruzzetti, A. E., Santisteban, D. A., & Hoffman, P. D. (2007). "Dialectical behavior therapy with families". In: L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 222-244). Guilford Press.
- García, A. y Navarro, M. V. (2016). *Terapia dialéctica comportamental*. Síntesis.
- Ghahari, S., Mohammadi-Hasel, K., Malakouti, S. K., & Roshanpajouh, M. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy for generalised anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *East Asian Archives of Psychiatry, 30*(2), 52-56. <https://doi.org/10.12809/eaap1885>
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 48*(6), 445-462. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1556330>
- Guhn, A., Schön, D., Zische, Y., Sterzer, P., & Köhler, S. (2021). Interpersonal change during inpatient CBASP treatment: Focus on group therapy. *Frontiers in Psychiatry, 12*(620037), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.620037>
- Haynos, A. F. & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice, 18*(3), 183-202. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x>
- Hesslinger, B., Tebartz, L., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M., & Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A pilot study using a structured skills training programme. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 252*(4), 177-184. <https://doi.org/10.1007/s00406-002-0379-0>
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero Aguayo, L., Fernández Parra, A. y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítica funcional y terapia de aceptación y compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*(2), 349-371. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33750209.pdf>

- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, L., Lynch, T. R., González, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I., & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 32*(2), 371-390. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80009-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80009-5)
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalglish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry, 73*(6), 565-574. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlanhan, D. R. (2002). Dialectical behavioral therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 67*(1), 13-26. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(02\)00011-x](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00011-x)
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 50*(12), 971-974. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240055007>
- Lynch, T. R., Gray, K. L. H., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y., & O'Mahen, H. A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: Feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry, 13*(293), 1-17. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-293>
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 11*(1), 33-45. <https://doi.org/10.1097/00019442-200301000-00006>
- Mañas, M. I. (2012). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología, 40*(1), 26-34. <http://www.thesauro.com/imagenes/ArticulosRef16.pdf>
- McCullough, J. P. (2003). Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *Journal of Psychotherapy Integration, 13*(3-4), 241-263. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.13.3-4.241>
- McCullough, J. P., Schramm, E., & Penberthy, J. K. (2015). *CBT distinctive features. CBASP as a distinctive treatment for persistent depressive disorder*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Moerk, K. y Klein, D. (2000). Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la depresión crónica. *Psicología Conductual, 8*(3), 511-523. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/06.Moerk_8-3oa.pdf
- Pei, J., Ma, T., Nan, R., Chen, H., Zhang, Y., Gou, L., & Dou, X. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy for treating chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Psychology, Health and Medicine, 26*(3), 333-346. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1849746>
- Perea-Gil, L. F., Zambrano-Hernández, S., Camargo-Hernández, L. T., Jerez-Castiblanco, J. C. y Gómez-Padilla, G. L. (2018). Análisis bibliométrico de intervenciones basadas en terapia de tercera generación para niños y adolescentes en Iberoamérica y Europa. *Diversitas: Perspectivas en Psicología, 14*(1), 83-97. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.06>
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *eduPsykhé, 5*(2), 159-172. https://www.researchgate.net/publication/277275497_La_terapia_de_conducta_de_tercera_generacion
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1032-1040. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*(2), 146-57. <https://doi.org/10.1521/suli.32.2.146.24399>
- Rey, C. (2004). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Suma Psicológica, 11*(2), 267-284. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134233585008>
- Safer, D. L., Lively, T. J., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behaviour therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 158*(4), 632-634. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>

- Salton, J. A. (2007). Treating chronic depression with disciplined personal involvement: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 132-133. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000100022>
- Segal, Z., Williams, J. M., & Teasdale, J. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 31(3), 569-582. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80031-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80031-3)
- Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practices*, 7(4), 413-419. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80052-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80052-8)
- Vallejo, M. A. (2010). Terapia de Conducta de Tercera Generación. *Clínica Contemporánea*, 1(1), 49-54. <https://doi.org/10.5093/cc2010v1n1a6>
- Vargas Madriz, L. F. y Ramírez Henderson, R. (2013). Terapia conductual integrativa de pareja: descripción general de un modelo con énfasis en la aceptación emocional. *Revista de Ciencias Sociales*, 1(139), 53-63. <https://www.redalyc.org/pdf/153/15329873004.pdf>
- Verheul, R., Van den Bosch, L., Koeter, M., De Ridder, M. A., Stijnen, T., & Van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder: 12-month randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 182(2), 135-140. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.2.135>
- Villalobos, A., Díaz, M., Ruiz, M. y Paz, M. (2012). "Terapias de la tercera generación". En: M. Ruiz, M. Díaz y A. Villalobos (Eds.), *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (pp. 521-534). Desclée De Brouwer.
- Xuan, R., Li, X., Qiao, Y., Guo, Q., Liu, X., Deng, W., Hu, Q., Wang, K., & Zhang, L. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 290. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113116>

IV

Procesos de investigación en psicología clínica

 Índice general

13. Evaluación de los efectos de la intervención psicológica

14. Procesos de investigación en psicología clínica

15. Investigación centrada en la terapia

Evaluación de los efectos de la intervención psicológica

Ricardo Sánchez Medina
Consuelo Rubi Rosales Piña
David Javier Enríquez Negrete

Introducción

La evaluación de una intervención es necesaria para conocer si se lograron los objetivos y metas terapéuticas. En el ámbito profesional, esto se lleva a cabo, por lo regular, de manera cualitativa entre el paciente y el terapeuta, sin documentar qué fue lo que funcionó durante el proceso terapéutico y qué tanto se han mantenido los efectos de la intervención. Si bien existe documentación sobre la efectividad y eficacia de los tratamientos, pareciera que esto corresponde a quienes se dedican a la investigación, ya que no se observa relación estrecha entre estas dos áreas (Castellano *et al.*, 2016).

En este contexto, en la práctica clínica se comienza a cuestionar cada vez más cómo evaluar lo que se está haciendo, y no solo reportar la experiencia personal; de esta manera, se establece un vínculo entre investigación y práctica clínica que permite sustentar empíricamente al quehacer profesional (Cazabat, 2013; Roussos, 2007).

Con base en lo anterior, es necesario que todo psicólogo clínico lleve a cabo un proceso de sistematización que le permita mostrar evidencia de las intervenciones que lleva a cabo y de los resultados obtenidos. Para ello, se propone el uso de los diseños de $N = 1$ y

de la significancia clínica como herramientas para coadyuvar en la evaluación de los efectos de la intervención.

Diseños de N = 1

En primer lugar, cabe mencionar que la clasificación de diseños disponibles dependerá del autor que se revise. En este sentido, destacan Campbell y Stanley (1978), quienes describen cada uno de los diseños experimentales de investigación, en los cuales la característica principal es la inclusión de una variable independiente, llámese tratamiento, para su posterior observación y evaluación de la variable dependiente.

Dentro de los diseños experimentales se distinguen dos tipos, los grupales y los que corresponden a los diseños de N = 1; el presente capítulo se centra en estos últimos. Cabe señalar que en la revisión de la literatura sobre esta área se puede constatar el predominio de los diseños grupales, lo cual no corresponde necesariamente con lo que hace el psicólogo en su práctica profesional.

Características de los diseños de N = 1

De acuerdo con Shaughnessy *et al.* (2007), los diseños de N = 1 tienen sus raíces en el estudio de la conducta desarrollado por Skinner en la década de los 30 del siglo pasado (análisis experimental de la conducta). Como terapeuta, es común trabajar con una persona o con una muestra pequeña, donde el control experimental se demuestra mediante el ordenamiento de ciertas condiciones, de modo que la conducta del individuo cambia sistemáticamente con la manipulación de una variable independiente.

Con la introducción del análisis conductual, aplicado a los métodos desarrollados del análisis experimental de la conducta en

problemas con relevancia social, surgió mayor interés por las diferencias individuales, a partir de lo cual se desarrollaron los diseños de $N = 1$ (Silva, 1992). De acuerdo con Kazdin (2001), es posible evaluar y hacer inferencias de la conducta grupal a partir de un solo sujeto o caso único.

A grandes rasgos, los diseños de $N = 1$ requieren una aplicación sistemática de uno o varios tratamientos a cada uno de los sujetos a lo largo del proceso terapéutico (Arnau, 1986). Autores como Moreno *et al.* (2002), Roussos (2007) y Silva, (1992) indican que las características principales de estos diseños son:

- Evaluación continua a través de una serie de observaciones a lo largo de un periodo determinado
- La observación continua permite conocer si los cambios coinciden o no con las intervenciones realizadas sobre el sujeto
- Cada individuo funge como su propio control a través de mediciones repetidas
- Evalúa los efectos de la aplicación de la intervención, observando la influencia del tratamiento y del no tratamiento
- Se realizan observaciones antes de aplicar la intervención. Este periodo previo se conoce como línea base
- Se denomina con la letra “A” a la línea base y con la letra “B” al tratamiento
- La variable dependiente es la conducta que se desea cambiar y que se mide durante A y B
- La variable independiente corresponde al tratamiento
- La línea base tiene dos funciones, describir y predecir, es decir, obtener información sobre la gravedad del problema y predecir el comportamiento del paciente en el futuro
- Es necesaria una estabilidad en los datos obtenidos en línea base para evitar sesgos y que haya poca variabilidad en el comportamiento

- La estabilidad es necesaria para identificar tendencias, es decir, permite conocer cuál es el proceso natural de la conducta que se desea estudiar
- La variabilidad de los datos dificulta predecir los cambios a partir de la implementación del tratamiento
- Al proveer un método riguroso de evaluación de resultados, se cumple con los aspectos éticos de, es decir, que los cambios favorezcan a la persona y no la intervención.

Con base en lo anterior, se evidencia el papel primordial de la línea base en los diseños de $N = 1$, por lo que debe diferenciarse del pretest-postest, que generalmente se ubica en los diseños de grupo y que se caracteriza por la aplicación de una medición en donde las puntuaciones de cada uno de los participantes son tratadas como promedios (Kerlinger y Lee, 2002), mientras que la línea base se caracteriza por una serie de observaciones y mediciones que se realizan a lo largo del tratamiento o intervención (Kazdin, 2001).

Aunado de lo anterior, Cazabat (2013) propone algunos criterios para aplicar este tipo de diseños, entre los que menciona:

1. Que la persona presente un problema crónico, pero estable, para que se pueda identificar si alguna variación en el comportamiento puede ser atribuida al tratamiento instituido.
2. El tratamiento debe tener efectos más o menos inmediatos, así como su retirada.
3. El resultado esperado debe ser claro, objetivo y medible.
4. Aplicar en el estudio de fenómenos poco frecuentes que cuenten con un número reducido de participantes.
5. Emplear en casos donde se busque poner a prueba una nueva intervención.

Si bien el uso de estos diseños en el ámbito de la investigación busca contar con una muestra representativa, es más probable que

se empleen en un caso único (Wainer, 2012), de manera que cualquier psicólogo clínico pueda trabajar en la sistematización de aquello que le permitirá mostrar evidencia de los efectos de la intervención.

En el ámbito de la investigación, se busca disminuir las amenazas a la validez interna y externa. La primera evalúa si efectivamente el tratamiento es el causante de los cambios y no las variables extrañas; por su parte, la segunda hace referencia a su generalización, es decir, si el tratamiento puede ser replicado en otros contextos. En virtud de lo anterior, se han desarrollado diferentes diseños de $N = 1$ que pueden coadyuvar a obtener una mejor evidencia de la evaluación de la intervención. A continuación, se describen las características de cada uno.

Tipos de diseños de $N = 1$

Arnau (1986) y Barlow y Hersen (1988) realizan una clasificación de los diferentes tipos de diseños de $N = 1$, la cual es retomada por diferentes fuentes sobre metodología de la investigación para describirlos, aunque no de manera exhaustiva (García *et al.*, 2000; Kazdin, 2001; Kerlinger *et al.*, 2002; Roussos, 2007; Shaughnessy *et al.*, 2007; Wainer, 2012). La clasificación que se presenta a continuación está basada en la realizada por Arnau (1986), que es la más amplia, ya que describe en qué consiste cada diseño, además de ejemplificar su aplicación ante un problema centrado en el tabaquismo.

Modelo básico A-B

Está conformado por dos fases: la primera consiste en la obtención de la línea de base (A) y la segunda, en el tratamiento (B). Como ya se mencionó, se espera que la línea base obtenida sea lo suficientemente estable para mostrar que cualquier cambio significativo se debe a la intervención. Es el más sencillo de aplicar, pero tiene poca

validez interna, dado que se desconoce si los efectos pueden mantenerse después de aplicada la intervención.

Ejemplo:

Se evaluó el número de cigarros que fuma una persona durante la hora de la comida (fase A); después, se introdujo el tratamiento que consistió en la implementación de técnicas de relajación (fase B). Si la intervención fue efectiva se espera encontrar una disminución del número de cigarros, como se presenta en la figura 13.1.

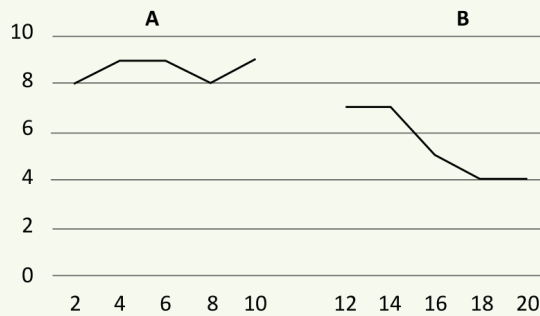


Figura 13.1. Representación gráfica del diseño A-B.
(Elaboración propia)

Diseños de reversión

Diseño A-B-A

Es uno de los diseños más simples dentro de los diseños de reversión. En primer lugar, se establece una línea base (fase A); posteriormente, se aplica la variable independiente de tratamiento (fase B) y, por último, se retira el tratamiento, a fin de que la conducta regrese a su estado inicial (fase A). De esta manera, se espera tener una mayor certeza de que el cambio en el comportamiento se debe a la intervención, por lo que se tiene garantía de validez interna.

Ejemplo:

Se evaluó el número de cigarros que fuma una persona durante la hora de comida: después, se introdujo el tratamiento que consistió en la implementación de técnicas de relajación (fase B); posteriormente, se retiró la intervención y se observa la conducta. Si se obtienen resultados similares, antes y después de la intervención (fase A) se infiere que la intervención fue la causante de la disminución en el número de cigarros (Figura 13.2).

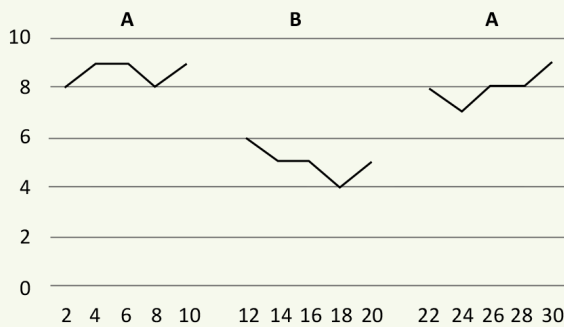


Figura 13.2. Representación gráfica del diseño A-B-A.
(Elaboración propia)

Diseño A-B-A-B

Consiste en cuatro períodos de observaciones repetidas, en dos de los cuales, la conducta del sujeto es sometida a la intervención. Si durante la fase B se observan cambios en el comportamiento, se puede inferir que el responsable de estos cambios ha sido la variable del tratamiento. De acuerdo con Arnau (1986), este es el diseño de reversión por excelencia dado que se comprueba en dos momentos la efectividad de la intervención.

Ejemplo:

Continuando con el ejemplo anterior, al inicio, se realizó la línea base (fase A) sobre el número de cigarrillos fumados; después, se introdujo el tratamiento (fase B). El proceso de reversión implicó evaluar la conducta sin el tratamiento y luego con él por segunda ocasión. Si se obtienen resultados similares en las fases A y B se infiere que la intervención fue la causante de la disminución en el número de cigarrillos (Figura 13.3).

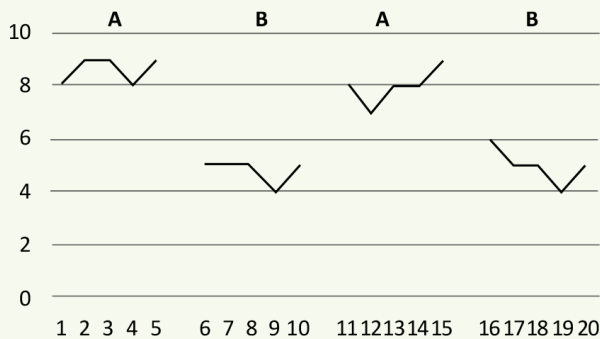


Figura 13.3. Representación gráfica del diseño A-B-A-B.
(Elaboración propia)

Diseño B-A-B

En general, se utiliza cuando ya se ha iniciado el tratamiento y se requiere evaluar su efectividad. Lo que se hace es interrumpir el tratamiento para verificar si se presentan cambios a partir de la intervención.

Ejemplo:

Se trabaja con una persona para reducir el número de cigarrillos fumados y se desea evaluar los efectos de la intervención. En un primer momento, se evalúa cuántos cigarrillos fuma durante la intervención (fase B); después, se retira el tratamiento (fase A) para evaluar el número de cigarrillos que consume en este periodo; posteriormente,

se reestablece el tratamiento (fase B). Si durante la fase A se aprecia un incremento en el número de cigarrillos fumados se infiere que la intervención es adecuada (Figura 13.4).

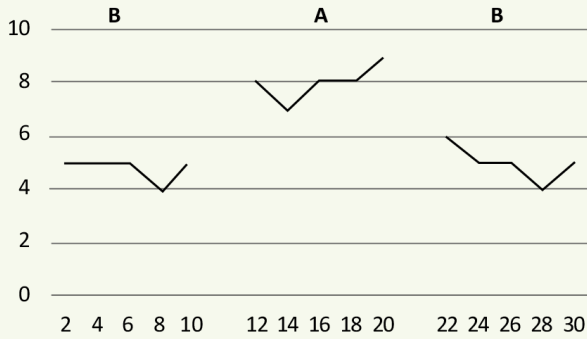


Figura 13.4. Representación gráfica del diseño B-A-B.
(Elaboración propia)

Extensión de los diseños de reversión

En general, se utilizan cuando existe más de un tratamiento. Este tipo de diseños coinciden con los de tipo factorial; sin embargo, no aportan toda la información que se obtiene con estos últimos. Aun así, son una opción viable cuando se tienen pocos sujetos y se desea evaluar la efectividad de dos o más intervenciones (Kraetchwill & Levin, 2015; Silva, 1992).

Diseño multinivel

Es una adaptación del modelo A-B-A, pero que se caracteriza porque utiliza una misma variable de tratamiento en diferentes niveles; además, permite obtener mayor información sobre la posible relación entre las variables de tratamiento y dependiente. De esta manera, la representación del diseño dependerá de los niveles que se deseen medir; por ejemplo, el diseño A-B₁-A-B₂-A o el diseño A-B₁-A-B₁-B₂-B₃-B₄-B₅.

En el primer ejemplo, la variable independiente toma dos valores, mientras que en el segundo, toma cinco; estos pueden variar en términos de los niveles de las variables.

Ejemplo:

A una persona que fuma cerca de 10 cigarros en un día, se le da como reforzador dinero. Durante cinco días recibió 50 pesos (B_1); en los siguientes cinco días, 30 pesos (B_2), y en los últimos cinco días, 10 pesos (B_3). Se espera que durante la fase B_1 fume menos, en comparación con la fase B_3 ; de esta manera, se demostraría que el reforzador utilizado fue adecuado para reducir el número de cigarros que consume la persona (Figura 13.5).

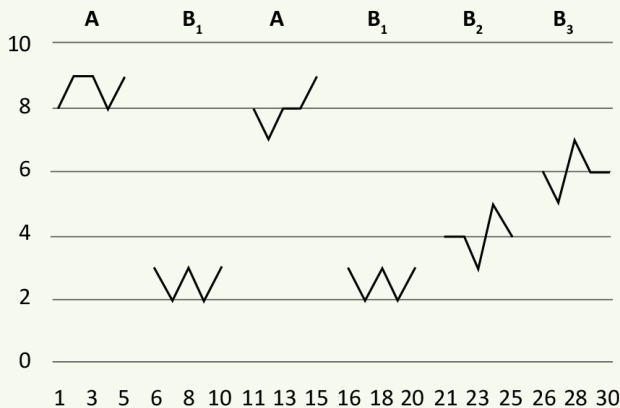


Figura 13.5. Representación gráfica del diseño multinivel.
(Elaboración propia)

Diseño de tratamiento múltiple

Se caracteriza por tener dos tratamientos diferentes que pretenden cambiar una conducta. El modelo básico de tratamiento múltiple es: A-B-A-C-A. Con este diseño se busca evaluar los efectos por separados de cada una de las variables de tratamiento, o bien, puede combinarse con el diseño multinivel, donde se tienen más de dos

tratamientos y, al mismo tiempo, la variable independiente (VI) cuenta con varios niveles, por ejemplo: A-B-A-C₁-A-C₂-A.

Ejemplo:

Para reducir el consumo de cigarros en una persona se tienen dos tratamientos, se utilizan tanto técnicas de autocontrol (B) como de solución de problemas (C). En la figura 13.6 se observa que en la fase C se redujo más el consumo de cigarros, lo cual indica que la técnica utilizada en esa fase resultó más efectiva.

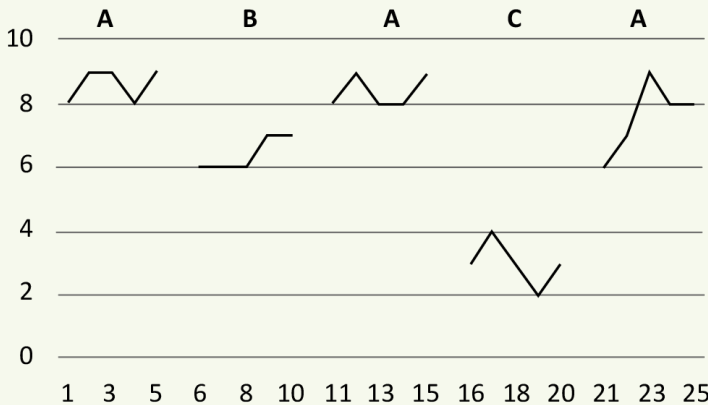


Figura 13.6. Representación gráfica del diseño de tratamiento múltiple.
(Elaboración propia)

Diseños interactivos

Este tipo de diseño no solo permite el estudio aislado de cada una de las variables de tratamiento, sino su posible interacción o combinación. Los principios básicos de estos diseños son: 1) en la medida de lo posible se evalúa por separado cada una de las variables de tratamiento, antes de analizar su efecto conjunto; 2) no se puede modificar más de una variable al mismo tiempo, de una fase a otra. Algunos ejemplos de diseños con estas características son: A-B-A-B-BC-C-A; A-B-BC-BCD-A-BCD; A-B-C-BCD.

Ejemplo:

Se retoma el ejemplo del diseño de tratamiento múltiple, en el que se siguen dos tratamientos para reducir el consumo de cigarros de una persona; para ello, se utilizan tanto técnicas de autocontrol (B) como de solución de problemas (C), además de la combinación de ambos tratamientos (BC). En la figura 13.7 se observa que en la fase de combinación de tratamientos disminuyó el número de cigarros fumados, lo cual indica que utilizar ambas técnicas de manera simultánea tiene mejores resultados.

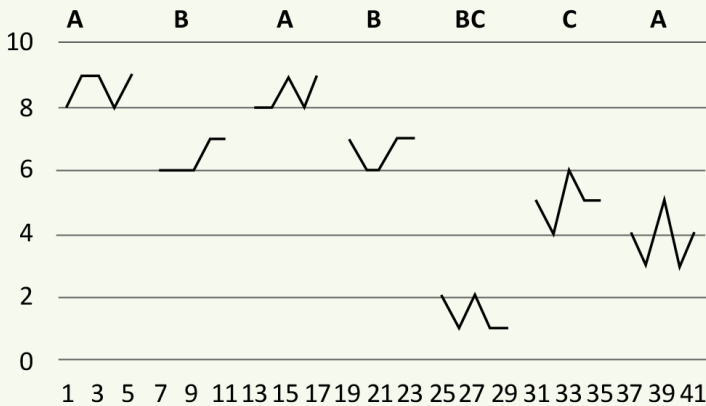


Figura 13.7. Representación gráfica del diseño interactivo.
(Elaboración propia)

Diseños de no reversión

Los diseños de no reversión se utilizan cuando no es posible la retirada de la variable independiente (tratamiento), por lo que la estrategia de reversión no es viable, en especial en aquellas donde el proceso de cambio sea irreversible. Por tanto, el propósito básico de esta clase de diseños es proporcionar un procedimiento de evaluación de la efectividad de los tratamientos, en condiciones de no reversibilidad. Con este tipo de diseños se tratan conductas diferentes, cada una a un tiempo, con el mismo

programa o variable de tratamiento, y se parte del principio de que cada una de las variables a intervenir es independiente entre sí. De entre los tipos de diseños de no reversión se tienen los diseños de línea base múltiple, en tres modalidades: entre conductas, entre sujetos y entre situaciones.

Diseño de línea base múltiple entre conductas

Se registran, como su nombre lo indica, dos o más conductas de un solo sujeto o grupo de sujetos. Luego de establecer la línea base, se introduce una intervención a una de las conductas, mientras que las otras observaciones continúan en línea base. Se espera observar cambios en la variable intervenida, mientras que las demás se mantienen constantes. Una vez que se tiene estabilidad en el tratamiento de la primera conducta, entonces se interviene en la segunda, y esto prosigue con cada una de ellas, hasta que todas hayan tenido tratamiento. Esta estrategia es útil cuando se requiere cambiar varias conductas a la vez.

Ejemplo:

Se busca intervenir con un paciente para reducir el número de cigarrillos fumados (conducta 1), atracones de comida (conducta 2) y el incremento de ejercicio (conducta 3). De esta manera, se comienza con la línea base de las tres conductas; después, se interviene sobre la conducta de fumar para reducir el número de cigarrillos, mientras que las otras conductas se mantienen en línea base. Posteriormente, se retira el tratamiento de la conducta 1 y se continúan las observaciones de su comportamiento (conducta 1 y 3); al mismo tiempo, se realiza la intervención de la conducta 2, este proceso se sigue hasta terminar con la conducta 3. En la figura 13.8 se observa la línea base de las tres conductas, así como los cambios generados a partir de la intervención.

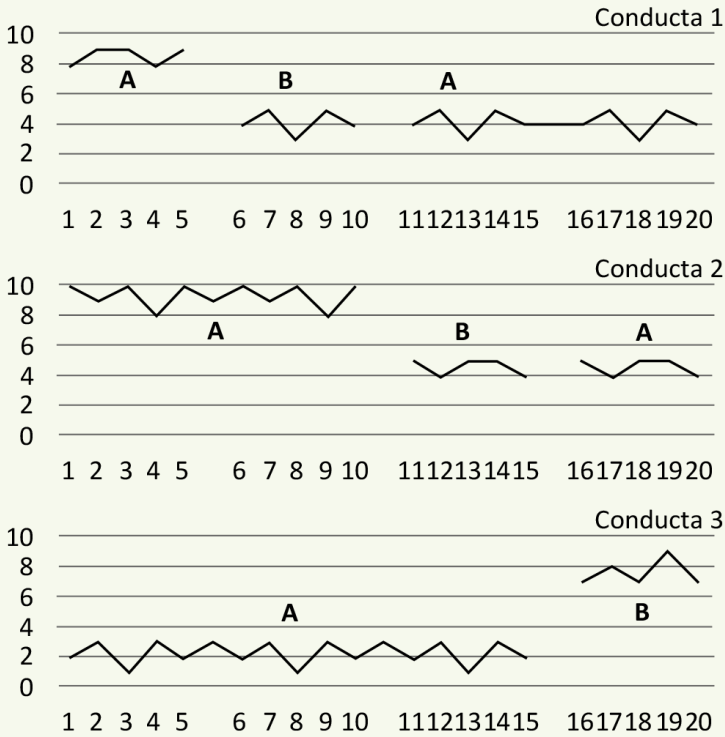


Figura 13.8. Representación gráfica del diseño de línea base múltiple entre conductas.
(Elaboración propia)

Diseño de línea base múltiple entre sujetos

Con este diseño, en lugar de seleccionar una serie de conductas de un mismo sujeto, se elige la misma conducta de dos o más sujetos. Así, se atiende a la exigencia cuando más de una persona tiene un problema similar. Si se observan cambios favorables en las personas, se infiere que el tratamiento es adecuado para atender la problemática. Se parte del supuesto de que la interacción entre las personas mantiene o extingue la conducta de otros. Además, este diseño es útil para probar una nueva técnica o intervención en diferentes participantes con el mismo problema.

Ejemplo:

Se busca intervenir la conducta de tres pacientes para reducir su consumo de tabaco. Se parte de la línea base en los tres usuarios y, posteriormente, se inicia la intervención en el primer usuario, mientras que los otros dos continúan en línea base. Posteriormente, se retira el tratamiento del primero y se inicia con el segundo participante, mientras el resto está en línea base. Este proceso continúa hasta terminar con el tercer participante. En la figura 13.9 se muestra la línea base de los tres usuarios, donde se aprecia una disminución de la conducta de fumar a partir de la intervención, por lo que se infiere que el tratamiento es adecuado para atender problemas relacionados con el consumo de tabaco.

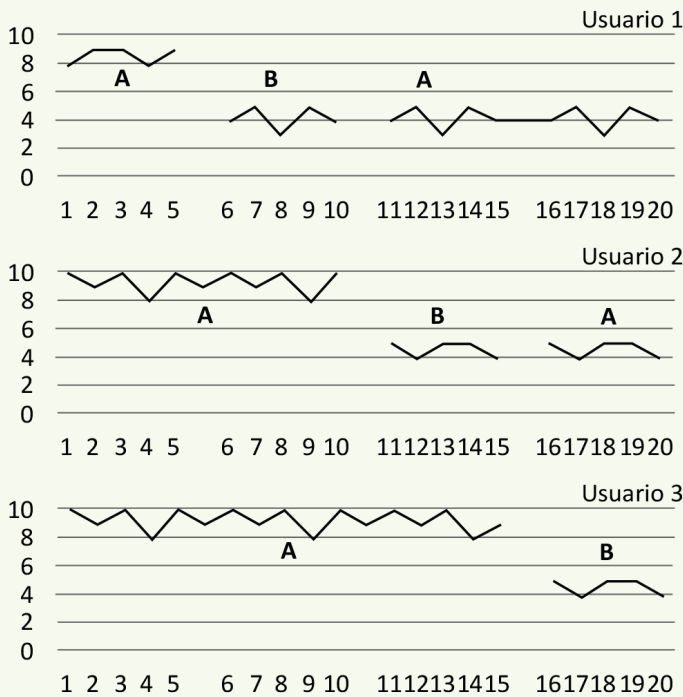


Figura 13.9. Representación gráfica del diseño de línea base múltiple entre sujetos.

(Elaboración propia)

Diseño de línea base múltiple entre situaciones

Se registran los puntajes de conducta de un sujeto o grupo en dos o más situaciones diferentes. Al igual que en los dos diseños anteriores, se establece la línea base en dos o más situaciones; después, se aplica el tratamiento en una de ellas; posteriormente, se retira el tratamiento, y así hasta pasar por cada una de las situaciones. Esta estrategia es útil para casos en los que un individuo no presenta una conducta apropiada en situaciones diferentes, ya sean lugares o momentos del día (mañana, tarde, noche).

Ejemplo:

Se busca intervenir con un paciente que fuma en casa (situación 1), en el trabajo (situación 2) y cuando sale a comer (situación 3). Se observa el número de cigarrillos que fuma en cada uno de los tres lugares; después, se aplica el tratamiento en uno de ellos, mientras los otros dos contextos permanecen en observación. Posteriormente, se retira el tratamiento de la situación 1 y se comienza con la intervención de la situación 2, mientras las otras dos permanecen en observación. Este proceso se repite hasta que se haya intervenido en las tres situaciones. En la figura 13.10 se observa la línea base de la conducta de fumar en tres situaciones, y se aprecia una disminución de la conducta de fumar a partir de la intervención, lo cual sugiere que el tratamiento es adecuado.

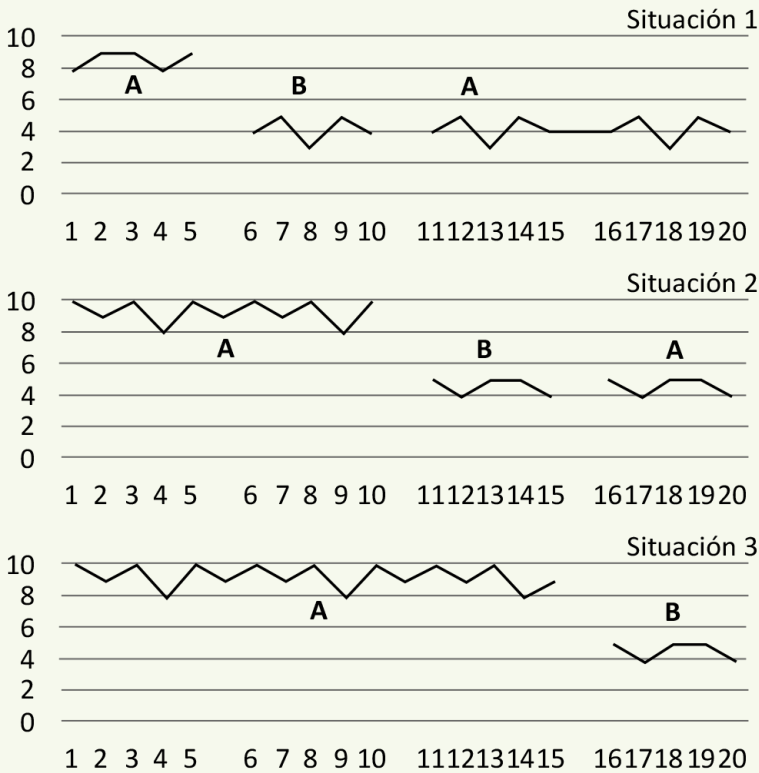


Figura 13.10. Representación gráfica del diseño de línea base múltiple entre situaciones (Elaboración propia)

Diseños de replicación intrasujeto con grupos

Los diseños descritos hasta el momento han sido objeto de algunas críticas (Roussos, 2007; Wainer, 2012) debido a la amenaza que suponen a la validez interna y externa de la investigación, por lo que se sugiere combinar las estrategias tanto de los diseños de $N = 1$ como la de grupos, para tener mayor garantía de que los cambios efectivamente se deben a la intervención y que puedan generalizarse los resultados. A continuación, se describe en qué consisten las estrategias en los diseños en grupos.

Diseño conductual con un grupo control

Este diseño exige al menos la utilización de dos grupos, de los cuales uno recibe el tratamiento y el otro no. Cabe aclarar que los sujetos deben ser asignados al azar. En ambos grupos se realiza la línea base antes de la intervención, por lo que se espera que ambos grupos tengan puntajes similares. Primero se promedian las puntuaciones obtenidas en cada observación y después se comparan las puntuaciones obtenidas durante la intervención. En estos diseños se comparan los puntajes promedios y no individuales de los sujetos, es decir, no permite identificar los cambios de diferencias de cada uno de ellos, sino que se considera el promedio del grupo.

Ejemplo:

Se trabaja con 20 personas para reducir su consumo de tabaco. Para ello, se observa durante una semana el número de cigarros que cada uno fuma y se promedia el número de cigarros que fuman durante el intervalo de evaluación (período 1). Posteriormente, se realiza la intervención y, durante ese proceso, se promedia el número de cigarros que se fuman (período 2). Finalmente, se retira el tratamiento y se miden sus efectos (período 3). En la figura 13.11 se observa que, al inicio, ambos grupos están en las mismas condiciones, pero durante y después de la intervención, el grupo experimental redujo el número de cigarros consumidos.

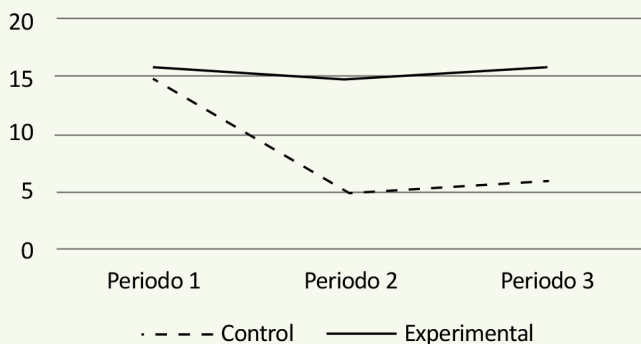


Figura 13.11. Representación gráfica del diseño conductual con un grupo control.
(Elaboración propia)

Diseño secuencial A-B con grupo control

Al igual que en el diseño anterior, se espera contar con al menos dos grupos, lo ideal es que puedan asignarse al azar, pero si no es posible se trabaja con grupos ya constituidos. Se parte de la premisa de que cualquier afectación en la historia de las personas, en cada grupo, los influye por igual, por lo que se espera que en la línea base se encuentren resultados similares y solo a partir de la intervención se observen cambios entre los grupos. Al mismo tiempo, se busca la formación de grupos equivalentes para que ambos grupos cuenten con características similares. La diferencia con el diseño conductual con un grupo control estriba en el hecho de que con este diseño se promedian las puntuaciones de los sujetos, pero por día, sesión, horario y no por el total de las observaciones en la línea base.

Ejemplo:

Se trabaja con 20 personas para reducir su consumo de tabaco. Para ello, se observa durante una semana el número de cigarrillos que cada uno fuma y se promedia el número de cigarrillos que fuman en un día (fase A); posteriormente, se realiza la intervención y durante ese tiempo se promedia el número de cigarrillos que se fuman (fase B). En la figura 13.12 se observa que, al inicio, ambos grupos están en las mismas condiciones, pero durante la intervención el grupo experimental redujo el número de cigarrillos consumidos.

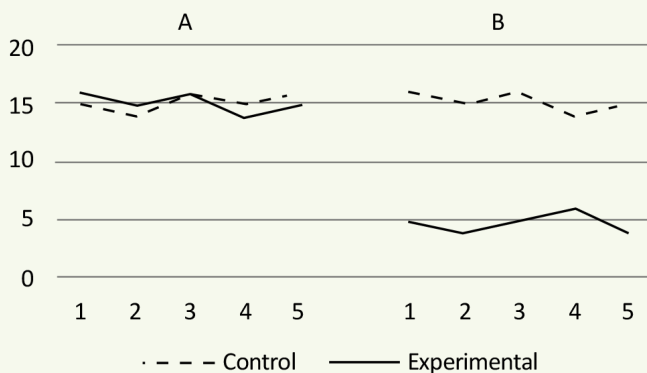


Figura 13.12. Representación gráfica del diseño secuencial A-B con grupo control.
(Elaboración propia)

Diseño secuencial A-B de grupo múltiple

Este diseño cumple con las características del diseño anterior, con la salvedad de que se tienen más de dos grupos en los cuales se busca probar diferentes tratamientos y evaluar cuál es el más efectivo. Se realiza la línea base y, posteriormente, a cada grupo se le aplica el tratamiento específico.

Ejemplo:

Se trabaja con 40 personas para reducir su conducta de fumar. Para ello, se forman cuatro grupos de 10: el grupo 1, formado por el grupo control, no recibe tratamiento; el grupo 2 recibe técnicas aver-sivas (tratamiento 1); el grupo 3 recibe técnicas de reforzamiento positivo (tratamiento 2); por último, el grupo 4 recibe técnicas de autocontrol (tratamiento 3). En todos los grupos se observa el número de cigarrros que se fuman en un día y se promedian las puntuaciones; después, a cada grupo se introduce la condición. En la figura 13.13 se observa que, al inicio, los grupos están en las mismas condiciones, pero, durante la intervención, el grupo experimental redujo el número de cigarrros, por lo que fue más favorable el tratamiento 2.

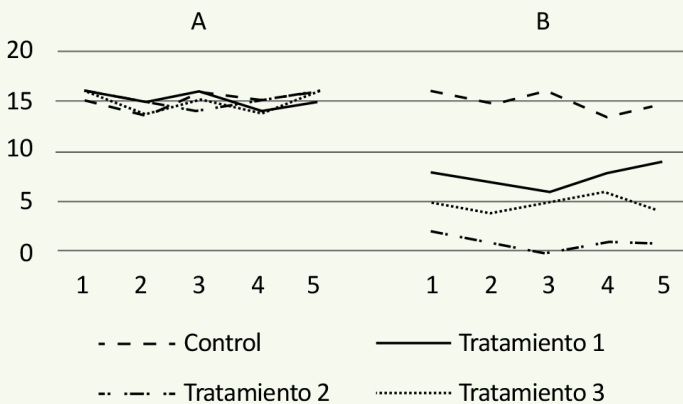


Figura 13.13. Representación gráfica del diseño secuencial A-B con grupo múltiple.
(Elaboración propia)

Otros diseños de replicación intrasujeto con grupos

Dentro de las variantes de los diseños de replicación, se encuentran los diseños secuenciales de comparación entre grupos, cuya característica principal es que solo se mide el cambio de conducta en el tratamiento, pero sin línea base inicial. La diferencia puede observarse en la figura 13.12, mientras que en esa representación se observan dos mediciones (A y B), en estos diseños únicamente se tienen datos de B, lo cual hace suponer que los cambios se deben a la intervención, dado que hay diferencias entre las mediciones de ambos grupos. Sin embargo, tienen como desventaja que no se sabe si esas diferencias ya se encontraban antes de iniciar la intervención. Finalmente, el diseño de reversión de grupo múltiple posee las mismas características del diseño secuencial A-B con grupo control, solo que sigue el procedimiento del diseño A-B-A-B, es decir, se establece la línea base en ambos grupos; posteriormente, se introduce el tratamiento en el grupo experimental; después, se retira el tratamiento para evaluar y, finalmente, se introduce la variable independiente en el mismo grupo. Mientras tanto, en el grupo control solo se evalúa su ejecución en los cuatro momentos.

Significancia clínica

Cabe aquí, distinguir tres criterios para evaluar la efectividad y eficiencia de las intervenciones, así como las significancias estadística, práctica y clínica (Gómez y Roussos, 2012).

De manera usual, cuando se habla de evaluar los efectos de una intervención, lo primero que se viene a la mente es si esta es estadísticamente significativa con un valor de $p < .05$; sin embargo, es necesario resaltar que esta interpretación solo hace mención a la diferencia de medias que existe entre puntuaciones, por lo que, de acuerdo con Ciapponi (2013), es posible obtener un resultado estadísticamente significativo, pero esto no implica necesariamente

que sea clínicamente relevante; y viceversa, es posible que no haya diferencias estadísticas significativas, lo cual no significa que no haya algún impacto o cambio relevante en el usuario que se esté dejando fuera.

En esta misma línea, cuando hay problemas de significancia estadística, por lo regular, se resuelven al incrementar el tamaño de la muestra. Si bien con esto se incrementa su significancia, no necesariamente implica que sea relevante y podría generar conclusiones confusas (Martínez-Ezquerro *et al.*, 2017).

Debido a esta situación, la alternativa para solventar estos inconvenientes es la significancia práctica, que analiza el tamaño del efecto, es decir, independientemente de si hay o no diferencias estadísticas significativas, se busca identificar si la diferencia es pequeña, moderada o grande, de manera que se tiene la ventaja de conocer la cantidad de diferencia entre los grupos o puntuaciones y, al mismo tiempo, se resuelve el problema del tamaño de la muestra, ya que es independiente de ello (Pogrow, 2019).

Dentro de los métodos más utilizados para evaluar el tamaño del efecto, se encuentra la *d* de Cohen (Casado *et al.*, 1999; Caycho *et al.*, 2016; Cohen, 1990). Con este indicador, es posible obtener información para conocer qué tan pequeña o grande es la diferencia entre puntuaciones y brinda la posibilidad de obtener un indicador más sensible en la evaluación sobre los efectos de la intervención, en la que, de acuerdo con Balkin y Lenz (2021), se brinda información sobre su importancia práctica y clínica. De acuerdo con estos autores, además de presentar el tamaño del efecto, también se requiere complementar con explicaciones narrativas y visuales que coadyuven a entender qué sucedió, cómo sucedió y qué se encontró.

Cabe señalar que tanto la significancia estadística como la práctica se utilizan para la evaluación de diferencias entre grupos, pero como se ha planteado ¿qué pasa cuándo se tiene un grupo reducido o incluso una sola persona? Por lo cual, el uso de la significancia

clínica es un criterio que puede utilizarse para evaluar la eficacia y eficiencia de las intervenciones, por ejemplo, Gómez y Roussos (2012) señalan que, al considerar este criterio de evaluación, se está indagando hasta qué punto el tratamiento ha logrado cambios importantes y reconocidos por el terapeuta y paciente, al mismo tiempo, permite un análisis individual de cada usuario o, si se prefiere, una comparación con otro grupo de referencia.

De acuerdo con Lenz (2021), esto resulta relevante, ya que si bien las diferencias estadísticas y el tamaño del efecto indican la presencia y magnitud de los efectos de la intervención, la importancia clínica coadyuva a respaldar la conveniencia de los resultados en el contexto en el cual se llevó a cabo. Con base en ello, la significancia clínica no implica dejar de utilizar la significancia estadística o práctica, sino utilizar la mayor evidencia de los efectos de una intervención.

Chalco (2004) y Pardo y Ferrer (2013) también señalan que se utilizan parámetros cuantitativos como el análisis de los intervalos de confianza para conocer qué tanto se puede inferir sobre los resultados, además de considerar el cambio clínicamente significativo, que hace referencia a si la intervención produce alguna diferencia real en el cliente cuando se inserta a su vida cotidiana.

Si bien existen diversas formas de hacer la evaluación de la significancia clínica, uno de los métodos más utilizados es el de Jacobson y Truax (1991), en el que se establece un punto de corte para identificar si una persona es o no funcional en comparación con el resto de la población, además de calcular un índice de confiabilidad de cambio para corroborarlo. Con base en estos resultados, se puede clasificar a los pacientes como: recuperados, mejorados, sin mejora y pacientes que empeoran.

Una de las críticas a esta forma de evaluar los efectos de la intervención es planteada por Gómez y Roussos (2012), quienes señalan que no se puede restringir el cambio de las personas solo a lo funcional-disfuncional, ya que existen otros criterios para

tomarse en cuenta. Por ejemplo, Pogrow (2019) y Talavera *et al.* (2019) indican que, para poder evaluar un cambio de cualquier intervención, hay que regresar a la justificación y beneficio práctico, es decir, el porqué se hace lo que se dice que se hace, y aclarar qué se hará, en quién se aplicará y qué medios se utilizarán, así como el resultado esperado, de modo que su valor social sea demostrado. Con base en estos aspectos, se requiere tener claro los indicadores que se tomarán en cuenta al momento de evaluar la efectividad de cualquier intervención.

Pardo *et al.* (2013), por su parte, señalan que, para poder evaluar los cambios clínicamente significativos, se pueden considerar dos tipos de métodos: aquellos que se basan en un criterio externo y aquellos que se basan en criterios internos. El primero hace referencia a las puntuaciones de un cuestionario en comparación con un criterio clínico; por ejemplo, la valoración de otros profesionales o la que hacen los mismos usuarios sobre su proceso de cambio o la comparación con un grupo de referencia. Sobre este punto, Iraurgi (2009) y Prasad (2019) mencionan la relevancia clínica determinada por el juicio clínico, en la que se requiere establecer *a priori* un criterio que permita asegurar un cambio clínico importante para los pacientes. Este juicio podría tomarse en cuenta por un grupo de expertos o por evidencia empírica que dé cuenta de cuándo se considera que hay un cambio. Según Pita y Pértega (2001), dicha relevancia dependerá de la magnitud de la diferencia, sobre qué tan grave es el problema, su costo, frecuencia, inconvenientes, por mencionar algunos.

Por su parte, los criterios internos buscan cuantificar el cambio considerando solo las puntuaciones del cuestionario utilizado para identificar cambios estadísticamente confiables.¹

¹ Para conocer la manera en cómo llevar a cabo estos procedimientos estadísticos se recomienda la revisión a detalle de Pardo *et al.* (2013), en la que mencionan una serie de métodos internos para estimar el cambio clínicamente significativo, por mencionar algunos: el tamaño del efecto individual (TEI), diferencia individual tipificada (DIT), índice de cambio fiable (ICF) y el método Gulliksen-Lord-Novick (GLN).

Con base en lo anterior, se puede concluir que los tres procedimientos para evaluar la efectividad de una intervención, significancia estadística, clínica y práctica, contribuyen con evidencia empírica para determinar si hubo un cambio en los usuarios. Cabe señalar que cada procedimiento tiene sus ventajas y particularidades, las cuales deben ser tomadas en cuenta al momento de implementarlas. Si bien en la mayor parte de los casos la evidencia es observable a partir de significancia estadística y práctica, dentro de la práctica privada es viable mostrar resultados con base en la significancia clínica que pueda mostrar el cambio y, lo más importante, que el usuario pueda ver estos cambios en su vida cotidiana.

Uso del diseño experimental de caso único y significancia clínica en la práctica

Cuando se habla de diseños experimentales, por lo regular, se piensa en investigación y pocas veces se vincula con la práctica clínica. A lo largo de la historia se han visto como dos procesos excluyentes, aunque esto no necesariamente es así (García, 2017). En ambos escenarios, cuando se trata de intervenciones, se busca conocer si el tratamiento fue efectivo para atender un problema; en general, la práctica clínica se hace a través de la experiencia del terapeuta, quien a partir de casos similares aplica un mismo procedimiento y, con base en ello, se derivan sus conclusiones, cuya finalidad no es un tratamiento generalizable sino el bienestar de un paciente (Redondo-Figuero *et al.*, 2015). En contraste, en la investigación el objetivo es generar el conocimiento que permita un tratamiento generalizable (Hulley *et al.*, 2008).

Pareciera entonces que la práctica clínica y la investigación son dos procesos independientes, cuando en realidad uno depende del otro (Roussos, 2007). De esta manera, utilizar diseños de $N = 1$ o significancia clínica es el vínculo entre ambas, por un lado, porque

estos se utilizan cuando se trabaja con una persona o un pequeño grupo y, por otro lado, porque se busca evaluar la efectividad de la intervención (Vera, 2004). Así, se logran los objetivos de interés del clínico y el investigador, se busca atender al bienestar de la persona y, al mismo tiempo, se obtiene evidencia empírica para demostrar la efectividad de una intervención.

En la práctica clínica, al implementar alguno de los diseños de $N = 1$ o su evaluación a través de la significancia clínica, se puede obtener evidencia de que los cambios se deben a la intervención y no a alguna variable extraña (Wainer, 2012). De igual modo, en el ámbito de la investigación, la utilización de estos diseños, además de lo anterior, permite un medio para formular teorías explicativas de los fenómenos psicológicos (Levin *et al.*, 2012).

Algunos ejemplos del uso de los diseños de $N = 1$ se han reportado en estudios que permiten reducir conductas hiperactivas (Baeza, 1985), conductas disruptivas (Corsi Sliminng *et al.*, 2009), regulación emocional (Allen-DeBoer *et al.*, 2006; Flórez y Rendón, 2010), asertividad y autoestima (Tamez y Rodríguez, 2017), desarrollo de habilidades para la vida en pacientes esquizofrénicos (Moriani *et al.*, 2004), fobias (Botella *et al.*, 2004), manejo del estrés (Sanz y Paz, 2015), ansiedad (Arco *et al.*, 2005), bulimia (Azrin *et al.*, 2008), disfunción eréctil (Bach *et al.*, 2004), obesidad (Donaldson & Normand, 2009) e incremento de actividad física (Normand, 2008), entre otros.

Cada uno de estos estudios ha utilizado al menos un diseño de reversión para evaluar si los cambios en las variables de interés se deben de la introducción del tratamiento, los resultados arrojados han sido favorables. Sin embargo, cabe señalar que las investigaciones reportadas tienen 10 años o más, lo cual puede ser un indicador de que cada vez es menor la utilización de estos diseños para evaluar la efectividad de tratamientos y que se prefiere o se eligen otros procedimientos para hacerlo. No se debe olvidarse, sin embargo, que los diseños de $N = 1$ son una herramienta que

los psicólogos pueden utilizar en su práctica clínica, lo cual posibilita el uso de herramientas que van más allá del reporte de su propia experiencia.

En lo que respecta a la significancia clínica, se puede consultar la evaluación de intervenciones en mujeres con fibromialgia (Kirchner & Reis, 2021), en métodos de enseñanza para el cuidado domiciliario en pacientes con extracción de próstata (Mata *et al.*, 2018), en intervenciones multidisciplinarias para mejorar la adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con hipertensión (García *et al.*, 2018), en universitarios con trastorno por déficit de atención para el manejo ansiedad y depresión (Anastopoulos *et al.*, 2021) y, de manera general, para reducir la depresión (Blanco *et al.*, 2017), el insomnio (Groot & de Bruin, 2021), el peso después de una cirugía bariátrica y los factores de riesgo conductuales (Voils *et al.*, 2020), en la promoción de la salud mental en cuidadores de niños con cáncer (Barrera *et al.*, 2020), por mencionar algunos ejemplos. En estos estudios se muestra la utilidad y la importancia de considerar a la significancia clínica como una medida para evaluar la efectividad de las intervenciones.

Conclusiones

Para evaluar los efectos de una intervención existen diferentes procedimientos, en el presente capítulo se han propuesto dos de ellos, a partir de los cuales cualquier psicólogo clínico que se dedique a la práctica privada o en la investigación puede utilizar para obtener evidencia empírica de sus intervenciones.

De ahí la importancia de la relación entre la investigación y la práctica, ya que en ambos casos se busca que las personas logren un cambio cuando están bajo un tratamiento, el cual tenga un impacto real en su calidad de vida y que se pueda usar un mismo tratamiento en casos similares. En este sentido, el uso de diseños

de $N=1$ y de la significancia clínica pueden establecer vínculos entre la investigación y la práctica clínica, ya que, como ha mostrado a lo largo de este capítulo, no se requieren grandes muestras para su implementación.

Tanto los diseños de $N=1$ como la significancia clínica pueden usarse de manera combinada para tener, por un lado, un referente visual de los posibles cambios en el tratamiento y, por el otro, indicadores internos y externos que den cuenta del cambio clínicamente significativo. Esta combinación permitiría analizar las diferencias individuales y determinar qué tanto son percibidos los cambios por el mismo usuario, aspecto fundamental en cualquier intervención que en diversas ocasiones se deja de lado.

Para lograr lo anterior, se requiere una sistematización en el diseño de la intervención que permita su evaluación. Si bien este no ha sido el objetivo del presente capítulo, sí se ha examinado el panorama general de aquellos procedimientos que permiten evaluar una intervención.

Resumen

1. En una intervención es necesario evaluar las acciones realizadas, mostrar evidencia de qué fue lo que funcionó y si se lograron los cambios deseados.
2. La evaluación centrada en los efectos de la intervención requiere un vínculo entre la investigación y la práctica clínica.
3. En el presente capítulo se propone el uso de diseños de $N=1$ y de significancia clínica, los cuales pueden usarse en conjunto para evaluar los efectos de la intervención.
4. Los diseños de $N=1$ corresponden a diseños experimentales para evaluar los efectos de una intervención en los que se tienen pocos casos o un único caso.

5. Existe una amplia gama de clasificación de diseños de $N=1$, por lo que se debe privilegiar el uso de aquellos que garanticen una mayor validez interna y externa.
6. La evaluación de la significancia clínica permite valorar los cambios en una intervención y surge como una crítica a la significancia estadística.
7. La significancia clínica permite conocer los cambios en una persona y no los cambios de un grupo.
8. No es la finalidad de la significancia clínica erradicar la significancia estadística, ni el tamaño del efecto.
9. Los métodos de evaluación de significancia clínica pueden ser internos, externos o una combinación de ambos.

Referencias

- Allen-DeBoer, R., Malmgren, K., & Glass, M. (2006). Reading instruction for youth with emotional and behavioral disorders in a juvenile correctional facility. *Behavioral Disorders*, 32(1), 18-28. <http://www.jstor.org/stable/23890616>
- Anastopoulos, A. D., Langberg, J. M., Eddy, L. D., Silvia, P. J., & Labban, J. D. (2021). A randomized controlled trial examining CBT for college students with ADHD. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 89(1), 21-33. <https://doi.org/10.1037/ccp0000553>
- Arco, J., López, S., Heilborn, V. y Fernández, F. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "La Cartuja". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 589-608.
- Arnau, J. (1986). *Diseños experimentales en psicología y educación*. Trillas.
- Azrin, N., Brooks, J., Kellen, M., & Ehle, C. (2008). Speed of eating as a determinant of the bulimic desire to vomit. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(3), 263-270. <https://doi.org/10.1177/0145445505277149>
- Bach, A., Barlow, D., & Wincze, J. (2004). The enhancing effects of manualized treatment for erectile dysfunction among men using sildenafil: A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 35(1), 55-73. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80004-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80004-2)
- Baeza, M. (1985). Efectos de las técnicas de modificación de conducta aplicadas a niños hiperactivos en el salón de clases. *Anales de Psicología*, 3(3), 163-170. <https://revistas.um.es/analespedagogia/article/view/288311>
- Balkin, R. S., & Lenz, A. S. (2021). Contemporary issues in reporting statistical, practical, and clinical significance in counseling research. *Journal of Counseling & Development*, 99(2), 227-237. <https://doi.org/10.1002/jcad.12370>
- Barlow, D. y Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Martínez Roca.
- Barrera, M., Alexander, S., Atenafu, E. G., Chung, J., Hancock, K., Solomon, A., Desjardins, L., Shama, W., & Mills, D. (2020). Psychosocial screening and mental health in pediatric cancer: A randomized controlled trial. *Health Psychology*, 39(5), 381-390. <https://doi.org/10.1037/hea0000825>

- Blanco, V., Otero, P., López, L., Torres, Á. y Vázquez, F. (2017). Predictores del cambio clínicamente significativo en una intervención de prevención de la depresión. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 8(1), 9-20. <https://doi.org/10.23923/j.riips.2017.08.002>
- Botella, C., Osma, J., García-Palacios, A., Quero, S., & Baños R. M. (2004). Treatment of flying phobia using virtual reality: Data from a 1-year follow-up using a multiple baseline design. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 311-323. <https://doi.org/10.1002/cpp.404>
- Campbell, D. T. y Stanley, J. C. (1978). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Amorrortu.
- Casado, A., Prieto, L. y Alonso, J. (1999). El tamaño del efecto de la diferencia entre dos medias: ¿estadísticamente significativo o clínicamente relevante? *Medicina Clínica*, 112(15), 584-588.
- Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Cattivelli, R., Manzoni, G. M., & Molinari, E. (2016). Not only clinical efficacy in psychological treatments: clinical psychology must promote cost-benefit, cost-effectiveness, and cost-utility analysis. *Frontiers in Psychology*, 7(563), 1-4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00563>
- Caycho, T., Ventura-León, J. y Castillo-Blanco, R. (2016). Magnitud del efecto para la diferencia de dos grupos en ciencias de la salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(3), 459-461. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0242>
- Cazabat, E. (2013). De clínico a investigador: la aplicación de diseños experimentales de caso único al contexto clínico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12(3), 239-248.
- Chalco, J. P. (2004). Significancia clínica: RR, RAR, RRR, OR e intervalos de confianza. *Pedriátrica*, 6(1), 55-58.
- Ciapponi, A. (2013). ¿Significancia clínica o significancia estadística? *Evidencia*, 16(4), 122-125.
- Cohen, J. (1990). Things I have learned (so far). *American Psychologist*, 45(12), 1304-1312.
- Corsi Sliminng, E., Barrera, P., Perivancich, X., Flores Bustos, C. y Guerra, C. (2009). Efectos de un programa combinado de técnicas de modificación conductual para la disminución de la conducta disruptiva y el aumento de la conducta prosocial en escolares chilenos. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 67-76. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/332>
- Donaldson, J., & Normand, M. (2009). Using goal setting, self-monitoring, and feedback to increase calorie expenditure in obese adults. *Behavioral Interventions*, 24(2), 73-83. <https://doi.org/10.1002/bin.277>
- Flórez, L. y Rendón, M. (2010). Impacto de las reglas de despliegue sobre la regulación emocional en una muestra de escolares. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(2), 79-90. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/372>
- García, J. (2017). La relación entre investigación básica y profesión aplicada en la psicología Latinoamericana. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 3(2), 109-124.
- García, M., Sebastián, E. y Domech, A. (2000). Exploración de los datos en experimentos de series temporales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(2), 347-367.
- García, R., Acosta, C., León, Y., Lagarda, B., García, C. y Sotelo, T. (2018). Efectos de una intervención multidisciplinaria en pacientes con hipertensión arterial primaria. *Psicología y Salud*, 28(1), 95-105. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i1.2542>
- Gómez, J. y Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: Un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 173-190.
- Groot, M., & de Bruin, E. (2021). Clinical effectiveness of insomnia treatment in adolescents with comorbid disorders: A single case experimental design study. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 9(1), 46-57. <https://doi.org/10.1037/cpp0000317>
- Hulley, S., Cummings, S., Browner, W., Grady, D. y Newman, T. (2008). *Diseño de Investigaciones Clínicas* (3ª ed.). Wolters Kluwer.
- Iraurgi, I. (2009). Evaluación de resultados clínicos I: Entre la significación estadística y la relevancia clínica. *Norte de Salud Mental*, (33), 94-108.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. Pearson.

- Kerlinger, F. N. y Lee, H. W. (2002). "Diseño de investigación: Propósito y principio". En: F. N. Kerlinger y H. W. Lee. *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales* (pp. 403-417). McGraw Hill.
- Kirchner, L., & Reis, M. (2021). Behavior-analytic intervention for women with fibromyalgia and insomnia: a single subject design. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 34(5), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s41155-020-00169-2>
- Kratochwill, T., & Levin, J. (2015). *Single-case research design and analysis. New directions for psychology and education*. Routledge.
- Lenz, A. S. (2021). Clinical significance in counseling outcome research and program evaluation. *Counseling Outcome Research & Evaluation*, 12(1), 1-3. <https://doi.org/10.1080/21501378.2021.1877097>
- Levin, J., Ferron, J., & Kratochwill, T. (2012). Nonparametric statistical test for single-case systematic and randomized ABAB...AB and alternating treatment intervention designs: New developments, new directions. *Journal of School Psychology*, 50(5), 599-624. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2012.05.001>
- Martínez-Ezquerro, J., Riojas-Garza, A. y Rendón-Macías, M. (2017). Significancia clínica sobre significancia estadística. Cómo interpretar los intervalos de confianza a 95%. *Revista Alergia México*, 64(4), 477-486. <https://doi.org/10.29262/ram.v64i4.334>
- Mata, L., Bernardes, M., Azevedo, C., Chianca, T., Pereira, M. y Carvalho, E. (2018). Método Jacobson y Truax: evaluación de la efectividad clínica de un programa de enseñanza para cuidado domiciliario pos-prostatectomía. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3003. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2249.3003>
- Moreno, D., López, M., Cepeda, M., Alvarado, I. y Plancarte, P. (2002). *Diseños de investigación*. FES Iztacala, UNAM.
- Moriana, J., Alarcón, E. y Herruzo, J. (2004). Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. *Psicothema*, 16(3), 436-441. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3015>
- Normand, M. (2008). Increasing physical activity through self-monitoring, goal setting, and feedback. *Behavioral Interventions*, 23(4), 227-236. <https://doi.org/10.1002/bin.267>
- Pardo, A. y Ferrer, R. (2013). Significación clínica: falsos positivos en la estimación del cambio individual. *Anales de Psicología*, 29(2), 301-310. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.2.139031>
- Pita, S. y Pértega, S. (2001). Significación estadística y relevancia clínica. *Atención Primaria en la Red*, 8, 191-195. http://www.fisterra.com/mbe/investiga/signi_estadi/signi_estadi.asp
- Pogrow, S. (2019). How effect size (practical significance) misleads clinical practice: The case for switching to practical benefit to assess applied research findings. *American Statistician*, 73(1), 223-234. <https://doi.org/10.1080/00031305.2018.1549101>
- Prasad, K. (2019). Statistical Significance versus Clinical Importance. *Neurology India*, 67(6), 1513-1514. <https://doi.org/10.4103/0028-3886.273608>
- Redondo-Figuero C. G., Santamaría-Pablos, A. y Redondo-Ortíz, C. G. (2015). Aspectos éticos en investigación clínica. *Pharmaceutical Care España*, 17(4), 482-493. <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/256>
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270.
- Sanz, J. y Paz, M. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>
- Shaughnessy, J., Zechmeister, E. y Zechmeister, J. (2007). "Diseños de un solo sujeto e investigación con n pequeña". En: *Métodos de investigación en psicología* (pp. 324-356). McGraw Hill.
- Silva, R. A. (1992). "Diseños de investigación con N = 1 o series de tiempo". En: A. Silva (Ed.), *Métodos cuantitativos en psicología. Un enfoque metodológico* (pp. 45-70). Trillas.
- Talavera, J. O., Rivas-Ruiz, R., Pérez-Rodríguez, M., Roy-García, I. A. y Palacios-Cruz, L. (2019). De vuelta a la clínica: sin justificación no existe pregunta de investigación que valga. *Gaceta Médica de México*, 155(2), 168-175. <https://doi.org/10.24875/GMM.19004942>

- Tamez, A. y Rodríguez, J. (2017). Integración de modelo cognitivo-conductual y terapia centrada en soluciones en un caso de falta de asertividad y baja autoestima. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 338-372. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num1/Vol20No1Art19.pdf>
- Vera, P. (2004). Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit. Revista de Psicología*, (10), 4-10.
- Voils, C. I., Adler, R., Strawbridge, E., Grubber, J., Allen, K., Olsen, M., McVay, M. A., Raghavan, S., Raffa, S. D. & Funk, L. M. (2020). Early-phase study of a telephone-based intervention to reduce weight regain among bariatric surgery patients. *Health Psychology*, 39(5), 391-402. <https://doi.org/10.1037/hea0000835>
- Wainer, A. (2012). Estudios de caso único en el campo de la investigación actual en psicología clínica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 16(2), 214-222.

Procesos de investigación en psicología clínica

Sandra Ivonne Muñoz Maldonado
Consuelo Rubi Rosales Piña
Ricardo Sánchez Medina

Introducción

De acuerdo con Sánchez (2008), el psicólogo clínico debe investigar e identificar qué aspectos se pueden promover en la conducta humana para que las personas puedan alcanzar el bienestar y un funcionamiento adecuado personal y social. Esto se puede lograr si aplica los principios psicológicos que ha aprendido, se apeg a un encuadre teórico y emplea las diversas técnicas y métodos propios de la psicología.

Para ello, las estrategias de investigación deben diseñarse de manera que generen las condiciones necesarias para incrementar la probabilidad de obtener resultados científicos válidos y descartar los falsos criterios; si bien hay avances en esta área aún hay mucho por conocer y comprender. Asimismo, dichas estrategias deben describir, explicar, predecir y modificar la conducta de una forma más efectiva, considerando la selección de sujetos, el diseño óptimo, el nivel de control y el objetivo de dicha investigación.

Por estas razones, es primordial conocer el proceso y los tipos de investigación que se pueden realizar. Cabe señalar que existen diferentes clasificaciones que responden a diversos criterios; para fines del presente capítulo se agrupan en tres: a) revisiones teóricas que permiten tomar decisiones para realizar una

investigación; b) estudios descriptivos y epidemiológicos que permiten generar evaluaciones y diagnósticos, y c) los diseños experimentales, que evalúan los efectos de intervenciones.

Proceso de la investigación o ciclo de la investigación

Investigar conlleva aproximarse a un fenómeno de una manera sistemática para poder encontrar respuestas sobre cómo o qué determina dicho fenómeno. De acuerdo con Kerlinger y Lee (2002), la investigación científica se caracteriza por seis aspectos: control, sistematización, es empírica, amoral, crítica y prueba hipótesis y teorías. En general, esto se refiere a la manera en que el investigador genera control sobre las variables y las medidas, de modo ordenado y sistemático. El hecho de que la ciencia se guíe por teorías e hipótesis sobre las relaciones entre las variables permite cuestionar y criticar si lo observado es consistente y puede apoyar lo que se plantea en la teoría. Esto se logra a través de la visión empírica, es decir, poner a prueba una hipótesis para determinar su validez. Es amoral dado que no emite juicios de valor al aceptar o rechazar una hipótesis. En particular, la sistematización favorece que se puedan encontrar los fallos en la experimentación y que al reportarse el proceso sea replicable.

Una idea de investigación puede surgir de lo que se observa, de hecho, este es el primer paso del método científico que es la base para investigar; a partir de lo que el clínico advierte que sucede con frecuencia en su práctica, de una observación informal en un contexto particular o de una investigación previa, por ejemplo, se puede revisar la literatura empírica e identificar que existen varios estudios sobre la intervención en trastornos de ansiedad; así, la idea de investigación puede centrarse en identificar qué intervenciones son más efectivas para reducir la ansiedad.

En general, todo proceso de investigación comienza con el planteamiento de una pregunta a resolver, cuya formulación debe tomar en cuenta algunas consideraciones:

- Ser de interés, no solo para el investigador, sino también para la comunidad científica
- Que pueda probarse y dar pie a generar otras investigaciones o preguntas
- Definir una variable a medir o incluso puede plantear la relación entre dos o más variables
- Originar una investigación factible en términos económicos, de tiempo, de las habilidades requeridas en los aplicadores y de facilidad para encontrar a los participantes (Jhangiani *et al.*, 2020).

Por ejemplo, si la pregunta inicial es: ¿qué intervención es más efectiva para reducir la ansiedad en adolescentes?, entonces, es necesario poner a prueba al menos dos tipos de intervenciones para la ansiedad y obtener datos sobre la efectividad de cada intervención y realizar una comparación.

Una vez definida la pregunta de investigación, se establece una hipótesis sobre lo que se espera que pase en el estudio que se va a emprender. El propósito de la hipótesis es realizar una predicción acerca del fenómeno a estudiar; esta debe contar las características siguientes:

- Enunciados claros, acordes a la pregunta de investigación
- Ser comprobable, es decir, que a través de un diseño de investigación se puedan obtener datos que determinen si es aceptada o refutada
- Establecer una relación lógica, ya sea con la teoría, con las variables o con la evidencia empírica existente (Jhangiani *et al.*, 2020)
- La redacción debe ser de una forma positiva, es decir, enunciando qué efecto se puede encontrar.

Si se retoma el ejemplo de la pregunta de investigación antes planteada, se tienen varias alternativas de intervención para la ansiedad como probar una nueva intervención guiada por tecnología para su administración, para compararla, posteriormente, con aquellas que se emplean habitualmente. Así, la hipótesis podría ser: la intervención guiada por tecnología, en comparación con la tradicional, será más efectiva para reducir la ansiedad.

Cuando se ha establecido la hipótesis, se procede a diseñar un estudio experimental para comprobar dicha afirmación. Siguiendo con el ejemplo, la variable independiente es la intervención y puede ser manipulada por el investigador; de esta manera, se tienen dos grupos, uno en donde se aplicará la intervención tradicional y otro en el que se aplicará la intervención guiada por tecnología. La variable dependiente será el nivel de ansiedad reportado por los adolescentes; para ello, esta se medirá a través de un autorreporte previo. Cabe señalar que, para cumplir con otro de los requisitos de los experimentos, se distribuirán aleatoriamente ambas intervenciones entre los 60 adolescentes participantes. Al finalizar, se evaluará de nuevo la ansiedad.

Lo anterior corresponde a un estudio de tipo experimental; sin embargo, existen estudios cuasiexperimentales, en donde no se da la aleatorización, y estudios no experimentales donde no hay manipulación de las variables por parte del investigador. Algunos de estos estudios se explicarán con detalle más adelante.

En cuanto se definen las mediciones y se obtienen los datos observados, se lleva a cabo un análisis de estos para determinar si existen diferencias en los puntajes obtenidos por los adolescentes que estuvieron en cada intervención. Para ello, se emplea una prueba estadística, la cual debe ayudar a probar la hipótesis planteada. En caso de que esta muestre diferencias significativas entre los puntajes de ansiedad entre las intervenciones, se debe determinar qué intervención disminuyó más el puntaje de ansiedad reportado.

El último paso es aportar las conclusiones sobre el estudio, en las cuales se da respuesta a la pregunta de investigación inicial, ya sea para afirmar o refutar la hipótesis planteada. Dichas conclusiones deben dar pie a nuevas preguntas de investigación o nuevos pasos a seguir para comprobar una hipótesis. Cabe señalar que puede haber variaciones en el proceso, sobre todo en la aproximación metodológica que se utilice y la forma de medir o evaluar. Este proceso de investigación puede ser cíclico, ya que los hallazgos de este estudio retroalimentan la evidencia empírica sobre el fenómeno y generan nuevas líneas de investigación.

En psicología clínica, la investigación puede tener distintos alcances que dependen de la pregunta que se busca responder y de la metodología de investigación a utilizar. Para efectos de este capítulo, se retomarán tres rubros de investigaciones: el primero lo conforman las teorías que engloban las revisiones sistemáticas y el metaanálisis, que se basan en la evidencia empírica disponible sobre un tema en particular y que guían la toma de decisiones sobre qué hacer en una nueva investigación retomando lo ya publicado; el segundo, son los diseños experimentales que buscan caracterizar, describir y relacionar dos o más variables, y el tercer rubro incluye los diseños experimentales grupales en los cuales se busca, por lo regular, probar la eficacia de una intervención. En la figura 14.1 se puede observar un resumen de las investigaciones a revisar (Montero y León, 2005).

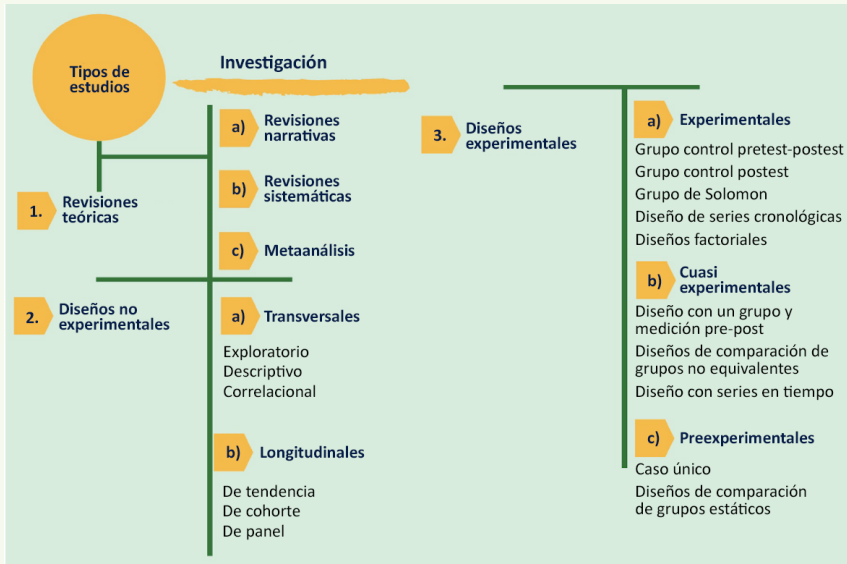


Figura 14.1. Esquema de investigaciones.
(Elaboración propia)

Investigación teórica: revisión sistemática y metaanálisis

Las revisiones teóricas corresponden al primer momento de toda investigación. Villasís-Keever *et al.* (2020) identifican tres tipos de investigación: narrativa, revisión sistemática y metaanálisis. Las primeras son aquellas en las que se desarrolla un tema para justificar su importancia y relevancia; si bien esto contribuye a la construcción del planteamiento del problema o al desarrollo de un tema, surge la interrogante respecto a si la información consultada es suficiente y si realmente se está tomando en cuenta toda la información acerca del tema. De ahí que se requiera hacer un tipo de investigación en la que, a pesar de no aportar datos empíricos nuevos, coadyuve en la concentración de diversas investigaciones que han abordado el problema de interés, permitiendo que los investigadores

ahorren tiempo en la búsqueda de información (Rubio-Aparicio *et al.*, 2018).

Para contribuir con lo que se menciona en el párrafo anterior, los investigadores hacen uso de la revisión sistemática y del metaanálisis como dos formas de hacer investigación teórica, lo cual permite, a través de una metodología y sistematización de una serie de pasos, concentrar los estudios empíricos de diferentes autores, años, países, intervenciones, entre otros (Maticic *et al.*, 2019).

Por ejemplo, si se desea conocer la efectividad de una intervención cognitivo conductual en el manejo de la ira, por lo general, los investigadores comienzan su búsqueda de información utilizando recursos como bases de datos especializadas o incluso algún buscador de Internet; sea cual sea el medio, el investigador encuentra información para conocer qué se ha hecho y cómo se ha hecho; es probablemente que, con base en ello, tome algunas decisiones para llevar a cabo su investigación.

En relación con lo anterior, es posible que existan algunos problemas en la búsqueda de información, desde la selección de palabras para hacer la búsqueda hasta el tipo de acceso a las bases de datos especializadas, es decir, si es gratuito o restringido; a lo anterior se suma, en términos cualitativos, el agrado o desagrado por parte del investigador sobre el artículo consultado, lo cual puede traer consecuencias en las conclusiones que se deriven de dicha búsqueda (Manterola *et al.*, 2013).

Al realizar una revisión sistemática o metaanálisis se espera que haya un proceso estructurado y organizado en la búsqueda de información que permita al investigador tener un amplio panorama, en este caso, sobre las intervenciones cognitivo conductuales en el manejo de la ira y, al mismo tiempo, poderlas replicar, con lo cual se podrían obtener los mismos resultados. También se debe considerar que, con base en los intereses del investigador, es probable que dicho análisis se centre en investigaciones que tengan grupo control y experimental, o bien, en las que utilicen un medio

tecnológico para su aplicación, incluso aquellas donde solo se trabaje con menores.

Aquí, cabe plantearse cuál es la diferencia entre revisión sistemática y metaanálisis, y cómo llevar a cabo estos tipos de investigaciones. Al respecto, Villasís-Keever *et al.* (2020) y Manterola *et al.* (2013) plantean que la revisión sistemática es una investigación secundaria que compila resultados de estudios primarios que se encuentran publicados en diversas fuentes de información, mientras que el metaanálisis es esta misma investigación secundaria, pero utiliza un análisis estadístico en sus resultados para calcular las medidas del efecto encontrado, por lo que estandariza una medida para evaluar los efectos obtenidos. De acuerdo con estos autores, todo metaanálisis implica una revisión sistemática.

Ahora bien, ¿cuál es el procedimiento para hacer una revisión sistemática o metaanálisis? Según Kelly *et al.* (2016) se debe hacer todo lo posible para minimizar las fuentes de sesgo y analizar el valor que se pone en dichas revisiones con base en la evidencia presentada. Si bien no existen pautas o reglas generalizadas para hacerlo, es necesario considerar algunas metodologías que presenten una sistematización en la manera de hacer la investigación. Una de ellas, de gran relevancia en los últimos años, es la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) que establece una serie de pasos para llevar a cabo una revisión sistemática o metaanálisis para que los usuarios finales puedan discriminar entre diversas revisiones sistemáticas, así como de la calidad que estas presenten (Urrútia y Bonfill, 2010).

Sus orígenes y uso están en el área de la medicina. Actualmente, se utiliza en diversas disciplinas, entre ellas la psicología; por ejemplo, para conocer los instrumentos que hay sobre un constructo en particular como la inteligencia emocional (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2018); para identificar factores asociados ante una problemática, como la investigación de Molero *et al.* (2020) que

hace una revisión sistemática para conocer los factores psicológicos en situaciones de cuarentena; o bien, para conocer las variables familiares relacionadas con el *bullying* y el *cyberbullying* (Machimbarrena *et al.*, 2019), por mencionar algunos estudios.

Además, PRISMA se ha empleado para evaluar las intervenciones psicológicas de pacientes con diabetes tipo 2 (González-Burboa *et al.*, 2019) y tratamientos psicológicos para mejorar la vida sexual en mujeres con cáncer ginecológico (Figueroa, 2020); asimismo, para conocer la existencia de intervenciones con hombres agresores intrafamiliares (Caruso, 2020) o incluso, para conocer si una determinada técnica funciona, como la realizada por Salvo (2020) sobre la activación de recursos en psicoterapia, y más recientemente, sobre intervenciones mediadas por tecnología (Sánchez-Medina *et al.*, 2021).

El método PRISMA se compone por 27 ítems que detallan y explican el procedimiento a seguir, algunos de ellos se utilizan solo para revisiones sistemáticas. En el caso del metaanálisis, además de cumplir con los que solicita la revisión sistemática, debe cumplir con ítems adicionales.¹

A continuación, se sintetizan los 27 ítems que conforman este método:

1. Identificar en el título de la publicación si se trata de una revisión sistemática o de un metaanálisis.
2. Presentar un resumen estructurado en el que se sintetice lo realizado para llevar a cabo la revisión sistemática o metaanálisis.
3. Justificar la razón para llevar a cabo la revisión sistemática o metaanálisis.
4. Explicitar las preguntas que se desean responder en relación con los participantes, intervenciones, instrumentos, entre otros.
5. Indicar si existe un protocolo de revisión.

¹ Para revisar a detalle estos pasos se recomienda consultar a Hutton *et al.* (2015) y a Page y Moher (2017).

6. Detallar las características de los estudios que se incluyen, en términos de su diseño, así como de los criterios para elegirlos.
7. Mencionar todas las fuentes o bases de datos en las que se realizó la búsqueda de información.
8. Presentar la estrategia de búsqueda completa de una base de datos y señalar sus criterios, de tal forma que cualquier persona que siga el procedimiento encuentre los mismos resultados.
9. Mencionar el proceso de selección de los estudios.
10. Describir cómo se extrajeron los datos de cada estudio.
11. Listar todas las variables que se utilizaron en la búsqueda.
12. Mencionar los posibles sesgos en los estudios individuales.
13. Señalar las principales medidas de resumen.
14. Describir métodos para manejar los datos y la combinación de resultados de los estudios.
15. Especificar la evaluación del riesgo de sesgo que se relacione con los artículos encontrados, por ejemplo, que el texto no esté completo.
16. Si existiesen métodos adicionales de análisis de la información, mencionarlos.
17. Facilitar el número de artículos elegidos e incluidos en la revisión y explicitar los criterios de exclusión.
18. De cada estudio elegido, presentar sus características y proporcionar la referencia.
19. Presentar datos sobre el riesgo de sesgo de cada artículo si lo hubiese.
20. Mostrar, en cada resultado, los datos de resumen de cada grupo de intervención, estimación del efecto e intervalo de confianza.
21. Presentar los resultados de cada metaanálisis.
22. Presentar los resultados de cualquier evaluación del riesgo de sesgo entre las investigaciones.

23. Mostrar los resultados de cualquier análisis adicional que se haya realizado.
24. Resumir los hallazgos principales.
25. Discutir las limitaciones encontradas, tanto de las investigaciones, como de sus resultados.
26. Hacer una interpretación general de los resultados y sus implicaciones en futuras investigaciones.
27. Describir fuentes de financiamiento o de apoyo, si es que las hay.

Con base en lo anterior, se espera que las revisiones sistemáticas y metaanálisis cumplan con ciertos requisitos que contribuyan a mejorar la calidad y transparencia en la publicación de estas investigaciones. Si bien la revisión sistemática tiene bondades en su utilización, también es necesario tomar en cuenta algunas de sus limitaciones, por ejemplo, Manterola *et al.* (2013) señalan tres tipos de sesgos que pueden presentarse: el sesgo de publicación, que se refiere a que no todo está publicado, o la información todavía no está disponible; el sesgo de selección, relacionado con los grupos que se están comparando en el tratamiento y, por último, el sesgo del observador, que si bien se habla de explicitar la forma en cómo se eligen los artículos, también es probable que esa selección pueda ser tendenciosa.

Respecto al primer sesgo, depende del investigador evitar aquellas publicaciones que son de acceso restringido o que aún no han sido revisadas por pares; en cuanto a los otros dos, se debe tener cuidado al interpretar los resultados. Al respecto, Villasís-Keever *et al.* (2020) recomiendan una revisión por pares en la elección de los artículos que permita tener confiabilidad entre observadores.

Por último, cabe destacar que las revisiones sistemáticas y metaanálisis son una alternativa que permite sintetizar información derivada de investigaciones empíricas disponibles con el objetivo

de resumir una gran cantidad de información que puede coadyuvar en la realización de futuras investigaciones.

Como ya se señaló, los diseños de investigación se clasifican en: no experimentales y los experimentales. Los primeros aluden a aquellos estudios en donde no se realiza una manipulación de la variable independiente de forma intencional; por su parte, los segundos se refieren a los estudios en donde se busca explicar causalidad y además se tiene control sobre la variable independiente. A continuación, se brindan más detalles de cada uno.

Diseños no experimentales

Se enfocan en medir el fenómeno tal como sucede y solo cubren dos de las metas de la ciencia que son describir y predecir, por lo que no explican la causalidad (Jhangiani *et al.*, 2020). Existen diversas propuestas de clasificación de los diseños no experimentales, por ejemplo, Jhangiani (2020) los divide en correlacionales y observacionales, de acuerdo con el objetivo que se quiere alcanzar, ya sea relacionar o describir un conjunto de variables. Por su parte, Hernández *et al.* (2014) propone dos tipos de diseños, los transversales, que se enfocan en la recolección de datos en un único momento, y los longitudinales, cuyo objetivo es realizar un análisis de una o más variables a través del tiempo. Para efectos de este capítulo, se retoma la propuesta de Hernández *et al.* (2014).

Transversales

Pueden ser de tres tipos: a) exploratorios, cuando se trata de una variable o contexto del cual no se ha estudiado mucho; b) descriptivos, referentes a la caracterización de una o un conjunto de variables en una muestra o población, y c) correlacionales-causales, que identifican la relación entre dos o más variables o constructos en

un momento determinado (Hernández *et al.*, 2014). El factor común en estos diseños es que todos se realizan en un único momento, en otras palabras, es como tomar una fotografía de un evento, momento o grupo de personas.

Estudios exploratorios

Se abocan a identificar o medir una variable o conjunto de variables en un contexto que no ha sido explorado con anterioridad. Son similares a los descriptivos debido a que con estos se busca conocer lo que sucede en un fenómeno particular, la diferencia radica en la innovación que representa el fenómeno en el campo de investigación.

Estudios transversales descriptivos

Permiten cuantificar o medir el grado en que se encuentra un rasgo, variable, característica de un modo confiable en una población o muestra específica (García *et al.*, 2009). Montero y León (2007), listan dos tipos de estudios descriptivos: los observacionales y los realizados por encuestas. Estos últimos son aquellos en los que se puede indagar la información empleando una entrevista, cuestionario, inventario o escala (Kerlinger y Lee, 2002) y no por la observación directa de la conducta, como es el caso del primero.

Otro aspecto fundamental de los estudios descriptivos es que no buscan relacionar constructos o variables, su objetivo, por lo regular, es determinar indicadores de una variable, saber la frecuencia con que se presenta cierta característica o variable, o netamente la descripción de las variables evaluadas en la población objetivo (Hernández *et al.*, 2014).

Es importante resaltar que para un investigador que busca realizar un estudio descriptivo, por ejemplo, en adolescentes, le sería prácticamente imposible entrevistar o evaluar a todos los adolescentes del país, sin embargo, sí puede hacerlo con una muestra representativa. Esto es lo que sucede en las encuestas de salud

mental que se realizan en nuestro país, ya que los encargados del estudio realizan un muestreo representativo de los adolescentes para que los datos puedan generalizarse y ayudar a explicar el comportamiento de la población meta. A este tipo de estudios se les denomina epidemiológicos, dado que se obtiene la prevalencia e incidencia de un trastorno psicológico en particular en una población más amplia. Como ejemplos se puede mencionar el estudio de Ojeda *et al.* (2019), en donde se estudió la prevalencia de los trastornos mentales en el Estado de Jalisco, o el caso de la investigación sobre las tendencias de consumo de alcohol y tabaco en México (Reséndiz *et al.*, 2018).

También, dentro de los estudios descriptivos se hallan aquellos a menor escala y que se centran en grupos intactos o particulares, con la limitación de que los hallazgos no podrán ser generalizados a otras muestras o poblaciones, es decir, que describirán a esa muestra particular; sin embargo, estos estudios permiten diagnosticar o valorar a un grupo de personas en particular, por ejemplo, a los adolescentes de bajo nivel socioeconómico de una escuela secundaria.

Para cerrar con los estudios descriptivos, se utiliza el ejemplo siguiente:

Un grupo de investigadores está interesado en identificar qué problemas psicológicos se están presentando con mayor frecuencia en los adolescentes a raíz del confinamiento por la pandemia; para ello, utilizarán el instrumento denominado Cuestionario Salud General Goldberg, el cual permite identificar síntomas de ansiedad, depresión, disfunción social y síntomas somáticos. Si este estudio fuera a gran escala, se debería hacer un muestreo aleatorio por conglomerados que estén definidos por su lugar de residencia para obtener la misma cantidad de adolescentes de cada estado de la República. Por otro lado, a menor escala, en este estudio se podrían aplicar los cuestionarios a los adolescentes que acuden al centro comunitario juvenil a través de un formulario, enviado a los correos electrónicos de los participantes.

Estudios correlacionales

Tienen por objetivo cuantificar el grado de asociación entre dos variables (Hernández *et al.*, 2014), con el propósito de predecir el comportamiento de alguna de estas. Es importante mencionar que las variables se deben medir en los mismos participantes para poder hacer conclusiones. En este tipo de estudios se emplean coeficientes de correlación y se elige el más adecuado, en función del nivel de medición de las variables, ya sea una correlación de Spearman o de Pearson.

Cabe resaltar que los estudios correlacionales no implican causalidad (Barker *et al.*, 2002) debido a que los análisis estadísticos solo ofrecen la asociación lineal; de esta manera, al aumentar el valor de una variable aumenta también el valor de la otra; por ejemplo, a mayor puntaje de ansiedad mayor número de episodios de pánico, es decir, se puede observar que las variables covarían pero no se puede establecer qué variable precede a la otra, lo cual es necesario para hablar de causa-efecto, lo que sí es posible en los diseños experimentales en donde sí existe manipulación de variables.

Longitudinales

Se emplean cuando se busca observar los cambios en una o un conjunto de variables a través del tiempo, estos estudios permiten recolectar datos en diferentes periodos o puntos en el tiempo. De acuerdo con García *et al.* (2009), existen tres tipos: de tendencia, cohorte y panel.

Estudios de tendencia

En general, se centran en analizar los cambios a través del tiempo en una variable dentro de una población particular. Es posible realizar una recolección de datos en distintos momentos, aun cuando no sean los mismos participantes en cada medición, pero todos pertenecen a la misma población objetivo. Un ejemplo de

esto es medir los cambios en el nivel de depresión de los adolescentes privados de la libertad en los centros de detención de la Ciudad de México, a través de mediciones anuales para establecer si existen cambios en la variable objetivo, tomando en cuenta que las mediciones serán en un grupo de 100 participantes en cada medición.

Estudios de cohorte

Son similares a los de tendencia, pero se enfocan en pequeños grupos o cohortes que comparten características comunes, por ejemplo, la edad. Las mediciones se hacen para rastrear la evolución del grupo respecto a una variable o característica en el tiempo. Este tipo de estudios también realiza mediciones en distintos participantes, siempre y cuando pertenezcan a la cohorte establecida en un inicio. Un ejemplo de esto sería la evaluación de la regulación emocional en tres grupos de edades, los niños de 3 a 7 años, de 8 a 12 años, de 13 a 17 años.

Estudios de panel

Al igual que los dos anteriores, tiene por objetivo observar los cambios en una variable a través del tiempo, la diferencia se centra en que las mediciones pueden realizarse en las mismas personas, lo que representa una ventaja respecto a los estudios de tendencia y de cohorte, ya que se pueden conocer los cambios individuales además de los grupales. No obstante, la dificultad de estos estudios es que se corre el riesgo de perder participantes, por ello se recomienda en poblaciones estáticas y pequeñas. Un ejemplo de este tipo de estudio es la medición del nivel de estrés en las madres de niños con autismo que acuden a un centro de rehabilitación, las mediciones se pueden realizar cada mes para poder establecer qué madres necesitan apoyo para manejar el estrés. El grupo de madres está constituido por una veintena y serían las mismas que se evaluarían en cada momento establecido.

Diseños experimentales grupales

En estos estudios el investigador busca comprobar los efectos de una intervención. Con ellos puede controlar la variable independiente, la cual impactará en la variable dependiente, además de decidir el número y el momento de observaciones que se realizarán, en función de los objetivos de la investigación. Esto puede ser a través del tipo de tratamiento, modalidad e incluso, la combinación de dos o más variables (Briones, 1982). Para representar los diseños de forma clara y concreta se utiliza la siguiente nomenclatura:

X: intervención, tratamiento, estímulo, variable independiente

O: observación

G: grupo

GE: grupo experimental

GC: grupo control

R: asignación aleatoria o al azar

E: emparejamiento

--: no recibe el tratamiento

Grosso modo se dividen en experimentales, cuasiexperimentales y preexperimentales (Campbell y Stanley, 1978). Cabe señalar que se presentan los diseños más utilizados en la psicología clínica y que esta clasificación depende del autor revisado, por lo que es probable que se encuentren en la literatura con otros nombres o con variantes.

Experimentales

Para que un diseño se considere verdadero o puro debe haber manipulación por parte del investigador en, por lo menos, una variable independiente. Debe contar con un grupo experimental y un grupo control; además, los participantes deben ser asignados al azar. Se busca un control riguroso en las variables de interés, así como en las

variables extrañas que pueden intervenir en la investigación. De este tipo de diseños existen diferentes variantes como las que a continuación se mencionan.

Grupo control pretest-postest

Consta de un grupo experimental y uno de control, en cuales son asignados los participantes de manera aleatoria. Se realiza una medición previa (pretest) de la variable dependiente O_1 ; después, se aplica el tratamiento o condición experimental para el grupo control X y, por último, se hace la segunda medición (postest) O_2 para cada uno de los grupos.

Ejemplo:

Los participantes son asignados al azar a cada uno de los grupos. Se realiza una primera medición para conocer los niveles de ansiedad de los participantes (O_1). El grupo experimental es expuesto al programa de intervención (X) para reducir los niveles de ansiedad, mientras que el grupo control no recibe ningún tratamiento. Por último, se realiza una segunda medición (O_2) que permitirá saber si hay cambios, atribuidos al programa de intervención, en los niveles de ansiedad. Bajo este esquema, la nomenclatura de grupo control pretest-postest sería:

$$\begin{aligned} R \text{ GE: } & O_1 \text{ X } O_2 \\ R \text{ GC: } & O_1 \text{ -- } O_2 \end{aligned}$$

Grupo control postest

Conformado por un grupo experimental y uno de control, en lo cuales los participantes son asignados aleatoriamente. En primer lugar, se aplica el tratamiento o condición experimental para el grupo control X y se hace la medición (postest) O_1 en cada uno de los grupos al finalizar el tratamiento. Al no tener una medición previa

al tratamiento no se tiene certeza si la medición posttest es derivada de la intervención o no.

Ejemplo:

Los participantes son asignados al azar a cada uno de los grupos. No hay medición previa al programa de intervención (X) para reducir los niveles de ansiedad, mientras que el grupo control no recibe ningún tratamiento. Una vez terminado el programa de intervención, se realiza la medición en busca de diferencias entre ambos grupos. La nomenclatura de grupo control posttest sería:

R G E: X O

R G C: -- O

Grupo Solomon

Contempla los dos diseños anteriores. Al igual que en ellos, los participantes son asignados aleatoriamente a cada uno de los cuatro grupos; dos grupos son expuestos a la condición experimental, de los cuales uno es medido antes del tratamiento, pero ambos se miden después del tratamiento. Los dos grupos restantes no reciben la condición experimental: uno tiene dos mediciones y el otro solo una.

Ejemplo:

Este diseño contempla los dos diseños anteriores en donde el grupo A (GA) y el grupo C (GC) participan en el programa de intervención para reducir el nivel de ansiedad. El programa se aplica en las mismas condiciones para ambos grupos. Por tanto, la nomenclatura de grupo Solomon es:

R GA: O₁ X O₂

R GB: O₁ -- O₂

R GC: X O

R GD: -- O

Diseños de series cronológicas

Considera las características del diseño pretest-postest, además, realiza diversas mediciones antes y después de la intervención, partiendo del supuesto de que el efecto de la intervención, variable independiente, sobre la dependiente puede tardar en presentarse o modificarse a través del tiempo.

Ejemplo:

Los participantes son asignados al azar en cada uno de los grupos. Se hace una medición de las habilidades sociales a cada uno. El grupo experimental participa en taller para mejorar sus habilidades y, al término de este, se hace una segunda medición en ambos grupos para establecer el tiempo para realizar las mediciones de seguimiento a ambos grupos. Bajo este esquema, la nomenclatura de grupo control postest es:

$$\begin{array}{l} \text{R GE: } O_1 \text{ X } O_2 \text{ } O_3 \text{ } O_4 \text{ } O_5 \\ \text{R GC: } O_1 \text{ -- } O_2 \text{ } O_3 \text{ } O_4 \text{ } O_5 \end{array}$$

Diseños factoriales

Con estos se busca manipular y evaluar el efecto de dos o más variables independientes sobre la variable dependiente. El número de grupos se determina por el total de las combinaciones posibles que se den entre todos los niveles de la variable independiente y dependiente. Los participantes son asignados aleatoriamente a los grupos.

Ejemplo:

Se busca evaluar la efectividad de dos programas de intervención para reducir la ansiedad; el primero, centrado en técnicas de exposición y el segundo, enfocado a técnicas de relajación; además, se observa si hay diferencia cuando el programa es aplicado *online* y de manera presencial. Para este ejemplo se requieren cuatro grupos,

ya que tiene dos variables independientes con dos valores cada una, de estos resultan cuatro combinaciones. Para todos los grupos se realiza una medición antes y después de la intervención. La nomenclatura de diseños factoriales para este ejemplo es:

R GA: $O_1 X_1 O_2$

R GB: $O_1 X_2 O_2$

R GC: $O_1 X_3 O_2$

R GD: $O_1 X_4 O_2$

Cuasiexperimentales

Se llevan a cabo con un solo grupo o con un grupo de comparación equivalente, por lo que se tiene poco control en las variables extrañas. Los participantes, por lo general, no están asignados al azar, por tanto, una opción es trabajar con grupos constituidos. Son de los más utilizados por ser de menor costo, así como por su facilidad al implementarlos. Se realiza una medición antes y después de la intervención.

Ejemplo:

Al evaluar los efectos del programa de intervención para reducir el estrés de los participantes, se considera como referencia la medición antes de la intervención comparada con la medición posterior. No se requiere un grupo control. La nomenclatura de diseño de un grupo pretest-postest es:

G: $O_1 X O_2$

Diseños de comparación de grupos no equivalentes

Al no haber asignación al azar se asume la no equivalencia entre ellos, únicamente se asigna al azar quien pertenece al grupo control y experimental. En ambos grupos se hace una medición antes y después de la intervención.

Ejemplo:

En este diseño se cuenta con un grupo control, el cual no recibe tratamiento, se hace la comparación entre grupos antes y después de la intervención. A continuación, se presenta la nomenclatura de grupos no equivalentes:

$$\begin{aligned} \text{G A: } & O_1 \text{ X } O_2 \\ \text{G B: } & O_1 \text{ --- } O_2 \end{aligned}$$

Diseños con series en tiempo

Se toman diversas medidas a través del tiempo del mismo grupo; asimismo, existen diferentes variantes las cuales se abordan en el capítulo 13 de esta misma obra. La nomenclatura para este tipo de diseños es:

$$\begin{aligned} \text{GE: } & O_1 O_2 O_3 O_4 \text{ X } O_5 O_6 O_7 O_8 \\ \text{GC: } & O_1 O_2 O_3 O_4 \text{ -- } O_5 O_6 O_7 O_8 \end{aligned}$$

Preexperimentales

Puede ser de un solo grupo o dos, no necesariamente similares, por lo que cuenta con un grado de control mínimo; tampoco es necesaria la asignación al azar de los participantes como en los diseños experimentales.

Caso único

El grupo o participante es expuesto a la intervención y, una vez finalizada, se realiza la medición.

Ejemplo:

Un grupo escolar participa en un taller para reducir conductas agresivas dentro del aula, por lo que se realiza una medición al término de la intervención. No se cuenta con información previa para

atribuir los resultados a la intervención, por lo que no es recomendable usarlo. La nomenclatura para un diseño de caso único es:

GE: X O

Diseños con un grupo y medición pretest y postest

En estos diseños se realiza una medición antes de la intervención (pretest) y, al terminar la intervención, se realiza una segunda medición (postest). Cabe destacar que no se cuenta con grupo control.

Ejemplo:

A diferencia del ejemplo anterior, en este diseño se hace una medición previa al tratamiento, lo que permite contar con información para evaluar los efectos del programa de intervención para reducir las conductas agresivas en el grupo escolar. En este caso, la nomenclatura de un grupo con medición pretest y postest sería:

GE: O₁ X O₂

Diseños de comparación con grupos estáticos

Se cuenta con dos grupos, al azar se designará uno para implementar la intervención y el otro fungirá como grupo control, ambos grupos tendrán una evaluación pretest y postest.

Ejemplo:

En dos grupos escolares de primaria (6-A y 6-B) se hace una evaluación de nivel de ansiedad; al azar, uno de los grupos participa en un taller para el manejo de la ansiedad. Una vez terminada la intervención, se evalúa nuevamente el nivel de ansiedad. La diferencia con los diseños experimentales y cuasiexperimentales es que, en este caso, no hay asignación al azar de los participantes, ya que se trabaja con grupos conformados y que se asume son equivalentes. La nomenclatura de comparación de grupos estáticos es:

GE: O₁ X O₂

GC: O₁ -- O₂

A lo largo de este apartado se presentaron los alcances y objetivos, así como las características de los diseños experimentales. A continuación, se describen algunos errores metodológicos a los que los investigadores se pueden enfrentar.

Errores metodológicos en los diseños experimentales

De acuerdo con Bellack y Hersen (1989), los errores metodológicos en los diseños experimentales se dividen en dos tipos; el primero de ellos se refiere a las *fuentes de error*, y se distinguen cuatro:

- a) *Asignación de los sujetos al azar*, principalmente cuando se usa población clínica, lo que representa una amenaza a la validez externa.
- b) *Sesgos al implementarse la investigación*, que pueden ser por las características del experimentador o porque los participantes responden según la deseabilidad social.
- c) *Variables no definidas adecuadamente*, de manera conceptual ni operacionalmente
- d) *Confiabilidad y validez de los datos demográficos*, sobre todo en la investigación epidemiológica.

Otras dificultades que pueden presentarse se relacionan con los posibles efectos producidos por variables como la medicación, gravedad clínica, tratamiento psicopatológico y hospitalización.

El segundo tipo de error contempla la *generalización de datos*. En cuanto al control de las variables, si bien la investigación experimental posee validez interna, puede presentar problemas de validez externa al querer generalizar los resultados en una población clínica o en un contexto real.

Kazdin (2001) distingue un tercer rubro en donde se consideran los errores tácticos, que se refieren a la tendencia a dar una respuesta desviada especificada. Estos errores se producen porque

al participante se le proporcionan pocas alternativas de respuesta o por la producción de hechos infrecuentes, es decir, cuando se investigan tendencias a emitir respuestas desviadas previamente especificadas no suelen controlarse las fluctuaciones temporales de ocurrencia de tales hechos, lo que puede llevar al investigador a no detectar tales conductas no porque no se produzcan, sino porque los datos no han sido tomados de forma adecuada.

Además, se debe considerar que no se pueden manipular o controlar las variables extrañas y que la significancia estadística depende del tamaño de la muestra, por lo que entre mayor sea la muestra mayor será la significancia estadística mostrada.

Conclusiones

Cuando se habla de investigación en psicología clínica, por lo regular, se presenta una falta de concordancia con la práctica que se realiza dentro del consultorio; sin embargo, estos dos procesos son complementarios, por lo que la investigación puede contribuir a la generación de conocimiento para entender fenómenos complejos y, al mismo tiempo, para diseñar intervenciones eficaces.

Este proceso de investigación, como ya se mencionó, requiere de toda una sistematización y de un aproximamiento al fenómeno en función de los objetivos planteados. En la revisión de la literatura se pueden observar diversas clasificaciones sobre los tipos de investigación que se pueden realizar. En el presente capítulo, estas se dividieron en tres grandes bloques: revisiones teóricas, estudios descriptivos y epidemiológicos, y diseños experimentales.

Esta clasificación responde al proceso que, en diversas ocasiones, siguen los investigadores. Primero, se hace una revisión sistemática y un metaanálisis (estado del arte) sobre el tema; después, se evalúa a un grupo de personas para identificar cómo se encuentran (investigación descriptiva y epidemiológica), y tercero, con base

en dicha evaluación, se diseñan los programas de intervención pertinentes y se evalúan sus resultados (investigación experimental). Cabe señalar que este proceso no es lineal, sino más bien circular, ya que en todo momento se revisa y consulta el estado del arte, durante la intervención y la evaluación.

Como en todo proceso de investigación, se requiere tomar en cuenta que cada tipo de investigación cuenta con fortalezas y debilidades que pueden afectar la validez tanto interna como externa. Lo anterior es fundamental, ya que cuando el investigador tiene claridad sobre el alcance de su investigación también puede reconocer sus limitaciones metodológicas; por tanto, será más probable que sus conclusiones contribuyan al desarrollo de nuevas líneas de investigación que promuevan acciones futuras.

Resumen

1. La investigación científica se caracteriza por seis aspectos: control, sistematización, empírica, es amoral, crítica y prueba hipótesis y teorías.
2. El proceso de investigación comienza con la observación de un fenómeno; después, se plantea una pregunta a resolver, enseguida se propone una hipótesis, se diseña un experimento para ponerla a prueba, se recolectan y analizan los datos obtenidos y se aportan conclusiones.
3. Existen tres tipos de revisiones teóricas: narrativa, revisión sistemática y metaanálisis.
4. La revisión sistemática es una investigación secundaria que compila resultados de estudios primarios que se encuentran publicados en diversas fuentes de información.
5. El metaanálisis difiere de la revisión sistemática porque emplea un análisis estadístico para calcular las medidas del efecto encontrado en cada intervención.

6. La metodología PRISMA permite realizar las revisiones y los metaanálisis de forma sistemática.
7. Los estudios descriptivos permiten cuantificar o medir el grado en que se encuentra un rasgo, variable, característica de un modo confiable en una población o muestra específica.
8. Los estudios epidemiológicos se centran en conocer la prevalencia e incidencia de un trastorno psicológico en particular de una población.
9. Los estudios correlacionales buscan cuantificar el grado de asociación entre dos variables y no pueden identificar causalidad entre dichas variables.
10. Los estudios experimentales buscan comprobar los efectos de una intervención, donde se controla la variable independiente, la cual impactará en la variable dependiente. Se caracterizan por tener grupo control y grupo experimental, y una asignación aleatoria de los participantes, así como mayor control de variables extrañas.
11. Los cuasiexperimentales se pueden llevar a cabo con un solo grupo o con un grupo de comparación equivalente, se puede tener un poco de control en las variables extrañas, los participantes pueden ser o no asignados al azar o se puede trabajar con grupos constituidos.
12. Los estudios preexperimentales se implementan en un solo grupo o dos, cuentan con un grado de control mínimo, y no es necesaria la asignación al azar de los participantes como en los diseños experimentales.

Referencias

- Barker, C., Pistrang, N., & Elliot, R. (2002). *Research methods in Clinical Psychology. An introduction for students and practitioners* (2nd ed.). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/0470013435>
- Bellack, A. y Hersen, M. (1989). *Métodos de investigación en psicología clínica*. Desclée De Brouwer.
- Briones, G. (1982). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. Trillas.

- Campbell, D. y Stanley, J. (1978). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Amorrortu.
- Caruso, J. (2020). Violencia intrafamiliar y de género. Estudio de Revisión Sistemática: Intervención sobre los varones implicados. *Calidad de Vida y Salud*, 13(especial), 53-82. <http://revistacdv.s.uflor.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/263>
- Figueroa, K. (2020). Tratamientos psicológicos para mejorar la vida sexual en mujeres supervivientes de cáncer ginecológico: revisión sistemática. *Psicooncología*, 17(2), 293-309. <https://doi.org/10.5209/psic.71361>
- García, B., Márquez, L. y Ávila, J. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales: un enfoque de enseñanza basado en proyectos*. Manual Moderno.
- González-Burboa, A., Acevedo Cossio, C., Vera-Calzaretta, A., Villaseca-Silva, P., Müller-Ortiz, H., Páez Rovira, D., Pedreros Rosales, C., Mealberquilla, A., & Otero, A. (2019). Psychological interventions for patients with type 2 diabetes mellitus. A systematic review and meta-analysis. *Revista Médica de Chile*, 147(11), 1423-1436. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019001101423>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw Hill.
- Hutton, B., Salanti, G., Caldwell, D. M., Chaimani, A., Schmid, C. H., Cameron, C., Ioannidis, J. P., Straus, S., Thorlund, K., Jansen, J. P., Mulrow, C., Catalá-López, F., Gøtzsche, P. C., Dickersin, K., Boutron, I., Altman, D. G., & Moher, D. (2015). The PRISMA extension statement for reporting of systematic reviews incorporating network meta-analyses of health care interventions: checklist and explanations. *Annals of Internal Medicine*, 162(11), 777-784. <https://doi.org/10.7326/m14-2385>
- Jhangiani, R., Chiang, I., Cuttler, C., & Leighton, D. (2020). *Research methods in psychology* (4th ed.). Psychology Press. <http://doi.org/10.17605/OSF.IO/HF7DQ>
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* (3ª ed.). Prentice Hall.
- Kelly, S. E., Moher, D., & Clifford, T. J. (2016). Quality of conduct and reporting in rapid reviews: an exploration of compliance with PRISMA and AMSTAR guidelines. *Systematic Reviews*, 5(79), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0258-9>
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales* (4a ed.). McGraw Hill.
- Machimbarena, J. M., González-Cabrera, J. y Garaigordobil, M. (2019). Variables familiares relacionadas con el bullying y el cyberbullying: una revisión sistemática. *Pensamiento Psicológico*, 17(2), 37-56. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612019000200037
- Manterola, C., Astudillo, P., Arias, E. y Claros, N. (2013). Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas. *Cirugía Española*, 91(3), 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.07.009>
- Maticic, K., Krnic, M., & Puljak, L. (2019). Assessment of reporting quality of abstracts of systematic reviews with meta-analysis using PRISMA-A and discordance in assessments between raters without prior experience. *BMC Medical Research Methodology*, 19(32). <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0675-2>
- Molero, M., Pérez Fuentes, M., Soriano, J. G., Oropesa, N. F., Simón, M., Sisto, M. y Gázquez, J. J. (2020). Factores psicológicos en situaciones de cuarentena: una revisión sistemática. *European Journal of Health Research*, 6(1), 109-120. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i1.206>
- Montero, I. y León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 115-127. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33701007>
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-256.pdf
- Ojeda-Torres, D., González-González, C., Cambero-González, E. G., Madrigal-De-León, E. A., González-Méndez, J. G. y Calderón-Rivera, D. (2019). Prevalencia de los Trastornos Mentales y la infraestructura en Salud Mental en el Estado de Jalisco. *Salud Jalisco*, 6(especial), 6-15. https://ssj.jalisco.gob.mx/sites/ssj.jalisco.gob.mx/files/revista_saludjalisco_no_especial_2019.pdf
- Page, M. J., & Moher, D. (2017). Evaluations of the uptake and impact of the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Statement and extensions: a scoping review. *Systematic Reviews*, 6, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0663-8>

- Reséndiz, E., Bustos, M., Mujica, R., Soto, I., Cañas, V., Fleiz, C., Gutiérrez, M. de L., Amador, N., Medina-Mora, M. E., & Villatoro, J. (2018). National trends in alcohol consumption in Mexico: Results of the national survey on drug, alcohol and tobacco consumption 2016-2017. *Salud Mental, 41*(1), 7-16. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.003>
- Rubio-Aparicio, M., Sánchez-Meca, J., Marín-Martínez, F. y López-López, J. A. (2018). Recomendaciones para el reporte de revisiones sistemáticas y meta-análisis. *Anales de Psicología, 34*(2), 412-420. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.320131>
- Salvo, D. (2020). Activación de Recursos en Psicoterapia. ¿Cómo se ha estudiado y qué sabemos? Una revisión sistemática. *CES Psicología, 13*(3), 33-50. <https://revistas.ces.edu.co:443/index.php/psicologia/article/view/5319>
- Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. Manual Moderno.
- Sánchez-Medina, R., Rosales-Piña, C. R. y Losada, A. V. (2021). Aceptabilidad y viabilidad de intervenciones mediadas por tecnología en la prevención del VIH: una revisión sistemática. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara, 6*(231), 1-21. <https://doi.org/10.32351/rca.v6.231>
- Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M. (2018). Instrumentos de evaluación en inteligencia emocional: una revisión sistemática cuantitativa. *Perspectiva Educativa, 57*(2), 27-50. <https://dx.doi.org/10.4151/07189729-vol.57-iss.2-art.712>
- Urrúti, G. y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica, 135*(11), 507-511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Villasís-Keever, M., Rendón-Macías, M., García, H., Miranda-Navales, M. y Escamilla-Núñez, A. (2020). La revisión sistemática y el metaanálisis como herramientas de apoyo para la clínica y la investigación. *Revista Alergia México, 67*(1), 62-72. <https://doi.org/https://doi.org/10.29262/ram.v67i1.733>

Investigación centrada en la terapia

Consuelo Rubi Rosales Piña
Ricardo Sánchez Medina
Sandra Ivonne Muñoz Maldonado

Introducción

Como se ha mostrado a lo largo de esta obra, la terapia cognitivo conductual se emplea en diversas problemáticas, ya sea en individuos, parejas, familias o grupos, con el fin de identificar, reducir o eliminar pensamientos negativos y reemplazarlos con adaptativos para coadyuvar en el establecimiento de comportamientos más favorables para la persona. De ahí que surjan preguntas como: ¿qué es lo que hace que una psicoterapia sea eficaz y efectiva?, es decir, que al aplicar un determinado tratamiento se obtengan resultados favorables, lo cual determina si la intervención está cumpliendo su propósito y cuál el alcance o grado en los cambios que se generaron a partir de la intervención (Echeburúa *et al.*, 2010).

Para dar respuesta a esta pregunta¹ se debe tener en cuenta que la teoría y la práctica de la psicoterapia implica otros elementos que van más allá de la aplicación de un tratamiento; por lo que es importante valorar la percepción de quien la recibe y de quienes las conceptualizan. Es precisamente esa percepción conjunta lo

¹ Pueden considerarse los elementos que se contemplan en el capítulo 13, sobre la evaluación de la intervención, y en el capítulo 14, sobre el proceso de investigación.

que hace de la intervención un constructo especial para investigar (Angus & McLeod 2004; Fromer & Rennie, 2001; Quiñones, 2013; Renie, 2004).

En palabras de Campagne (2014), la psicoterapia no es un arte al azar, ya que se encuentran involucradas una serie de variables que influyen en el proceso terapéutico y, por tanto, en el resultado final. Estas variables han sido investigadas en los últimos años con el fin de optimar los recursos de los pacientes, del terapeuta y del contexto para obtener mejores resultados.

Hubble *et al.* (1999), en un primer acercamiento para evaluar la eficacia de la psicoterapia, manifiestan que la efectividad no radica exclusivamente en el enfoque terapéutico (teorías, técnicas, entre otros), sino también en los factores comunes de la psicoterapia.

Con base en lo anterior, el presente capítulo expone las principales variables involucradas en el proceso terapéutico, las cuales han cobrado relevancia dentro de las investigaciones más recientes. Para ello, se han aceptado tres grandes categorías generales que, de acuerdo con Pérez (1981), son: a) las referidas al terapeuta, b) al paciente y, c) al contexto terapéutico. Cada categoría puede albergar un sinnúmero de variables que son analizadas de forma diferente; todas se influyen mutuamente y el resultado observado, al final de la psicoterapia, es una intrincada red de combinaciones de efectos, lo cual hace ardua la tarea de aislar apropiadamente dichas variables. En cualquier caso, el aislamiento en cuestión no dejaría de ser un artificio, ya que ninguna variable psicoterapéutica opera en el vacío, ni es un factor único.

A continuación, se analizan las variables del terapeuta; después, se exponen las variables referidas al paciente y, por último, se retoman las variables vinculadas al contexto terapéutico, para cerrar con los hallazgos en el campo de la investigación de psicoterapia.

Variables referidas al terapeuta

Hacen referencia a la personalidad, orientación clínica, experiencia, edad, sexo, posición económica y formación del terapeuta (Prout & DeBerard, 2017; Wampold *et al.*, 2017). Si bien diversas investigaciones intentan dar claridad al respecto, las conclusiones a las que han llegado son contradictorias o vagas, por lo que es importante ver todo en su conjunto, puesto que cada variable es considerablemente compleja, y saber cómo influye el papel del terapeuta es crucial para el proceso terapéutico.

Según Roussos (2001), terapeuta y usuario interactúan de forma única y diversa en función de las características propias de cada uno, lo que complica identificar las variables involucradas en el proceso terapéutico.

Para fines del presente capítulo, se retoma la clasificación propuesta por Winkler *et al.* (1989) y utilizada por Casari *et al.* (2017), Sales (2009), Santibáñez-Fernández *et al.* (2008) y Jiménez (2004) que contemplan la actitud, habilidades, personalidad, bienestar emocional y nivel de experiencia del terapeuta como elementos clave dentro del proceso terapéutico. Por ello, se presentan a continuación.

Actitud

Considerada como la base y facilitadora del cambio, la actitud se relaciona con el respeto, comprensión y aceptación hacia el paciente, así como con la calidez y motivación para la ayuda. Implica estar conscientes de no juzgar ni criticar, por el contrario, conlleva crear un ambiente positivo. Autores como Quiñones *et al.* (2012) encontraron que la actitud del terapeuta favorece el cambio en el paciente durante el proceso terapéutico.

En contraposición, la falta de capacidad de escucha, de comprensión y la presencia de una relación fría y distante por parte del

terapeuta se consideran barreras del proceso. En el trabajo realizado por Sarason y Sarason (2006) se revela que el abandono de los pacientes se debe, en gran medida, a la percepción de actitudes negativas del terapeuta, al no sentirse escuchados o comprendidos y percibir rechazo por parte del terapeuta. Además, pueden llegar a creer que la terapia no es beneficiosa al no tener resultados en los tiempos que ellos esperan. Lo anterior coincide con los resultados de Corebella y Botella (2004) donde resaltan que la actitud del terapeuta puede ser un indicador clave para que los usuarios continúen o no con la terapia.

Por su parte, Casari *et al.* (2017) señalan que cuando el terapeuta tiene gran compromiso en la terapia o tratamiento, habrá más correspondencia entre el paciente y él, lo cual permitirá la alianza terapéutica. Por tanto, es idóneo que el terapeuta alcance cierto equilibrio entre conducirse de acuerdo con su rol y, al mismo tiempo, actuar expresiva y espontáneamente.

Habilidades

En palabras de Casari *et al.* (2017), las habilidades corresponden en gran medida a la capacidad de escuchar, entender, reflejar, guiar, confrontar, aclarar, interpretar, informar y resumir, explicar, retroalimentar y ejemplificar. En el ejercicio profesional clínico, independientemente de la postura teórica desde la que aborde la práctica profesional, el terapeuta debe desarrollar y mostrar interés por el otro, así como autoconocimiento, ética, compromiso, empatía, comunicación y manejo de información y de dificultades.

Personalidad

Del Castillo (2012) reporta en su investigación que, para obtener resultados positivos en el proceso terapéutico, se requiere que el terapeuta cuente con atributos mínimos, entre ellos: ser una persona

ecuánime, centrada, prudente, congruente en su pensar y hacer, además de tener un alto nivel de autoconocimiento. Si bien son varios los elementos involucrados, los que se han estudiado con mayor detenimiento son: la forma en que el terapeuta responde a las demandas del paciente y las estructuras cognoscitivas que comparten con el usuario (Hubble *et al.*, 1999; Corebella y Botella, 2004).

Estas características interactúan de forma única en cada terapeuta y cada usuario, por tanto, ha generado resultados diversos, lo que implica no poder generalizar los hallazgos. Tal es el caso de Hall y Malony (1983), quienes en su estudio mostraron que cuando usuario y terapeuta comparten elementos culturales y este último cuenta con un alto nivel de competencia en la terapia, se obtienen resultados satisfactorios; no obstante, también se lograban estos resultados aun cuando el terapeuta no poseía gran pericia, pero los usuarios eran de diferente cultura.

Experiencia

Es una de las variables más investigadas en este rubro, se cree que, a mayor experiencia y edad, los terapeutas actúan con mayor empatía y tienen mejor manejo de situaciones difíciles; sin embargo, diversos estudios revelan que, al comparar los resultados obtenidos entre terapeutas con experiencia y aquellos con menos práctica, no existen diferencias en relación con la efectividad de la terapia (Roussos, 2001), lo que ha dejado en evidencia que factores como el compromiso y la comprensión son cruciales en la psicoterapia, independientemente de la formación y la experiencia.

Casari *et al.* (2017) señalan que la empatía, la sensibilidad, el respeto, así como la responsabilidad permiten a los terapeutas con menor entrenamiento generar confianza en los usuarios. En concordancia con esta idea, Santibáñez-Fernández *et al.* (2008) postulan que “más que en el entrenamiento o en la experiencia, parece que

las diferencias en las cualidades personales hacen más útiles a algunos terapeutas” (p. 92).

Bienestar emocional

Castro-Solano (2001) bosqueja que los terapeutas que se encuentran tranquilos, que se sienten bien, que reflexionan y que son conscientes de sus limitaciones personales y de la responsabilidad emocional que tienen con sus pacientes, son más sensibles y empáticos, permitiendo así una mejor respuesta terapéutica ante las demandas del usuario.

Bajo esa misma línea, Jiménez (2004) considera que el bienestar emocional del terapeuta se traduce en mayor empatía y, por ende, en éxito del proceso terapéutico. Por ello, hace hincapié en que un terapeuta desequilibrado, puede ser un obstáculo para dicho proceso.

En palabras de Campagne (2014), el entrenamiento y la formación son importantes, pero no se debe perder de vista que la psicoterapia es un proceso que mejora con la práctica, y es justamente la habilidad del terapeuta para establecer una relación con el paciente la clave para el éxito de la terapia. En ese sentido, algunos autores consideran que las variables que diferencian a los terapeutas que reportan logros en el proceso terapéutico de los que no son la comunicación y la confianza, que permiten desarrollar una alianza terapéutica con los usuarios (Jiménez, 2004; Santibáñez-Fernández *et al.*, 2008).

Fernández-Álvarez (2008) propone evaluar el estilo personal del terapeuta (EPT) puesto que está presente a lo largo del proceso terapéutico. Este refiere a las habilidades, rasgos y actitudes del terapeuta en la práctica profesional, y debe ser considerado de forma multidimensional. Bajo esta contextualización, los mismos autores realizaron un cuestionario (EPT-C), el cual se ha utilizado en diferentes líneas de investigación en las que se considera el EPT

con variables como actitud terapéutica, alianza terapéutica, personalidad (Casari *et al.*, 2017; Jiménez, 2004; Sales, 2009; Santibáñez-Fernández *et al.*, 2008), en las que se contemplan las funciones siguientes por parte del terapeuta.

- a) *Función instruccional*: está conformada por las acciones que el terapeuta realiza durante el proceso terapéutico con el fin de regular su desarrollo; establece las condiciones, reglas, pautas y normas que se llevarán a cabo durante las sesiones o en la prescripción de las tareas.
- b) *Función expresiva*: relacionada con la habilidad de comunicación al comprender los sentimientos y emociones del usuario, facilitando el proceso terapéutico.
- c) *Función de involucración*: contempla el comportamiento y la actitud del terapeuta relacionado con el compromiso que asume en el ejercicio de su práctica profesional.
- d) *Función atencional*: consiste en la implementación de estrategias para obtener información que permita que el proceso terapéutico sea eficaz para el usuario.
- e) *Función operativa*: considera el grado de dominio y el momento en que se emplean las intervenciones durante el proceso terapéutico.

Para García y Fernández-Álvarez (2007), el EPT es una variable moderadora de los procesos que inciden en los resultados de las actividades terapéuticas, de acuerdo al tipo de paciente, la patología y el contexto de aplicación específico. Por tanto, el terapeuta debe relacionarse con una empatía adecuada. Si bien la consideración positiva incondicional ha sido un punto de discordancia entre algunos autores, el resto de las condiciones postuladas han sido aceptadas y ampliadas por diversos investigadores y teóricos en el concepto conocido como alianza terapéutica, el cual se abordará más adelante como parte de las variables del contexto terapéutico.

Variables referidas al paciente

Al igual que en el apartado anterior, las variables referidas al paciente tienen diferentes aproximaciones en función de la perspectiva teórica. En este sentido, se retoma la propuesta de Winkler *et al.* (1989), quienes las consideran como variables que se encuentran en cada usuario antes de acudir a terapia y tienen un gran impacto en la relación terapéutica, por lo que poseen un valor especial al ser predictores de los resultados del proceso terapéutico (Jiménez, 2004).

Aunado a ello, Krause Jacob (1992) ha reconocido cinco condiciones presentes en los pacientes están antes de acudir a terapia, pero que son cruciales para que se logre el cambio, estas son:

- Conocer sus propios límites
- Aceptar la necesidad de ayuda
- Cuestionar su realidad
- Apertura a la reconceptualización de los problemas y síntomas en objetivos dentro del proceso terapéutico
- Expectativas referentes a su papel como usuario, que espera del terapeuta y de la relación en el espacio terapéutico.

Dichas condiciones han sido poco estudiadas, contrario a las distintas investigaciones realizadas sobre las variables demográficas, diagnóstico clínico, expectativas y disposición personal (Winkler *et al.*, 1989) que se presentan a continuación.

Variables demográficas

En general, las investigaciones consideran: género, edad y nivel socioeconómico y educativo, aunque no han encontrado relación estadísticamente significativa entre el género y la eficacia de la psicoterapia; sin embargo, se cree conveniente que, en casos particulares como violencia o abuso sexual, sí es necesario considerar el género del terapeuta (Fromer *et al.*, 2001).

En cuanto a la edad, Santibáñez-Fernández *et al.* (2008) señalan que no existe evidencia empírica que respalde la hipótesis de que puede haber mayor aceptación en los jóvenes al ser flexibles y estar en un momento donde cuestionan sus creencias y las de la sociedad, a pesar de ser una idea extendida.

En lo que respecta al nivel socioeconómico y educativo, se ha encontrado que, a mayor nivel educativo y socioeconómico, más probable será la constancia en el tratamiento (Cazolino y Sprokay, 2005). Banks (1972, en Trull y Phares, 2003) menciona que las actitudes hacia el proceso terapéutico suelen ser positivas cuando el nivel educativo del usuario es superior, lo cual ha generado polémica. Por su parte, Corebella *et al.* (2004) sugieren que cuando terapeuta y usuario comparten rasgos culturales se facilita la comunicación y la empatía.

Diagnóstico clínico

De acuerdo con Labrador *et al.* (2000), el diagnóstico clínico puede ser amplio; sin embargo, como mínimo debe cumplir con tres aspectos fundamentales:

- 1) *Características de personalidad y estilo de funcionamiento.* En esencia, se refiere a aspectos intelectuales, emocionales y cognitivos que permiten al usuario la toma de decisiones y resistencia en su vida diaria, así como durante el proceso terapéutico. Sus creencias, flexibilidad, nivel de ansiedad y sentimiento de bienestar pueden ser un indicador del tipo de terapia que le sería más beneficiosa.
- 2) *Tipo de perturbación.* Los clientes con perturbaciones conductuales o afectivas menos graves suelen tener una recuperación más evidente, que aquellos con perturbaciones más graves, como la esquizofrenia, paranoia o trastorno de personalidad limítrofe.

- 3) *Complejidad de los síntomas.* Los pacientes que presentan un solo síntoma manifiestan mejoría a intervenciones cognitivo-conductuales.

Creencias y expectativas

Las creencias y expectativas acerca del tratamiento relacionadas a las técnicas, duración, así como de la figura o persona del terapeuta pueden influir en el tiempo de la terapia y en un posible abandono (Fromer *et al.*, 2001). Un gran número de deserciones se dan en las primeras cinco sesiones, lo que lleva a pensar a los investigadores que cuando los consultantes suponen que el proceso terapéutico rebasa sus expectativas respecto al tiempo, lo abandonan. Por esta razón, investigadores como Angus y McLeod (2004) consideran que es fundamental aclarar dudas y creencias al inicio del proceso terapéutico, ya que los usuarios que suelen percibir una mala información y tener expectativas erróneas respecto al proceso y objetivos de la psicoterapia, independientemente de su condición socioeconómica o educativa, es más probable que la abandonen.

Disposición personal

Feixas y Botella (2004) encontraron que los clientes con actitud negativa hacia el proceso terapéutico y que se manifiestan rígidos a los esfuerzos del terapeuta para desarrollar la alianza terapéutica, lograrán resultados poco efectivos; por el contrario, la disposición positiva favorece resultados exitosos. Además, se debe considerar la motivación, expectativas y necesidades del cliente como variables esenciales en el compromiso hacia la psicoterapia.

Teniendo en cuenta que la terapia es un proceso intencional, Sarason *et al.* (2006) han evidenciado que cuando a los pacientes se les impone el tratamiento difícilmente se benefician del mismo, o bien, lo abandonan. Por ello, es necesario complementar la

diversidad de emociones que aquejan a los pacientes que consultan a un terapeuta, pero todas ellas se enmarcan en lo que él denomina desmoralización, condición que todos los tipos de psicoterapia pretenden aliviar.

Cualquiera que sea el foco principal de la terapia deberá afectar los cuatro componentes, relacionados con las variables demográficas, diagnóstico clínico, expectativas y disposición personal, para lograr resultados positivos. Presuponer homogeneidad en los pacientes es un grave error, por el contrario, se debe considerar (Firth *et al.*, 2020): heterogeneidad en los pacientes, diagnóstico adecuado, reacciones distintas a diferentes técnicas y apertura a la influencia terapéutica.

El lugar que ocupa el paciente en la relación terapéutica ha sido reconocido por la mayor parte de los enfoques de terapia; sin embargo, pareciera que la contribución del terapeuta ha sido sobrevalorada, ya que se concibe que el terapeuta con sus técnicas es quien ocasiona los cambios terapéuticos. Roussos (2001) se opone a tal postura y lo expresan de la siguiente manera:

La razón por la cual los diferentes enfoques de psicoterapia funcionan igualmente bien, es que cada uno brinda a los clientes la oportunidad de trabajar por medio de ellos y resolver sus problemas. Incluso, si las diferentes técnicas tuvieran efectos específicos diferentes, los clientes toman esos efectos, los individualizarían a sus propósitos específicos y los usarían (p. 67).

Esta idea revela que, si bien la interacción entre terapeuta y paciente es crucial en el tratamiento, y las percepciones del paciente sobre la relación terapéutica influyen en gran medida en el proceso, la contribución de este es más poderosa que la del terapeuta, lo cual es congruente con los hallazgos de Casari *et al.* (2017), quienes consideran que las condiciones preexistentes del consultante son las que, en definitiva, tienen mayor peso en los resultados. En síntesis, se puede decir que el consultante es el agente primario del cambio.

Variables referidas al contexto terapéutico

Es importante señalar que, para aproximarse a las variables involucradas en el proceso terapéutico, así como analizar y desarrollar el tema, se han separado las variables del terapeuta y las variables del paciente. No obstante, cabe señalar que en un contexto real esto no es viable debido a que ambas variables están involucradas directamente en el contexto terapéutico; de ahí la relevancia en la interacción que se da entre estas y su influencia en los resultados de la terapia.

Si bien existen estudios que abordan variables como la distancia, el costo, la formación e infraestructura, la variable predominante y considerada con gran peso en el proceso terapéutico es la alianza terapéutica.

Distancia

En el estudio realizado por Jiménez (2004), la distancia entre el domicilio de los pacientes y el lugar de la consulta fue señalada por ellos como un elemento que atenta contra el proceso, al incrementar el tiempo y el esfuerzo por acudir a las sesiones; es decir, si tenían que invertir poco tiempo en llegar a las sesiones, los usuarios lo percibían como un factor para no abandonarla, contrario a las personas que tenían que desplazarse de lugares más lejanos, quienes invertían más tiempo, lo que influía negativamente en el contexto terapéutico; sin embargo, la evidencia empírica al respecto no es tan determinante.

Costo y prestigio

Quiñones *et al.* (2012) encontraron que disponer de los recursos económicos para solventar el costo de la terapia y contar con el tiempo para asistir, favorecen el compromiso y el contexto terapéutico. En la misma línea, el estudio realizado por Quiñones en

2013 encontró que el factor institucional que más se interpone en la motivación de los pacientes es el método de pago, ya que los usuarios perciben mayor inversión de tiempo al tener que ir al banco para la disposición de efectivo.

En cuanto al prestigio del lugar donde reciben la atención, así como el lugar en donde se formó el terapeuta, Santibáñez-Fernández *et al.* (2008) encontraron que los terapeutas y los clientes coinciden en que esta variable favorece la alianza, ya que los clientes suponen que el servicio y la atención que recibirá será único y excepcional por parte de profesionales idóneos, esto favorece el reconocimiento, la confianza y la credibilidad en el terapeuta.

Infraestructura

No existe evidencia empírica del impacto de la infraestructura de los consultorios en el proceso terapéutico; sin embargo, Roussos (2001) menciona que los usuarios reportan sentirse cómodos cuando el lugar es adecuado, tranquilo, bien iluminado, limpio, entre otros aspectos, así como por el trato que recibieron de otras personas involucradas en la atención, como recepcionistas, personal de limpieza, otros especialistas o usuarios.

Alianza terapéutica

De acuerdo con Jiménez (2004), el significado de alianza terapéutica pone de manifiesto la participación activa del paciente y del terapeuta como parte esencial en el establecimiento y alcance de los objetivos y metas. Al respecto, Sales (2009) concluye que la participación del paciente suele ser un gran predictor de resultados positivos, en concordancia con Hubble *et al.* (1999) quienes estudiaron la influencia de la alianza terapéutica como variable predictiva, y concluyeron que entre menor sea el vínculo usuario-terapeuta, mayor será la probabilidad de deserción.

Si bien la concepción de alianza terapéutica tiene su raíz freudiana, la definición que actualmente se emplea es la de Greenson (1965), quien la considera como “la capacidad y motivación del paciente de trabajar en la resolución de su problema, fomentada por el terapeuta y la interacción entre ambos” (p. 30). Posteriormente, Castro-Solano (2001) amplió esta definición sugiriendo tres componentes de la alianza terapéutica: a) respecto a las metas, b) respecto a las tareas y c) desarrollo de un vínculo emocional entre terapeuta y cliente.

De acuerdo con Quiñones *et al.* (2012), la relación terapéutica es uno de los componentes que, en gran medida, explica los resultados en los usuarios, por lo que independientemente de la perspectiva teórica del terapeuta se debe contemplar como un predictor de la efectividad del proceso terapéutico. Los resultados de las investigaciones realizadas para estimar la relación terapéutica señalan que, sin lugar a dudas, el usuario es quien evidencia las aptitudes, actitudes, capacidades y habilidades del terapeuta, por tanto, la percepción que tiene del terapeuta impacta en la eficacia del proceso terapéutico (Del Castillo, 2012; Quiñones *et al.*, 2012; Quiñones, 2013; Santibáñez, *et al.*, 2008).

Para Sales (2009), es viable asegurar que la buena relación paciente-terapeuta mejora la eficiencia psicoterapéutica y, a su vez, una mayor eficiencia percibida por el paciente, mejora la relación terapéutica. Esta relación es uno de los pilares centrales del proceso terapéutico, por lo que se considera como una variable predictora de la efectividad del mismo (Casari *et al.*, 2017).

De acuerdo con Campagne (2014), esto se debe a que:

- Al ser una “experiencia emocional correctiva”, tiene un efecto positivo
- Se crea un ambiente que refuerza conductas más apropiadas, sin perder identidad propia o tener que someterse a otros
- Crea nuevas oportunidades de aprendizaje

- Moviliza la estructuración psíquica propia, es decir, cambia cómo se concibe a sí mismo el cliente.

No obstante, no hay evidencia suficiente para suponer una explicación clara y concluyente que demuestre el cambio terapéutico, razón por la que actualmente la relación entre terapeuta y paciente es considerada solo un elemento más que contribuye a los logros de la terapia que aporta un contexto o un ambiente positivo.

Principales hallazgos en el campo de la investigación sobre psicoterapia

De acuerdo con Hill y Corbett (1993), los primeros intentos sistemáticos para realizar investigación en el campo de la psicoterapia tienen sus inicios en el siglo xx, apoyados por grabaciones encabezadas por Earl en 1929 y Symonds en 1938. Si bien fueron los primeros en documentar las sesiones de terapia, Rogers es considerado el precursor de la investigación en psicoterapia en 1940. Las técnicas más empleadas fueron las de corte cualitativo, que no contaban con categorías específicas de análisis, lo que compromete la veracidad de la información. Durante los años 70, se buscó un equilibrio entre las exigencias metodológicas y las del contexto terapéutico para desarrollar la investigación en un contexto real, a partir de criterios, problema, perfil y formación del terapeuta, tipo de tratamiento y, con estos, establecer los elementos a considerar en futuras investigaciones que permitieran la evaluación científica de la práctica existente y exploración de nuevos campos de aplicación.

En otras palabras, el comienzo de la investigación estaba caracterizado por la justificación científica y la legitimación social. Esto cambió con la creciente diferenciación de procedimientos de tratamiento y con la progresiva inclusión de la psicoterapia en el sistema de salud (Sales, 2009). Dentro de la investigación se han

reunido esfuerzos de diferentes investigadores para conocer las variables involucradas en la efectividad y la eficacia de la psicoterapia, lo que ha grandes hallazgos entre los que destacan:

- a) *Objetivo*. Hay consenso entre diversos investigadores quienes destacan que el objetivo de la investigación en psicoterapia es saber qué es lo que hace a las intervenciones eficaces y efectivas (Castro-Solano, 2001).
- b) *Criterios*. Ante la diversidad de investigaciones sobre los diferentes enfoques de psicoterapia, se han establecido distintos criterios para considerar qué determina que una terapia sea efectiva y eficaz, por lo que se ha tenido poco acuerdo al respecto. En los últimos años, los investigadores han conciliado en algunos criterios para que los estudios se puedan realizar y contemplar el enfoque terapéutico como una condición de partida, que permite garantizar que los posibles grados de eficacia responden a diferencias entre los elementos a considerar y no en los sesgos metodológicos como el EPT (Fernández-Álvarez, 2008).
- c) *Metodología*. En cuanto a la evaluación de la metodología, se han establecido estrategias y protocolos para realizar investigación. También se contempla el análisis de técnicas complementarias y alternativas a los ensayos clínicos (Corebella *et al.*, 2004; Del Castillo, 2012). En síntesis, se busca contar con una metodología que logre describir y comprender lo complejo del proceso psicoterapéutico, así como potenciar la investigación cualitativa como herramienta en sí misma que permita el entendimiento tanto de los pacientes, sus recursos, los aspectos de los terapeutas, como de las técnicas que ayuden a lograr el cambio en el proceso terapéutico.

Estos hallazgos ilustran el campo actual de la psicoterapia, y el vínculo que se ha reestablecido entre la investigación y

la intervención terapéutica, ya que, por mucho tiempo, se han visto como áreas distintas, cuando la relación es un continuo en donde se retroalimentan mutuamente. En palabras de Sales (2009), esto implica crear condiciones que:

- Favorezcan y guíen la investigación y su implementación en contextos reales
- Cuenten con una comunicación bidireccional entre investigadores y terapeutas
- Permitan a los terapeutas participar activamente en las investigaciones
- Consideren en la evaluación de la efectividad de la terapia, la significancia clínica y no solo la estadística
- Utilicen diseños que respeten las diferentes visiones del proceso terapéutico y sus elementos.

Si bien la literatura en el campo de la psicoterapia ha demostrado su efectividad, aún falta mucho por investigar sobre los factores que están relacionados con el éxito o fracaso de esta, lo que representa un área de oportunidad para aportar nuevos datos y enseñanzas, que reabran los caminos del aprendizaje, donde parecía no haber más respuestas.

Conclusiones

La investigación concede la oportunidad de acceder y aprender nuevos conocimientos, e incentiva la curiosidad para dar respuesta a las diferentes interrogantes. Si bien la investigación es una de las actividades más importantes para la psicología, es necesario hacerla bajo parámetros científicos a través de métodos que demuestren evidencia empírica.

En psicoterapia, son diversas las respuestas, incluso contradictorias, cuando se intenta responder qué la hace efectiva y eficaz,

sin embargo, la opinión del paciente resulta ser la más relevante. Hay evidencia de que el éxito del proceso terapéutico se relaciona con la percepción y valoración de la relación por parte del paciente, más que la del terapeuta (Casari *et al.*, 2017). Esto refuerza la idea de que no es el terapeuta, la escuela, el conocimiento o su habilidad lo que determina la eficacia y efectividad de la psicoterapia. Parece ser que la empatía que percibe el paciente resulta más importante, por lo que el terapeuta requiere formarse sobre lo que le importa al cliente.

Por tanto, el paciente cobra mayor relevancia, al igual que la capacidad del terapeuta para ajustarse a sus demandas, más que la teoría o la técnica utilizada. El desajuste del terapeuta con el paciente, la falta de consideración de sus expectativas es causal de la mayor parte de las deserciones. Con base en lo anterior, se plantea, como idea primera y eje principal, que el servicio se debe adecuar y ajustar a las necesidades y preferencias del usuario (Norcross, 2009).

Se ha demostrado que alrededor del 50% de las personas que acuden a psicoterapia deserta, por tanto, lo que ocurre en las primeras sesiones es esencial para mantener al paciente. Lo anterior debe conducir al terapeuta a preguntar y buscar hasta encontrar qué le resulta cómodo y útil al cliente. Esto es lo que hace que un tratamiento tenga buenos resultados, al establecer un buen proceso de *feedback* en psicoterapia, ya que el cliente tiene la posibilidad de hablar sobre la percepción que tiene del proceso terapéutico; por lo que este concepto es determinante en la posibilidad de éxito terapéutico (Miller, 2011).

Como se ha plasmado a lo largo del capítulo, las diferentes variables involucradas en la psicoterapia influyen en el proceso y en el resultado final. Si bien algunas de estas son intuitivas, identificables y valorables en cuanto a su influencia sobre el resultado, otras no ha sido sencillo identificarlas y valorarlas. Por tanto, el terapeuta requiere de una preparación y formación en la que la investigación

en este campo será su aliado (Campagne, 2014). Aún queda mucho por descubrir, por tanto, es indispensable continuar investigando respecto a qué influye en el éxito del proceso terapéutico.

Resumen

1. Para identificar si una psicoterapia es eficaz y efectiva se pueden evaluar tres aspectos relacionados con: terapeuta, paciente y contexto terapéutico.
2. Dentro de las variables del terapeuta se han analizado la actitud, la personalidad, las habilidades, el nivel de experiencia y el bienestar emocional.
3. La actitud del terapeuta puede facilitar el cambio en el paciente, favorecer la alianza terapéutica y reducir el abandono de la terapia. Las características principales son: respeto, comprensión, calidez, capacidad de escucha y compromiso con el proceso terapéutico.
4. Las habilidades del terapeuta se refieren a las aptitudes para entender, reflejar, guiar, confrontar, aclarar, interpretar, informar, explicar y retroalimentar al paciente.
5. En relación con la personalidad, los estudios no son concluyentes, pero se busca que el terapeuta cuente con una personalidad madura, con alto nivel de autoconocimiento, un mayor control percibido de la situación y niveles altos de dominación.
6. Los resultados sobre la experiencia de los terapeutas no muestran diferencias entre quienes tienen más o menos, por lo que hace falta más investigación al respecto.
7. Se ha estipulado, a raíz de la investigación, que el nivel de bienestar emocional se relaciona con el éxito del proceso terapéutico.
8. Con respecto al paciente, existen variables que no han sido ampliamente estudiadas entre las que se encuentran la experiencia de los límites propios, la capacidad de pedir ayuda, el

- cuestionamiento de los modelos explicativos personales, las expectativas del paciente sobre su rol y el del terapeuta.
9. Las variables investigadas son las demográficas, el diagnóstico clínico, las expectativas del proceso terapéutico y la disposición personal.
 10. Al trabajar con los pacientes en un proceso terapéutico se debe considerar que los pacientes son heterogéneos, que deben contar con un diagnóstico adecuado, que tienen reacciones diferenciales a las técnicas que se emplean y se requiere apertura a la influencia terapéutica.
 11. Dentro del contexto terapéutico han sido estudiadas variables como la distancia, el costo, la infraestructura y la alianza terapéutica.
 12. Aún cuando el término alianza terapéutica tiene una raíz freudiana, los estudios han mostrado que aquellos terapeutas capaces de formar una buena alianza obtienen mejores resultados en la terapia.
 13. Las principales investigaciones sobre psicoterapia coinciden en que el objetivo de investigar de esta es identificar qué hace a las intervenciones más eficaces y efectivas.
 14. Se debe contar con una metodología que pueda dar cuenta de lo complejo del proceso terapéutico y tener criterios comunes para valorar el proceso independientemente del enfoque terapéutico.

Referencias

- Angus, L. E., & McLeod, J. (2004). *The handbook of narrative psychotherapy: Practice, theory and research*. Sage. <https://doi.org/10.4135/9781412973496>
- Campagne, D. (2014). El terapeuta no nace, se hace. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121), 75-95. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000100005>
- Casari, L., Ison, M., Albanesi, S. y Maristany, M. (2017). Funciones del estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 7-17. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/36473>
- Castro-Solano, A. (2001). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? *Revista Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 59-90. <https://doi.org/10.18682/pd.v3i0.503>

- Cazolino, L. J. y Sprokay, S. L. (2005). La necesidad evolutiva de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 16(61), 5-28.
- Corebella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Visión Net.
- Del Castillo, M. (2012, 11 de diciembre). Eficacia en psicoterapia [Ponencia presentada en la Jornada Anual Los Modos de la Red]. *Red Psicoterapéutica*.
<https://www.redpsicoterapeutica.com.ar/eficacia-en-psicoterapia/>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en evidencia: Limitaciones y retos futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 247-256.
- Feixas, G. y Botella, L. (2004). "Integración en psicoterapia: Reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista". En: H. Fernández-Álvarez y R. Opazo (Comps.), *La integración en psicoterapia. Manual práctico* (pp. 33-68). Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (2008). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Paidós.
- Firth, N., Bone, C., & Holt, R. (2020). Health psychology attendance: A multilevel analysis of patient-level predictors and therapist effects. *Health Psychology*, 39(11), 945-955. <https://doi.org/10.1037/hea0001021>
- Fromer, J., & Rennie, D. (2001). *Qualitative psychotherapy research methods and methodology*. Pabst Science Publishers.
- García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 121-128.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921793002>
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34(2), 155-179.
- Hall, G. C. N., & Malony, H. N. (1983). Cultural control in psychotherapy with minority clients. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(2), 131-142. <https://doi.org/10.1037/h0088484>
- Hill, C. E., & Corbett, M. M. (1993). A perspective on the history of process and outcome research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 3-24. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.40.1.3>
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Eds.) (1999). *The Heart and Soul of Change: What works in Therapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-000>
- Jiménez, J., (2004). *Investigación en psicoterapia: Procesos y Resultado*. CPU.
- Krause Jacob, M. (1992). Efectos subjetivos de la ayuda psicológica discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Psykhe*, 1(1), 41-52.
- Labrador, F., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Dyckinson.
- Miller, S. (2011, 3 y 4 de junio). *Trabajando con pacientes no motivados, resistentes o difíciles*. Seminario Internacional presentado en el Instituto Puentes para el cambio humano, Santiago, Chile.
- Norcross, J. C. (2009). *Evidence based practices in mental health*. American Psychological Association.
- Pérez, A. (1981). "Los componentes de la situación terapéutica". En: A. Pérez (Ed.), *Psicología clínica, problemas fundamentales* (pp. 153-192). Trillas.
- Prout, K. K. & DeBerard, M. S. (2017). Therapist-specific factors and psychotherapy outcomes of adult and youth clients seen in a psychology training clinic. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44, 681-690. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0798-x>
- Quiñones, A. (2013). *Indicadores de procesos en psicoterapia asociados al éxito* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. TDX. Tesis Doctorals en Xarxa
<https://www.tesisenred.net/handle/10803/129379>
- Quiñones, A., Melipillan, R. y Ugarte, C. (2012). Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(3), 247-254.
- Renie, D. L. (2004). Anglo-North american qualitative counselling and psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 14(1), 37-55.

- Roussos, A. (2001). *La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los psicoterapeutas: Estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos* [Tesis doctoral, Universidad de Belgrano, Argentina]. Repositorio Universidad de Belgrano. <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/765>
- Sales, C. (2009). Aspectos metodológicos de la investigación en psicoterapia. Panorama histórico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 383-403. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352009000200007>
- Santibáñez-Fernández, P., Román-Mella, M., Chenevard, C., Espinoza-García, A., Iribarra-Cáceres, D. y Müller-Vergara, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89-98.
- Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (2006). "El Reto de la intervención". En: I. G. Sarason y B. R. Sarason (Eds.), *Psicología Anormal: El Problema de la Conducta Inadaptada* (pp. 550-579). Prentice Hall.
- Trull, T. J. y Phares, E. J. (2003). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión* (6ª ed.). Thomson.
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. G., & Imel, Z. E. (2017). "What characterizes effective therapists?" In: L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 37-53). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-003>
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I. y Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Terapia Psicológica*, (11), 34-40.



Competencias profesionales, ética y perspectiva de género

 Índice general

- 16. Competencias profesionales para el ejercicio de la psicología clínica
- 17. Ética en la terapia cognitivo conductual
- 18. La perspectiva de género en la terapia psicológica

Competencias profesionales para el ejercicio de la psicología clínica

Oscar Iván Negrete Rodríguez

Introducción

Las actividades que desarrollan los profesionistas varían en función de la formación inicial con la que cuentan, así como del área en la cual se encuentran insertos. En conjunto, las actividades y funciones que desarrollan son conocidas como perfil profesional (Harrsch, 2005). En el caso particular de la psicología, la actividad profesional demanda desarrollar una serie de tareas específicas, las cuales requieren contar con un conjunto de cualidades, dentro de las cuales se encuentran una formación teórica particular, así como una serie de habilidades y competencias. Caballo (2015) puntualiza que una habilidad es una conducta o actividad, organizada y coordinada, que se encuentra relacionada con un objeto o una situación en la cual se involucran distintos procesos sensoriales y motores; de esta manera, aquello que define el control del comportamiento de un individuo es la información sensorial que percibe.

Al respecto, se han descrito diferentes características o habilidades consideradas propicias para el desarrollo de las tareas propias del psicólogo; entre ellas: habilidad para motivar y animar, formación teórica, capacidad de análisis, dominio de técnicas y

metodologías, habilidad para percibir y tratar problemas, capacidad de síntesis y habilidades de observación (Ander-Egg, 1993; Harrsch, 2005; Ribes *et al.*, 1980).

Por su parte, Reidl (2008) señala que definir el perfil del profesional de la psicología a partir de las competencias brinda la posibilidad de identificar puntualmente aquello que se le puede exigir, considerando la formación que recibió. Por lo anterior, este capítulo proporciona un panorama completo de las competencias profesionales; para ello, se describen las principales propuestas relacionadas con la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas en los profesionales de psicología dentro del campo clínico.

Dicho lo anterior, el objetivo del presente capítulo es identificar la importancia del desarrollo de competencias para el ejercicio profesional de la psicología en el ámbito clínico. Para cumplir con este objetivo, se delimita inicialmente la función del psicólogo en el ámbito clínico para después trabajar la definición de las competencias, mencionar algunos de los modelos que se han desarrollado para el estudio de estas y, finalmente, presentar las competencias que se consideran indispensables para el ejercicio de la psicología aplicada en dicho ámbito.

Función del psicólogo en el ejercicio clínico

De acuerdo con Harrsch (2005), los psicólogos clínicos orientan sus actividades hacia la evaluación e intervención en personas o grupos que presentan alguna problemática emocional o de adaptación a su entorno (social, familiar, laboral, escolar, entre otros). Cabe recordar que el psicólogo clínico también orienta su trabajo hacia la explicación, tratamiento, modificación o prevención de los problemas conductuales que le reportan sus clientes para los cuales hace uso de conocimientos y técnicas con fundamento científico (Olivares *et al.*, 2012).

Reidl (2008) señala que el psicólogo clínico, dada la función que desempeña en este ámbito, lo insta a contar con un perfil de competencias. Este autor puntualiza que dicho perfil hace referencia a aquellas competencias, subcompetencias, conocimientos, habilidades, actitudes, rasgos de la personalidad y otras características que se pueden calificar como indispensables para desarrollar una actividad o una serie de tareas profesionales.

En suma, el psicólogo clínico es el especialista con competencias en la evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico de distintas alteraciones del comportamiento, denominadas en el ámbito clínico como trastornos mentales (Echeburúa *et al.*, 2012) o desde una perspectiva cognitiva-conductual, comportamientos y cogniciones maladaptativas.

Competencias profesionales

Antes de tratar este tema, es importante puntualizar qué es una competencia. Ribes (2007, 2008, 2009) señala que el término competencia integra el comportamiento de un individuo, una situación específica, así como los criterios de ejecución (requerimientos) que dicha situación y sus características contempla, en conjunto con los resultados y consecuencias del comportamiento. De este modo, y para los fines de este capítulo, se entiende por competencia al conjunto de conductas o habilidades relacionadas funcionalmente con los distintos elementos que configuran una situación estimular (objetos, eventos o circunstancias); así como las acciones que producen un resultado o logro específico en situaciones que demandan cierta destreza para asegurar un resultado satisfactorio.

Aquí, conviene recuperar a Ribes (2007, 2008, 2009), quien considera plausible afirmar que un profesional competente es aquel cuyo comportamiento puede ser predecido, al puntualizar ciertas características que se manifestarán en una situación específica a

partir de la experiencia observada. El comportamiento se considera efectivo cuando este se ajusta a los criterios de ejecución; esto es, la competencia del psicólogo clínico se fundamenta en el desarrollo satisfactorio de sus actividades y funciones en situaciones en las que debe cumplir con su ejercicio profesional.

Desde la perspectiva de Reidl (2008), las competencias profesionales representan sistemas dinámicos que integran conocimientos, valores, habilidades y actitudes en una constante interacción con la historia y las características de los individuos. Dentro de los conocimientos, se consideran las distintas teorías e información empírica obtenida en los distintos ámbitos de aplicación de la psicología; en cuanto a las habilidades, estas aluden a la comunicación tanto oral como escrita, observación y escucha, análisis de problemas, aplicación de métodos estadístico y uso de programas de cómputo, entre otras; por último, en las actitudes se incluye la precisión, integridad, autocrítica, obligaciones, responsabilidad, respeto y tolerancia con los demás, conciencia ética y orientación al servicio. Aquí, cabe tener presente que estos aspectos se ponen de manifiesto en un contexto particular donde se integran, a su vez, a una actividad o tarea de determinada complejidad.

Sobre los conocimientos con los que debe contar el psicólogo para el buen ejercicio profesional, en particular en el ámbito clínico, Castro-Solano (2004) menciona que estos se pueden agrupar en dos categorías: de tipo declarativo y de tipo procedimental. El primero tiene una relación directa con el saber acerca de la realidad y de las características de las cosas; implica, básicamente, la descripción de los hallazgos de la disciplina. Su contraparte, el conocimiento procedimental, es aquel que se relaciona con las acciones que lleva a cabo el psicólogo que, a su vez, involucra destrezas y habilidades necesarias para resolver o atender los problemas propios de la disciplina.

Así, las competencias profesionales se desarrollan a partir de llevar a cabo de forma consistente, y en apego a una serie de criterios,

una tarea hasta lograr su dominio. Sin embargo, no todo es cuestión de mera práctica, pues, como se ha mencionado, se intersectan diversos aspectos: características individuales, complejidad de la tarea, situación en la que se debe desarrollar esta y experiencia previa en tareas similares. Por tanto, el éxito o fracaso del desarrollo de dichas competencias dependerá de cada uno de esos aspectos y de su relación interactiva el logro o fracaso que se obtenga, por así decirlo y parafraseando a Wiliam Shakespeare: “Ser o no ser competente, he ahí el dilema”. En este tenor, es posible afirmar que, como señalan García-Méndez y Vargas (2008), las competencias van más allá de la simple acumulación de conocimientos, habilidades y técnicas, es decir, su uso demanda el análisis, integración y puesta de práctica de los distintos recursos con los que cuentan los profesionales para tomar decisiones en la solución a un problema disciplinar; esto es, saber, saber hacer y saber ser.

En este sentido, Olivares *et al.* (2012) señalan que el trabajo de índole aplicado que desempeña el psicólogo clínico consiste en hacer uso de aquellos conocimientos que permitan desarrollar estrategias de solución para ponerlas en marcha para atender problemas que aquejan a individuos, grupos o instituciones. Estas estrategias tienen que promover resultados satisfactorios para todas las partes involucradas en la situación problemática en cuestión.

Competencias básicas, genéricas y específicas del psicólogo clínico

En la literatura especializada se hace mención de las competencias básicas que los profesionales de la psicología deben desarrollar, dentro de las cuales se enuncian: comunicación con los clientes, competencia de evaluación, competencia clínica, empatía con el cliente, estilo personal y rutinas (entendida como encontrar una identidad y estilo de ejecución en la práctica),

competencia personal de afrontamiento, conciencia de los límites del trabajo, conciencia ética, práctica profesional basada en la investigación y colegialidad multiprofesional (Miranda *et al.*, 2017).

En este mismo sentido, García-Méndez *et al.* (2008) proponen tres competencias con las que todo egresado de la carrera de Psicología debería contar: evaluación, diagnóstico e intervención. La primera se refiere a diagnosticar y evaluar para identificar problemas, necesidades y características para finalmente proponer intervenciones. En la segunda se realiza investigación científica tanto básica como aplicada. En la última, el egresado hace uso de la evaluación y diagnóstico para planear y proyectar intervenciones psicológicas.

Esto coincide con lo señalado por Rodríguez (2003) y Silva (2007) en relación con las principales funciones que debe cumplir el psicólogo, independientemente del ámbito de aplicación, dado que las competencias son necesarias para hacer frente a los problemas psicológicos, ya que tienen una relación funcional que se yuxtaponen entre procesos con una complejidad variada, criterios de logro o factores disposicionales de contexto específico que hacen probable tanto la adquisición de cierto tipo de competencias como su ejecución bajo una demanda particular.

A su vez, la literatura especializada marca cinco competencias básicas para el ejercicio profesional de la psicología: capacidad de organización y planificación; acceso a fuentes de información, análisis y síntesis de textos; situaciones y personajes; trabajo en equipo y resolución de problemas. Cada una ha sido definida para su estudio y se han clasificado en diferentes subcompetencias con el objetivo de ajustar de manera más fiable su análisis, por ejemplo, cuando se solicita a los participantes de un estudio que las autoevalúen (Gimeno-Santos y Gallego-Matas, 2007).

De acuerdo con Miranda *et al.* (2017), las competencias genéricas se definen como aquellas que permiten a cualquier persona desenvolverse exitosamente en la sociedad, en contextos laborales,

personales y sociales en general. Por su transversalidad, no se restringen a un campo específico del saber ni al quehacer profesional, y su desarrollo no se limita a un campo disciplinar o módulo de estudio. Estos autores recuperan lo planteado por la Comisión Europea de Educación y Cultura en 2007 y listan ocho de ellas:

- Comunicación en la lengua materna
- Comunicación en lenguas extranjeras
- Competencia matemática y competencias básicas en ciencia y tecnología
- Competencia digital
- Aprender a aprender
- Competencias sociales y cívicas
- Sentido de iniciativa y espíritu de empresa
- Conciencia y expresiones culturales.

La lista propuesta por González *et al.* (2014) contempla nueve de estas competencias, las cuales, puntualizan, representan una base común y se expresan de formas variadas en apego a los distintos perfiles de egreso que definen las universidades:

- Pensamiento crítico
- Pensamiento reflexivo
- Resolución de problemas
- Comunicación oral
- Comunicación escrita
- Comunicación interpersonal
- Trabajo en equipo
- Sentido y comportamiento ético
- Pensamiento estratégico e iniciativa.

García-Méndez *et al.* (2008), por otra parte, nombran a las competencias genéricas como transversales o clave y las definen como la capacidad del individuo para regular su aprendizaje, relaciones sociales, motivación y comunicación, entre otros aspectos. A partir de

estos planteamientos, según lo detallado por Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa (2005), se precisan como competencias específicas con las que deben contar los psicólogos las siguientes:

- Competencia interpersonal
- Diagnóstico y evaluación
- Evaluación y planeación de sistemas
- Diseño y aplicación de medidas psicológicas
- Intervención e investigación.

Estas competencias son necesarias para el ejercicio profesional en los ámbitos de aplicación de la psicología que se identifican como predominantes: laboral, educativo, clínico y de la salud. A continuación, se atienden las categorías en que se agrupan las competencias del psicólogo a partir de lo planteado por Reidl (2008).

Competencias teórico-metodológicas

A lo largo de este capítulo se ha mencionado que las competencias que deben formar parte del repertorio del psicólogo pueden ser definidas y categorizadas a partir de distintos criterios, una de estas categorías es el orden teórico; dentro de estas se encuentran las habilidades teóricas que Fernández-Ballesteros (1998) nombra conocimientos específicos de la disciplina. Estos incluyen la terminología, datos espaciotemporales, así como la capacidad para organizar, clasificar y expresar conocimientos, dominio de principios y generalizaciones. De manera sintética, se trata del dominio de teorías, principios y conceptos.

Lo anterior es clave pues, como señala Ribes (2007), un aspecto importante de toda disciplina científica es explicar los fenómenos a través de términos conceptuales y a partir de una serie de convenciones respaldadas por la comunidad científica. En el caso de la psicología, gran parte de los términos empleados fueron recuperados del lenguaje ordinario, pero, con el paso del tiempo, este se

ha especializado hasta conformar un lenguaje integrado por conceptos descriptivos y designativos.

Es así como las competencias teóricas juegan un papel medular cuando el psicólogo se enfrenta a situaciones en las que debe explicar las causas de un problema disciplinar y, con ello, aclarar las dudas que surjan por parte de los usuarios, relacionadas con la problemática observada. Esto, a su vez, sienta las bases para generar estrategias de solución que, al mismo tiempo, requiere poner en práctica competencias y técnicas ante una problemática detectada.

Es pertinente afirmar que el quehacer profesional del psicólogo determina su efectividad en cuanto a las distintas competencias con las que cuenta, las cuales se despliegan frente a un problema de índole disciplinar. Tal problema demandará la articulación secuencial de distintas competencias como las técnicas, las cuales se describen a continuación.

Competencias técnicas

Dentro de las competencias que se pueden clasificar como técnicas, Lartige y Blanco (1982) mencionan las siguientes: análisis de tareas, modelamiento conductual y juego de roles; por su parte, Díaz-Guerrero (1976), algunos años antes, señaló la semántica general, la cual clasificó como una técnica racional y eficaz con la que deben contar los profesionales de la psicología, y la define como el autocontrol lingüístico que brinda la posibilidad de entender cómo se relacionan los símbolos con la experiencia, permitiendo recibir de forma eficaz la información verbal, incluyendo: a) función proposicional, b) definiciones operantes, c) valor predictivo y d) teoría de los tipos. A su vez, señala que es importante que el psicólogo, al manifestar una idea personal o un punto de vista particular, emplee cualquiera de las siguientes frases: “para mí”, “hasta cierto punto” o “hasta donde yo sé”.

Las competencias citadas anteriormente juegan un papel preponderante para el cumplimiento eficaz y oportuno de las responsabilidades encomendadas al psicólogo, dado que determinan la manera en la que planea las acciones a llevar a cabo y aplica los distintos conocimientos adquiridos a lo largo de su formación y experiencia profesional para plantear una alternativa de intervención de un problema, o bien, brindar sus servicios profesionales a una población específica.

Como se observa, el trabajo que está bajo la responsabilidad del psicólogo, cualquiera que sea el área donde aplique sus conocimientos, se encuentra determinado por las competencias que ha logrado desarrollar y perfeccionar a lo largo de su trayectoria profesional.

Competencias contextuales

En relación con las competencias contextuales es pertinente recuperar a Ribes (2009), quien las define como función contextual, pues plantean una relación de isomorfismo, la cual conlleva que el comportamiento del psicólogo se ajuste a los cambios y estímulos presentes en su práctica profesional. De este modo, el psicólogo reproduce conductualmente alguna propiedad de las contingencias experimentadas, insertas en un escenario particular de formación o ejercicio profesional que se ajusta a las condiciones específicas de las problemáticas que requieren de su intervención, la situación en que se desarrollan y las características particulares de los individuos involucrados.

Competencias adaptativas

Dentro de estas se encuentran la capacidad creativa (Marroquín, 1980) y la comprensión. Sobre esta última, Fernández-Ballesteros (1998) señala que está conformada por la traslación, concepto que hace referencia al cambio de información. Dicha acción puede

originar que un principio se transforme en un ejemplo concreto, un texto completo en una síntesis, un esbozo en una fórmula. Esta interpretación implica, pues, que exista afinidad con las ideas planteadas por un autor, en consecuencia, que las ideas sean extrapoladas, es decir, establecer asociaciones entre la información de un texto con situaciones o eventos que encuentren fuera de este, lo que permite que dicha información tenga resonancia en diferentes contextos. A su vez, habla de habilidades de aplicación, de análisis, de síntesis y de evaluación, las cuales a partir de lo aquí planteado se pueden considerar habilidades prácticas.

Otro de los autores que ha hecho referencia a que el dominio y perfeccionamiento de las habilidades prácticas las convierten en una competencia, es Díaz-Guerrero (1976), quien considera que una habilidad fundamental del psicólogo es la de adecuar su lenguaje para que sus términos sean comprendidos por los usuarios.

En términos generales, es posible señalar que las habilidades prácticas se ponen en juego cuando el psicólogo interactúa con la población a la cual se enfoca su trabajo, o bien, cuando se enfrenta a situaciones en las cuales debe aplicar sus conocimientos teóricos y metodológicos, adaptándolos a la problemática particular. De la misma manera, es factible afirmar que las habilidades teóricas, metodológicas y prácticas, se encuentran interrelacionadas y se complementan mutuamente, y que tales habilidades no son únicamente aplicables en espacios laborales.

En este sentido, cabe señalar algunos puntos. Primero, es viable hablar de competencia comunicativa a partir de una reflexión sobre la aplicación de la psicología en el campo clínico. Segundo, es necesario romper con las restricciones que exigen las áreas de especialización. Tercero, es importante considerar la importancia del conocimiento básico. Cuarto y último, ampliar los horizontes profesionales para considerar los contextos de actividad humana, así como distintas funciones y estrategias profesionales (Molina *et al.*, 2009).

Competencias éticas

Bajo la premisa de que el quehacer profesional se encuadra dentro de un conjunto de consideraciones éticas, conviene considerar lo señalado por Bolívar (2005) y González *et al.* (2007), quienes denominan ética aplicada a las competencias a desarrollar en este sentido, la cual definen como una reflexión sistemática de las normas morales que guían el comportamiento al llevar a cabo una serie de actividades profesionales.

De acuerdo con Bolívar (2005), las competencias éticas aluden a los códigos de conducta profesional desarrollados por los distintos colegios y asociaciones profesionales, quienes detallan las funciones de servicio y función social, responsabilidades, ejercicio científico de la profesión, buenas prácticas y principios éticos. De manera sintética, refieren a los principios y valores de la ética de la profesión, sin dejar de lado la aplicación de la ética general. Bolívar plantea el concepto de “compromiso ético”, el cual deriva de la habitual presencia de la ética en los códigos deontológicos profesionales, que puede ser entendida o mal entendida en un sentido restringido; limitando solo a ciertos compromisos éticos que acotan las tareas que se realizan como parte del ejercicio profesional. Aunque lo más conveniente sería hablar de un conjunto de competencias éticas de todo profesional como persona y como ciudadano (p. 99).

Al hablar de las competencias éticas es común apoyarse en los códigos éticos de la profesión, tal es el caso de los señalamientos que hacen Roe (2003) y Belaunzaran-Mendizabal (2019), quienes puntualizan que, para definir las competencias éticas con las que debe contar el psicólogo, se requiere atender al cumplimiento de lo establecido en el Código Ético del psicólogo.

Sin embargo, Bolívar (2005) lista cuatro competencias éticas que el psicólogo debe desarrollar. Estas son:

- Sensibilidad moral (interpretar como moral la situación)

- Juicio moral (juzgar las acciones que son moralmente correctas o incorrectas)
- Motivación moral (priorizar los valores morales en relación con otros motivos personales)
- Carácter moral (ser capaz de sobreponerse a situaciones para, a pesar de condicionantes personales o situacionales, persistir en la elección de decisiones moralmente justificables).

De manera complementaria, se presenta la lista de competencias que proponen González *et al.* (2007):

- Discernimiento ético
- Recto obrar
- Responsabilidad social
- Respeto sobre la dignidad humana
- Sentido moral.

Si bien ambas propuestas difieren en número y nomenclatura, ambas son coincidentes y claras con los ejes que debe dominar el psicólogo clínico en su ejercicio profesional.

Adquisición de competencias profesionales del psicólogo clínico

Reidl (2008) señala que las competencias se adquieren mediante la práctica, lo cual conlleva que los psicólogos en formación e incluso los egresados se involucren en actividades profesionales en las cuales lleven a cabo las funciones de su profesión. De tal modo, afirma de manera contundente que las competencias profesionales se adquieren mediante un proceso de *aprender haciendo* en situaciones de trabajo real, durante prácticas externas (las cuales deben

ser supervisadas) o, en su defecto, generando situaciones de aprendizaje basadas en la simulación.

García-Méndez *et al.* (2008) coinciden en afirmar que las competencias solo podrán ser desarrolladas en la medida en que se hagan modificaciones en los programas y actividades académicas que permitan vincular los aspectos teóricos, prácticos y de servicio, siempre ajustados a una situación contextual específica. Solo así, el psicólogo adquirirá la capacidad de hacer frente de manera profesional y fundamentada en una perspectiva teórica y metodológica a los problemas propios de su disciplina en diversos contextos y ámbitos de inserción profesional.

Conclusiones

A partir de lo planteado a lo largo del presente capítulo, sobre las competencias del psicólogo clínico, es importante enfatizar lo referente al uso del lenguaje propio de la psicología y, de manera particular, de los tecnicismos aplicados al ámbito clínico, pues como señala Ribes (2007), en el caso de la psicología es relevante tener presente aunque gran parte de los términos que usa fueron recuperados del lenguaje coloquial (y este forma parte del repertorio del psicólogo) tras su formación debe incorporar un lenguaje científico y técnico propio de su profesión. Tal lenguaje es el que usará para describir la realidad y problemáticas disciplinares observadas, así como comunicarse con sus pares académicos y profesionales.

Lo anterior, a su vez, tiene relación con González *et al.* (2014), quienes indican que tanto la solidez de la formación teórica, indispensable para el ejercicio flexible de la profesión en diferentes contextos, como la formación científica, es lo que permite desarrollar un trabajo que diferencia rigurosamente lo propiamente psicológico de lo pseudopsicológico.

Conviene, también, retomar la reflexión de Rodríguez (2003) sobre la aplicación de la psicología en el campo aplicado, pues, al considerar que la psicología se concibe como una ciencia cuyo conocimiento puede aplicarse a la solución de problemas, se presenta la posibilidad de romper con las restricciones que las áreas de especialización han impuesto; de tal modo se enfatiza la importancia del conocimiento básico y se amplían los horizontes profesionales considerando contextos de actividad humana y distintas funciones y estrategias profesionales. Es así como, aunque las poblaciones, escenarios y objetivos han permitido hablar de áreas de especialización, es viable considerar una serie de competencias del psicólogo que pueden ser puestas en práctica independientemente del ámbito en que se apliquen sus conocimientos.

Ahora bien, si bien existen diversas competencias y formas de clasificarlas, se puede hablar de funciones que desarrolla el psicólogo en el ámbito clínico y que le demandarán poner en práctica diversas competencias de una forma integrativa, dado que las competencias no se presentan de manera aislada, sino que tienen una relación articulada y dinámica. Es así como las principales competencias genéricas, aunque propias del psicólogo, que se desarrollan en el ámbito clínico son: competencia interpersonal, diagnóstico y evaluación, evaluación y planeación de sistemas, diseño y aplicación de medidas psicológicas, así como intervención e investigación (Hernández-Guzmán *et al.*, 2005).

Finalmente, es importante tener presente que actuar de manera profesional, además de competencias (teóricas y prácticas), incluye una integridad personal y una conducta profesional ética (Bolívar, 2005). Esto es algo que, con regularidad, esperan quienes solicitan los servicios del psicólogo. Por lo anterior, toda competencia profesional conlleva, como parte constitutiva, una conducta profesional ética. Es así como incluso cuando cada profesión es particular en su definición y ejercicio, se puede plantear que un “buen profesional”

es aquel técnicamente competente y que se conduce en cada situación que enfrenta de un modo responsable y ético.

Resumen

- Este capítulo describe la importancia del desarrollo de las competencias profesionales para el ejercicio de la psicología en el ámbito clínico
- Se delimita la función del psicólogo cuando su trabajo se orienta a la atención de usuarios que presentan un problema de índole conductual o cognitivo
- Se presenta la definición de competencia y se mencionan las más importantes en el ámbito de la psicología clínica
- Se describen algunos de los modelos que se han desarrollado para el estudio de tales competencia
- Finalmente, se presentan las competencias indispensables para el ejercicio de la psicología aplicada en el ámbito clínico.

Referencias

- Ander-Egg, E. (1993). *Introducción al Trabajo Social*. El Ateneo.
- Belaunzaran-Mendizabal, J. (2019). EuroPsy: Un modelo basado en competencias. ¿Es aplicable a la formación sanitaria especializada en Psicología Clínica? *Educación Médica*, 20(2), 154-162. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.05.017>
- Bolívar, A. (2005). El lugar de la ética profesional en la formación universitaria. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 10(24), 93-123. <https://www.redalyc.org/pdf/140/14002406.pdf>
- Caballo, V. (2015). *Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI.
- Castro-Solano, A. (2004). Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Interdisciplinaria*, 21(2), 117-152. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18021201>
- Díaz-Guerrero, R. (1976). Semántica general en la formación del Psicólogo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(2), 6-16.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P. y Cruz, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general: Una primera reflexión. *Psicología Conductual*, 20(2), 423-435.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Introducción a la Evaluación Psicológica I*. Pirámide.

- García-Méndez, M. y Vargas, P. (2008). "Competencias profesionales para psicólogos". En C. Carpio (Ed). *Competencias profesionales y científicas del psicólogo: Investigación, experiencias y propuestas*. FES Iztacala-UNAM.
- Gimeno-Santos, M. y Gallego-Matas, S. (2007). La autoevaluación de las competencias básicas del estudiante de psicología. *Revista de Psicodidáctica*, 12(1), 7-27. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17512102>
- González, M. R., Gómez, L. S., Espinosa, J. C., Cárdenas, D. C., Garzón, Y., Montoya, E., Nuñez, E. N., Solano, J. A. y Tarquino, J. E. (2007). Evaluación por competencias de la dimensión ética en la formación de psicólogos en Colombia. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 3(1), 1136-1034. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v3n1/v3n1a02.pdf>
- González, M., González, I. y Vicencio, K. (2014). Descripción del rol autopercebido del psicólogo y sus implicancias en los procesos de formación de pregrado. *Psicoperspectivas*, 13(1), 108-120. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue1-fulltext-296>
- Harsch, C. (2005). *Identidad del psicólogo*. Pearson-Prentice-Hall.
- Hernández-Guzmán, L. y Sánchez-Sosa, J. J. (2005). El aseguramiento de la calidad de los programas de formación profesional en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(3), 271-286.
- Lartigue, M. T. y Blanco, R. (1982). Apuntes para un modelo de enseñanza-aprendizaje y ejercicio profesional de la psicología clínica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 8(2), 247-269.
- Marroquín, E. (1980). Consideraciones en torno al empleo de los egresados de las instituciones de Educación Superior. *Revista de la Educación Superior*, 9(1), 81-89.
- Miranda, A., Gómez, J. y Delgado, Z. (2017). Análisis teórico de las competencias del Psicólogo. Hacia una delimitación disciplinar frente a la mediación tecnológica. XIV Congreso Nacional de Investigación Educativa (COMIE). <https://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v14/doc/1983.pdf>
- Molina, A., Cuellar, A. y González, B. (2009). La competencia comunicativa del estudiante de Psicología de la salud: Una propuesta de indicadores. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 7(5), 314-322. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/923/7426>
- Olivares, J., Macià, D., Olivares, O. y Rosa, A. (2012). *El ejercicio de la psicología aplicada: La profesión de Psicólogo*. Pirámide.
- Reidl, L. (2008). "Competencias profesionales para psicólogos". En: C. Carpio (Ed). *Competencias profesionales y científicas del psicólogo: Investigación, experiencias y propuestas*. FES Iztacala, UNAM.
- Ribes, E. (2007). *Psicología general*. Trillas.
- Ribes, E. (2008). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Trillas.
- Ribes, E. (2009). *Teoría de la conducta: Un análisis de campo y paramétrico*. Trillas.
- Ribes, E., Fernández, C., Rueda, M., Talento, M. y López, F. (1980). *Enseñanza, Ejercicio e Investigación de la Psicología: Un modelo integral*. Trillas.
- Rodríguez, M. (2003). La inserción del psicólogo en el campo aplicado. *Psicología y Ciencia Social*, 5(1), 11-19. <https://www.redalyc.org/pdf/314/31411284002.pdf>
- Roe, R. (2003). ¿Qué hace competente a un psicólogo? *Papeles del Psicólogo*, 24(86), 1-12. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808601>
- Silva, R. A. (2007). *La enseñanza, el ejercicio y la investigación en psicología en un mundo plural y tolerante*. Pax.

Ética en la terapia cognitivo conductual

Giovanni García Yedra
Talia Rebeca González Morales
Brenda Estela Hernández Lima

Introducción

Dentro de las normas morales que guían el comportamiento hacia valores como la libertad y la justicia, se identifica el deber, la felicidad y el bienestar común, cualidades que proveen de rigor axiológico a los profesionales de distintas áreas dentro de los principios y parabienes, rigen la conducta por un canon moral que regula el conocimiento que se adquiere, y su concepto de bondad conduce a una persona en cualquier ámbito donde esta se desenvuelva. Las creencias sobre la moralidad son generalizadas y codificadas en una cierta cultura o en un grupo social determinado, por lo que regulan el comportamiento de sus miembros y determinan la regulación social sobre lo que debe y puede hacer; además, proveen los principios de conducta más apropiados que conduzcan siempre al bien común.

Esta aparente dualidad entre lo ético y lo moral implica que el consultante de un proceso psicoterapéutico pueda verse sometido a la apreciación moral o validación ética del profesional de la psicología; sin embargo, en este capítulo se analizarán las implicaciones éticas involucradas en la práctica clínica de la psicoterapia desde un encuadre teórico-metodológico cognitivo conductual.

Se inicia con la revisión de los estándares de la práctica profesional a manera de reflexión, más allá de la filosofía científica y de la antropología filosófica sobre el proceder humano en situaciones concretas, abordadas únicamente por un profesional formado desde la psicología clínica.

La identificación de los problemas éticos más comunes que se han documentado en la bibliografía especializada permite analizar las acciones que el o la profesional del campo clínico debe evitar para no incurrir en prácticas iatrogénicas, así como aportar algunas preguntas guías que ayuden a generar reflexiones aplicables a situaciones concretas del ejercicio clínico habitual. Al respecto, en este capítulo se abordarán algunas líneas de análisis deontológico, desde el trabajo psicológico clínico con perspectiva cognitivo conductual, teniendo como eje el análisis de los aspectos teóricos, metodológicos y técnicos del modelo, así como también los relacionados con su praxis, en cuanto a la calidad del servicio, los resultados que ofrece y las relaciones que establece con los consultantes.

Revisión histórica de la ética y la moral

A lo largo de la historia de la humanidad, uno de los principales retos ha sido identificar las características distintivas entre la moral y la ética (Alfaro, 2012; Montes Sosa, 2017; Verdier, 1997) debido a que en la vida cotidiana se consideran similares y se da por hecho que, al contemplarse la primera, se retoma la segunda. A continuación, se brindan algunas precisiones al respecto.

En el lenguaje coloquial es posible encontrar diferentes usos para la palabra ética, en ocasiones es considerada como una cualificación y, en otras, una denominación. Por su parte, Rodríguez Hernández *et al.* (2019) consideran la ética como la disciplina filosófica que estudia la conducta del hombre con la finalidad de proponer una jerarquía de valores ideal que concluye con el deber ser

de una persona. A su vez, Beauchamp y Childress (1999) mencionan que algunos enfoques representan de manera normativa cuáles son “las buenas y las malas acciones”, mientras que otros consideran, de manera descriptiva, los conceptos y métodos de la ética; es decir, sobre cómo la gente cree y cómo se actúa. En este sentido, la moral sería la manera determinada de encarnar los valores morales –la honestidad, gratitud, lealtad, solidaridad, amistad, bondad, entre otros– y el parámetro que determina cuáles acciones específicas se consideren fuera de los lineamientos sociales aprobados.

Para comprender el papel de la ética y la moral es conveniente revisar brevemente el trascender histórico de las corrientes filosóficas que han construido ambos términos. La ética griega, surgida en Atenas en el siglo V (a.n.e) y desarrollada por los sofistas (maestros amantes del conocimiento, por su etimología griega), consideraba que el hombre sería un ser ocioso y estéril al no perseguir el conocimiento gratuito que influyera en la vida pública, principalmente para enseñar el arte de convencer. En este periodo, destacan Sócrates (470- 399 a.n.e), Platón (427-347 a.n.e) y Aristóteles (384 -322 a.n.e), quienes replantearon la ética, cuyo énfasis estaba puesto en la filosofía política, la cual estaba ligada con la comunidad social y para el desarrollo de la moral de las personas.

Al estudiar la historia, es posible identificar diferentes tipos de ética directamente relacionadas con el momento histórico-social, como el caso de la ética religiosa que rigió durante la Edad Media. Los postulados de San Agustín (354-430) y Santo Tomás de Aquino (1226-1274) fueron los más influyentes de esta época, los cuales se centraron en el valor de la experiencia personal a partir de los valores como la voluntad y el amor, desde una visión completa hacia la divinidad de Dios –San Agustín– y como el fin supremo que generaría la felicidad –Santo Tomás– (Alfaro, 2012).

No obstante, la historia del ser humano fue tornándose compleja al grado de ser alcanzada por la ética moderna en la que el hombre comenzó a ser visto como un ser terrenal; el poder directivo de la iglesia católica se fracturó, lo que dio paso a la separación

de la razón y la fe de la naturaleza de Dios con respecto al Estado. El hombre reconoció, entonces, su valor propio como ser espiritual y a la vez corporal y sensible, y arguyó que en la razón cabe también la voluntad para dar lugar a la acción y no solo la contemplación. Al respecto, Alfaro (2012), señala que en esa época surgieron grandes pensadores como Descartes, padre del racionalismo, John Locke, fundador del liberalismo, e Immanuel Kant, fundador del racionalismo trascendental, quién afirmó que lo único bueno en sí mismo y sin ninguna restricción, es la buena voluntad. Cuando se habla de bondad no se habla de una acción que por sí misma sea buena, sino de la voluntad con la que se ha hecho, es decir, centrada en el actuar por el puro respeto al deber, incondicionado y absoluto, de la ley de la conciencia moral, lo que enmarca un ser racional puro, quien es su propio legislador.

De este modo, se abre una distinción clara entre ética y moral, la cual se orienta a las acciones correctas (asimiladas como buenas) y las incorrectas (señaladas como malas). Ambas buscan regular el comportamiento de los integrantes en una comunidad e instan a los integrantes a acoplarse a estas normativas para ser considerados como propios de las instituciones religiosas, políticas, económicas y sociales. Para ello, se requiere preservar los valores, que son aquellos que pueden o no, gestar en los individuos la calificación positiva o negativa, superior o inferior, que los torne estimables como seres humanos o no, de manera jerárquica (Rodríguez Hernández *et al.*, 2019).

Habilidades profesionales requeridas para el ejercicio ético de la psicoterapia cognitivo conductual

La Sociedad Mexicana de Psicología (2009) realizó en 1984 una evaluación de los diferentes criterios expuestos por las normas de conducta indicadas por el código de la Asociación Psicológica

Americana, la Asociación Psicológica Canadiense y el Metacódigo Ético de la Federación Europea, las cuales, con ayuda de universidades nacionales e internacionales, elaboraron la propuesta de un Código Ético para guiar el ejercicio del psicólogo y la psicóloga en México, sin importar la institución de procedencia, ni el modelo que usen en su práctica.

Desconocer este código no exime al profesional de la psicología en su deber de procurar la revisión de elementos teóricos, métodos y técnicas que cuenten con un sustento profesional y científico, apegado a las normas establecidas a nivel social y legal, y que se rijan bajo los ejes siguientes (SMP, 2009):

- a) *Respeto a los derechos y dignidad de las personas*, sin importar sus capacidades, estatus social, étnico, de género o cualquier otra característica. Esto incluye tanto el manejo de un consentimiento libre informado, como garantizar la privacidad y protección de la confidencialidad de los consultantes.
- b) *Cuidado responsable de los otros*; esto es, maximizar los beneficios y minimizar el daño potencial, por lo que se requiere de competencias profesionales para la aplicación de los conocimientos psicológicos adecuados en cada situación particular a tratar.
- c) *Integridad en las relaciones*, lo que se traduce en comunicaciones honestas, abiertas y precisas, sin conflictos de interés que puedan implicar un daño a otros. Un aspecto importante es cuidar la no explicitación de otros para beneficio personal, profesional o financiero.
- d) *Responsabilidad profesional y científica*: la psicología como ciencia y como profesión debe contribuir al conocimiento del comportamiento y utilizarlo para mejorar las condiciones de vida de los individuos, anteponiendo las más elevadas normas éticas.

En este sentido, conviene considerar que el contexto sociopolítico está en constante cambio y, a ese mismo ritmo, el profesional de la psicología debe mantenerse actualizado para desarrollar herramientas de diagnóstico e intervención sensibles a las necesidades requeridas por las poblaciones con las que trabaja.

Formación profesional

Los ejes antes mencionados son aprendidos por los y las psicólogas al estar integradas en la planificación curricular de su formación, ya que los planes de estudio de las diferentes universidades que imparten la carrera de Psicología deben partir de un análisis macro, meso y micro de las necesidades de la sociedad en la que como profesionales se encontrarán inmersos. Por tanto, las habilidades profesionales están definidas por un currículum cuyo fin es precisar, desde su construcción basal, las competencias en las que el profesional de la psicología se debe formar y desarrollar, en función de los tres saberes: saber ser, saber conocer y saber hacer (Argudín, 2005).

Es importante que los valores considerados como esperados por un profesional de la salud mental incluyan la bondad, la honestidad, la solidaridad y sororidad, entre otros. A partir de lo anterior, este encuadre ideal es enjuiciado públicamente bajo un miramiento moral, desde una legalidad social esclarecida por la formación académica de una licenciatura que, bajo lineamientos curriculares, procura el cumplimiento de prácticas profesionales y de servicio social, desde la visión epistemológica y filosófica de la disciplina psicológica. Al concluir el proceso académico, el apropiamiento de estos valores morales quedará expuesto bajo un manuscrito recepcional, tesina, tesis o artículo de investigación como un producto que arroje luz sobre el aprendizaje de las pautas axiológicas, teóricas y metodológicas necesarias para el futuro laboral, el cual será avalado mediante la emisión de una cédula profesional y una certificación de conocimientos que actualmente

expide el Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior (Ceneval, 2020), a través del Examen General de Egreso de Licenciatura (EGEL).

En el caso particular de la psicología clínica, se espera que el psicólogo se encargue de cuidar la salud psicológica de una población, para lo cual debe diseñar y emplear, desde un marco teórico y metodológico hasta un plan de tratamiento eficaz. Este profesional trabaja tanto con los pacientes como con sus familiares para ayudarles a comprender y dimensionar el estado de su salud, además de procurar su adherencia al tratamiento. De esta manera, el egresado de esta carrera retoma y explicita la misión y visión de la institución educativa en cuestión para, en conjunto, entablar y formar a quienes se encuentran en el proceso de desarrollar aquellos valores que van a predominar en el ejercicio profesional, independientemente si la formación del psicólogo es ofertada por una institución pública o privada (Becerra-Partida, 2014; OMS, 2006).

Contar con una certificación curricular avala la formación del profesional en psicología y la consolida de manera filosófica, sociológica, epistemológica cultural, lingüística, psicológica, pedagógica y de dirección científica. Es en este punto donde la deontología¹, una rama de la ética, precisa los criterios de acción aplicables al ámbito profesional. Al respecto, França-Tarragó (2003, p. 25) menciona algunas de las funciones que desempeñan los códigos de ética en el proceder profesional:

- a) *Declarativa*: aspecto que fundamenta y formula los valores en que se basa la ética profesional.
- b) *Identificativa*: da uniformidad e identidad al rol de la profesión.
- c) *Coercitiva*: distingue las causas de las conductas negativas con respecto a una visión ética, a partir de un control social determinado.

¹ Del griego *déon* o *deóntos*, que significa deber, y el sufijo *logía*, 'conocimiento', 'estudio'.

- d) *Metodología valorativa*: valora las situaciones para determinar éticamente las decisiones a tomar.
- e) *Informativa*: indica cuáles son los criterios éticos específicos en los que se basará la relación profesional con el o la consultante.
- f) *Protectiva*: considera las consecuencias y riesgos, tanto a nivel social como legal, que conllevan las responsabilidades del actuar profesional, para tomar acciones que protejan al terapeuta y realizar su praxis con seguridad.
- g) *Discriminativa*: permite diferenciar los actos ilícitos de los lícitos, de acuerdo con la ética profesional, es decir, identificar cuándo es necesario actuar bajo un marco legal.

Finalmente, es relevante tomar en cuenta que cada una de las actividades que realiza el psicólogo clínico, en las diferentes áreas de profesionalización en las que se involucra, implican consideraciones éticas (Alfaro, 2012).

Dimensiones éticas del modelo cognitivo conductual

La dimensión ética del trabajo psicológico refiere a la reflexión crítica que se hace sobre la manera en la que se sustenta y ejerce profesionalmente este campo de estudio, es decir, tanto de las prácticas que se mantienen y privilegian como gremio, como de las propias que han sido aprendidas a lo largo del proceso de formación de cada profesional.

Este ejercicio de reflexión constante resulta fundamental para la psicología, ya que esta es una disciplina que implica relacionarse directamente con personas a quienes se brinda un servicio, por lo que un constante análisis permite vigilar el correcto ejercicio de la profesión, con lo cual se da cumplimiento tanto en lo que se refiere a aspectos legales como en el respeto hacia los derechos humanos de las personas.

Como estudiante de psicología que comienza a tener sus primeros acercamientos a los conceptos propios del campo o a experiencias de ejercicio profesional (atender un consultante, dar un taller, brindar una asesoría) pueden presentarse algunas dudas sobre cómo desarrollar una perspectiva ética para el trabajo clínico, por lo cual, en las líneas siguientes se analiza la propuesta de Montgomery (2016) sobre cómo cada una de las dimensiones que articulan a la psicología cognitivo conductual como ciencia tienen implicaciones éticas sobre las cuales se puede reflexionar para direccionar el trabajo clínico, desde la parte teórica del modelo hasta la metodológica y técnica.

Aspectos éticos en el plano de la teoría

El plano teórico se refiere a la manera en la que una disciplina científica clasifica y ordena la información que se genera sobre su objeto de estudio (Turner, 1986). En este sentido, Montgomery (2016) señala tres dimensiones de la teoría por atender y reflexionar desde una perspectiva ética:

I. Rigor teórico para lograr una interpretación lógica y congruente de los hechos. Desde sus inicios, los modelos conductuales han mostrado un marcado interés por generar conocimiento conceptual sustentado en prácticas científico-experimentales con el fin de que el trabajo clínico se base en evidencia empírica que permita: a) analizar los fenómenos conductuales de forma eficiente y b) generar intervenciones que logren cambios concretos y comprobables sobre la situación atendida.

Cabe recordar que el modelo conductual ha evolucionado en cuanto a sus nociones básicas ya que, en sus inicios watsonianos, se pretendía que generará teorías causales (influencia directa de los postulados del positivismo lógico y que están históricamente vinculados con la teoría del condicionamiento clásico). No obstante, aportes posteriores de autores como Skinner, Kantor y

Ribes (en Romero, 2012) transitaron hacia un pragmatismo que buscaba establecer relaciones funcionales, es decir, explicaciones sobre cómo la conducta es un producto de la relación de cada sujeto con su medio material y sociocultural, rechazando así las nociones intrapsíquicas que parten de la metáfora de lo mental.

Asimismo, el modelo conductual ha pasado por diferentes etapas que van desde las teorías del condicionamiento clásico y operante, que conformaron su base, la incorporación de aspectos cognitivos y, finalmente, el surgimiento de una tercera generación de terapias que adoptaron posturas conductuales pero con visiones contextuales, dialécticas, basadas en *mindfulness*; esto con la intención de mantener vigente y actualizada su visión sobre lo psicológico (Pérez Álvarez, 2006).

Estos cambios en la fundamentación teórica por los que ha atravesado el conductismo, las diferentes etapas por las que ha pasado y los intentos que han hecho autores como Watson, Skinner o Kantor por ordenar y dar estructura al modelo son, en palabras de Montgomery (2016), intentos “éticamente válidos en cuanto al cumplimiento de la exigencia de la búsqueda pragmática de la verdad, que es la principal función del científico” (p. 181). Con base en lo anterior, es posible afirmar que el rigor teórico se vuelve un compromiso ético con la ciencia misma, la cual busca alejarse de los dogmatismos y estar en constante actualización para ofrecer opciones más eficientes para una adecuada práctica clínica.

II. Concepción de persona y de sociedad del modelo. En sus orígenes, el conductismo generó un vasto conocimiento a partir del trabajo experimental con animales, basta con revisar cómo la psicología comparada, a través de los trabajos de Morgan, Romanes y Thordike, los cuales sentaron las bases para comenzar a operacionalizar las primeras teorías del aprendizaje con perspectiva conductual (Ardila, 1986). Este antecedente histórico ha traído múltiples críticas al conductismo, ya que, como señala Pérez Álvarez (2015),

se ha dicho que este modelo carece de una perspectiva humana en su proceder. Sin embargo, este mismo autor señala que el modelo conductual se ha ido transformado en una teoría “radicalmente humana”, esto es, pensada desde las características generales que compartimos como especie y que son cualitativamente distintas a las del comportamiento animal. A continuación, se mencionan algunas de estas características:

- a) *Capacidad de desligamiento funcional del contexto mediante el lenguaje*, característica que concibe a los humanos como seres históricos que aprenden conductas que se mantienen a lo largo del tiempo.
- b) Retomando a Skinner, *los seres humanos son seres operantes*, es decir, están permanentemente realizando acciones, las cuales están situadas en un contexto sociocultural que las direcciona y les da sentido.
- c) *Capacidad de socializar*, es decir, de adentrarse en una red de relaciones lingüísticas que hace que las conductas tengan un propósito no solamente biológico, sino de vinculación con los otros, tanto a nivel personal como cultural.

Tener una noción teórica clara y bien sustentada sobre las diferentes dimensiones en las que ocurre la conducta humana ayuda al terapeuta conductual a generar reflexiones éticas sobre la dirección que debe tomar el trabajo clínico, ya que evitan que se caiga en explicaciones esencialistas, intrapsíquicas o moralistas que derivan en incongruencias al interpretar o intervenir sobre los casos.

III. Naturaleza de los problemas fundamentales de su disciplina.

Como se ha visto en las líneas anteriores, los debates que históricamente ha desarrollado el conductismo son producto de las formulaciones teóricas y filosóficas que han surgido para fundamentarse como disciplina científica. Ejemplos de esto son su transición hacia un modelo pragmático que estudia las relaciones funcionales; el

rechazo hacia metáforas mentalistas por considerar que carecen de evidencia empírica que las fundamente; la incorporación del concepto de cognición a sus teorías; las críticas que ha hecho el modelo hacia la noción de libertad y que ha sustituido por el de contingencia, y el surgimiento de nuevas teorías que aportan ideas sobre la importancia del contexto y el lenguaje en el contexto clínico. Cada uno de estos tópicos se ha discutido a la luz de los progresos científicos de la época en la que surgen, por lo que podemos esperar que este tipo de análisis continúen mientras la ciencia y la sociedad sigan avanzando.

De esta manera, es posible afirmar que los debates éticos, a nivel teórico, nunca serán un elemento concluido, mucho menos un listado de instrucciones precisas, por el contrario, constituyen una línea permanente de análisis y reflexión que se aborda a partir del contexto histórico-social, así como desde las circunstancias concretas que involucran la práctica clínica como práctica científica.

Aspectos éticos en el plano metodológico y técnico

En el proceso de atención psicológica con enfoque cognitivo conductual se debe procurar el empleo de métodos apegados y respaldados por el acervo científico desarrollado en esta área. A través de este proceso se tendrá la confianza de emplear técnicas y diversos elementos sistematizados confiables para poder llevar a cabo un análisis y una evaluación que permitirá obtener los datos necesarios para identificar los problemas específicos a atender.

En el plano metodológico y técnico de la consulta clínica, los y las terapeutas deben apegarse con rigor a los procedimientos, sin dejar de lado la responsabilidad moral que requiere cada caso. En este sentido, Montgomery (2016) establece algunos aspectos relevantes a considerar:

I. Análisis detallado y empírico del objeto de estudio a partir del paradigma cognitivo conductual. Como parte del rigor científico propio del modelo, él o la terapeuta cognitivo conductual deberán procurar un minucioso análisis del problema por el cual se llega a terapia; para ello, es conveniente utilizar el Análisis Experimental de la Conducta, con el cual se pueden usar, de manera congruente, las categorías y unidades analíticas del modelo, con el fin de generar un diagnóstico preciso que responda a las leyes y principios del enfoque.

II. Procurar la confidencialidad del consultante. Al inicio de todo caso es preciso establecer acuerdos y reglas que salvaguarden la integridad del consultante a partir del exhaustivo cuidado de sus datos personales. En este sentido, el Código Ético establece que el plano de la confidencialidad es un aspecto de extremo cuidado, pues implica resolver hasta donde un psicólogo puede resguardar la confidencialidad de lo tratado en la consulta, en especial ante casos donde se requiera la publicación, canalización o comunicación de resultados (SMP, 2009). Sobre este punto se establece que, en todo momento, deben tomarse decisiones encaminadas a garantizar el bienestar del consultante, por lo que en cada caso el profesional de la psicología debe tener claridad sobre los protocolos de atención, previniendo así que se divulguen datos e información que pudiera afectar al usuario, o bien, que se pueda actuar si es que la vida del consultante o de alguien más está en riesgo.

En este punto, cabe aquí remarcar la importancia de establecer una constante comunicación durante el proceso, orientando sobre los instrumentos y métodos de análisis que estará implementado, además de revisar con el consultante los posibles resultados. Al respecto, un elemento primordial es procurar que la intervención sea de calidad, apegada a las normas de conducta y al empleo responsable de métodos científicos. Por ejemplo, en un caso de análisis de estrés, el tratante con un primer sondeo podrá identificar el o los

factores causantes y, por medio de la valoración con ayuda de los instrumentos tipificados y validados de acuerdo con la edad del usuario, podrá obtener los niveles de estrés e identificar con eficacia los estresores que servirán para planear un abordaje de atención y seguimiento a través del trabajo clínico.

III. Procurar la validez y confiabilidad de los materiales e instrumentos. Al respecto de los elementos empleados en el proceso de evaluación e intervención, estos deben apegarse a los estándares éticos propios del rigor científico, es decir, diseñados con el propósito de ofrecer datos objetivos y susceptibles al análisis experimental. Por ejemplo, al diseñar un nuevo instrumento de evaluación o intervención, este debe ser sujeto a una previa revisión por jueces expertos en la materia (Supo, 2013), los cuales analizarán la pertinencia, claridad y objetividad de la propuesta realizada. De este modo, se podrá garantizar que los datos recabados y su uso tienen un fundamento científico aplicado, y no son parte de un cúmulo de juicios de valor o de creencias preestablecidas por el tratante.

IV. La inexperiencia en el uso de métodos y técnicas de atención clínica. Un elemento que Montgomery (2016) destaca en la formación del futuro psicólogo(a), es la necesaria capacitación y supervisión continua con lo cual se podrá resolver cualquier problema resultado de la inexperiencia o de un exacerbado ímpetu por atender a pacientes. Debido a esta impericia se presentan casos donde no solo se cometen errores a nivel técnico, sino también conflictos éticos derivados de la omisión de elementos o la inadecuada interpretación y operativización de los métodos y técnicas que propone el modelo.

Como ejemplo de lo anterior, digamos que, para la elaboración de un mapa clínico de patogénesis de un paciente con trastorno por estrés postraumático, el psicólogo solo considera variables como las distantes, las orgánicas y las de respuesta, pero, por falta de

experiencia, omite el análisis de las variables antecedentes donde se debería considerar la historia de vida del consultante, esto daría como resultado un análisis incompleto del proceso o caso y, en consecuencia, una deficiente intervención.

El fortalecimiento en conocimientos sobre métodos y técnicas para la intervención clínica, así como el desarrollo de habilidades desarrolladas a través de la constante formación y supervisión, dará como resultado un tratante con buenas herramientas para la atención psicológica. Es un aspecto que se debe valorar al momento de egresar de los estudios profesionales, la constante y necesaria especialización en materia es un requisito para brindar atención eficaz, de lo contrario, se corre el riesgo de encontrar a usuarios que otorgan su confianza, considerando que los métodos y tratamientos serán eficaces y, al no tener los resultados esperados, consideran que el área psicológica no es confiable, desisten y desestiman en lo futuro cualquier atención en el área (Montgomery, 2016).

V. Responsabilidad moral del uso del método investigativo.

En el sentido ético, el uso de la ciencia para la investigación de la conducta debe promover el uso de recursos y estrategias con miras a ofrecer un beneficio al individuo y a la sociedad. El empleo de técnicas y reforzadores no debe dañar la integridad física o moral, ya que no es parte del método controlar o vulnerar las decisiones del paciente para obtener un beneficio en la investigación, tampoco la ciencia se servirá de casos donde se ponga en riesgo a pacientes con deterioro cognitivo o incapacidad funcional; de igual manera, se debe procurar no integrarlo a un contexto fuera de su naturaleza propia o personal.

VI. Aplicar protocolos de respeto y protección al cliente.

La implicación de la ética en la práctica profesional subraya la importancia de la revisión continua del proceso de evaluación e intervención. Dentro de esta dinámica se debe analizar si son pertinentes los objetivos de tratamiento, si la participación del cliente

es voluntaria, además de considerar las limitantes del tratante y priorizar su bienestar, dando preferencia a canalizar con otros terapeutas que estén más cualificados para brindar el tratamiento preciso al problema.

Aspectos éticos de la praxis clínica

A lo largo del presente capítulo se ha reflexionado sobre las implicaciones éticas que rigen el modelo cognitivo conductual en sus diferentes dimensiones. Asimismo, se ha hecho una revisión de los diferentes elementos que deben estar presentes en la formación profesional del profesional de la psicología desde una perspectiva ética. A continuación, se llevan estas ideas a situaciones concretas de la práctica clínica, con la intención de ejemplificar los dilemas éticos que se puedan presentar, y reflexionar sobre cómo abordarlos, tanto en el plano académico como profesional.

Como referencia de un ejercicio de reflexión ética se puede retomar la investigación de Montes Sosa (2017), en la que buscó analizar los conflictos éticos que han afrontado terapeutas del Estado de Puebla, México, a través de un cuestionario aplicado a 221 profesionales. Los resultados de este instrumento se clasificaron en cinco categorías: 1) formación profesional, 2) confidencialidad, 3) involucramiento emocional/sexual con los consultantes, 4) búsqueda de beneficios económicos y 5) confrontamiento entre la ética personal e institucional, con lo cual el autor presenta líneas de análisis para la atención y discusión de elementos concretos de la dimensión ética del trabajo clínico.

Además, dicho artículo presenta algunas de las respuestas obtenidas de los profesionistas encuestados, las cuales dan cuenta de la gran variedad de situaciones que conllevan los dilemas éticos en la práctica clínica, como en aquellos en los que las demandas de los consultantes entrecruzan aspectos legales; los momentos en los

que se debe romper el secreto profesional para salvaguardar la integridad y bienestar de los consultantes; los casos en los que la relación terapéutica se transforma en un vínculo personal; los conflictos de intereses que implican la retribución económica del servicio psicológico brindado; y los desacuerdos que se pueden presentar entre los valores e intereses del profesional y la institución en la que está laborando (Montes, 2017).

Con base en el artículo de Montes Sosa (2017) y bajo la guía del Código Ético publicado por la Sociedad Mexicana de Psicología (2009), se presenta un análisis reflexivo sobre la dimensión ética de la práctica clínica en psicología a través de tres líneas de análisis: a) calidad del trabajo desempeñado, b) resultados del trabajo y c) relaciones que establece el o la terapeuta, las cuales son retomadas como parte de su categorización en las normas de conducta que debe seguir el profesional de esta área. En este sentido, cabe señalar que el Código Ético aborda de manera amplia el trabajo psicológico, incluyendo aspectos como la investigación, la docencia, la supervisión y, por supuesto, la práctica clínica, área que atañe al presente capítulo.

De la calidad del trabajo desempeñado en el campo clínico

Una de las preguntas recurrentes de quienes comienzan su formación profesional en el campo de la psicología es: ¿en qué momento estarán listos para brindar un servicio de psicoterapia?

Desde una perspectiva ética, se podría responder que aquellas personas que se dediquen a ejercer servicios como psicoterapeutas deberán demostrar su formación profesional a través de los títulos, grados y certificaciones obtenidas en instituciones acreditadas ante la ley. En México hace falta una ley nacional sobre salud mental; sin embargo, existen decretos como la Ley de Salud Mental del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito*

Federal (2011), la cual establece que los terapeutas tienen la obligación de estar debidamente acreditados para ejercer sus funciones, esto implica contar con cédula profesional en psicología que pruebe la formación recibida durante la licenciatura, adicionalmente, contar con formación con un perfil clínico derivada de cursar un programa de posgrado o especialidad.

Según Sánchez (2012), establecer estos estándares se relaciona con que los planes de estudio de la licenciatura en psicología representan una introducción al campo psicológico, ya que suelen considerar en promedio un total de 500 horas de trabajo supervisado, mientras que los programas de posgrado (por ejemplo, los impartidos en la UNAM, que cuentan con el aval institucional del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [Conacyt]) consideran más de 2000 horas de supervisión, con lo cual se busca que el desarrollo de habilidades profesionales para el ejercicio clínico sea óptimo, abarcando conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos con amplio sustento científico.

Otro aspecto fundamental dentro del proceso de profesionalización del o la terapeuta (y por supuesto, no menos importante que el conocimiento formal del área), es reconocer, a nivel personal, los posibles sesgos o limitaciones que se pudieran encontrar durante la atención de un caso. Al respecto, Del Río (2018) señala que el trabajo terapéutico implica un alto grado de intimidad, lo cual tiene una importante influencia no solo en los consultantes, sino también en el terapeuta, quien es parte del proceso y no es ajeno a los temas que ahí se tratan, ya que estos pueden generar un impacto personal, más allá de su papel como profesional. En ese sentido, el profesional de la psicología clínica deberá contar con herramientas para identificar cuando alguna situación personal puede llegar a interferir con el adecuado proceso terapéutico de los consultantes y tomar medidas al respecto, ya que no solo se corre el riesgo de que el tratamiento no tenga la eficacia esperada, sino que puede llevar a

prácticas iatrogénicas, es decir, acciones que generen un daño en el o la consultante a partir de una inadecuada indicación profesional.

De los resultados del trabajo clínico

Una de las principales herramientas con las que cuenta el servicio clínico para preservar la línea ética es el consentimiento informado que, según la Comisión Nacional de Bioética (2015), constituye un proceso mediante el cual los profesionales en psicología informan de manera amplia a los consultantes el tipo de atención que recibirán, cuáles serán todas las fases que componen el trabajo a realizar, así como los beneficios y riesgos que implica la intervención o tratamiento. De esta manera, se busca establecer de forma verbal y escrita el compromiso que el o la psicóloga tienen hacia sus consultantes, respetando ante todo su dignidad y autonomía como seres humanos.

La Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed, 2016), señala que el Consentimiento Válidamente Informado debe considerar tres elementos:

- a) *Libertad de decisión.* A partir de conocer los beneficios y riesgos del tratamiento a recibir, la persona que solicita el servicio puede tomar decisiones racionales y conscientes sobre el curso de este y, con ello, obtener el mayor beneficio posible.
- b) *Explicación suficiente.* El prestador del servicio psicológico debe procurar que el consultante realice las preguntas necesarias para resolver las dudas que surjan durante todo el proceso y así garantizar que ha comprendido lo que este implica. Para lograrlo, es importante procurar el uso de un lenguaje accesible, evitando tecnicismos propios del campo científico que impidan para los consultantes el cabal entendimiento de lo acordado.

- c) *Competencia para decidir*. Dentro del proceso de atención, el profesional clínico debe corroborar que la persona que solicita el servicio cuenta con la competencia legal y mental para recibir el tratamiento. En este sentido, las personas menores de edad o aquellas que no cuenten con las condiciones personales necesarias para dar consentimiento, pueden recurrir a un representante legal o tutor que brinde la autorización del tratamiento.

De las relaciones que se establecen en el contexto clínico

El Código Ético de la Sociedad Mexicana de Psicología (2009), en su artículo 70 establece:

... dado que los juicios y acciones profesionales y científicos del psicólogo pueden afectar las vidas de sus pacientes o clientes, estudiantes, ayudantes de investigación, participantes en investigación, empleados y otros con quien trabaje, se mantiene alerta y en guardia contra factores personales, financieros, sociales, organizacionales o políticos que pudieran conducir al uso indebido de su influencia. (p. 69)

Con esto, es posible dar cuenta de la responsabilidad que entrecruza el ejercicio profesional de la psicología, ya que el o la terapeuta no solo debe vigilar los aspectos clínicos, sino a una serie de factores relacionales que podrían interferir con la plena atención al caso.

Las y los psicólogos clínicos deben procurar que la relación con los consultantes sea absolutamente profesional y apegada a la atención terapéutica, ya que involucrar aspectos fuera de esta dimensión puede resultar contraproducente. Para entender mejor estas ideas se retoma el concepto de relaciones duales. De acuerdo con Del Río (2018), hace referencia a los casos en los que, además de la relación terapéutica, consultante y terapeuta mantienen otra relación personal, social, económica, profesional e incluso sexual, de manera simultánea o consecutiva al proceso de atención clínica.

Esta autora menciona algunos ejemplos de este tipo de relaciones como brindar atención a un familiar; establecer una relación de amistad con sus consultantes; hacer negocios adicionales al cobro de los honorarios del servicio de psicoterapia o entablar, como ya se mencionó, una relación sexoafectiva con el o la consultante.

Aun cuando evitar estos conflictos éticos es una habilidad básica para el ejercicio profesional de la psicología clínica, hay evidencia de que alumnos y profesionales del área tienen dificultades para identificar y acatar estas normas éticas (Del Río *et al.*, 2003; Montes Sosa, 2017). Al respecto, Guitart (2007) señala que esta problemática se relaciona con la ausencia de la revisión de aspectos éticos en la licenciatura, por lo que no entrena lo suficiente la capacidad de reconocer los principios normativos éticos que direccionan la práctica clínica y, por tanto, hace falta desarrollar habilidades para tomar decisiones cuando dos de estos principios entran en contradicción, lo cual pudiera ser entendido como un dilema ético.

Para afrontar estos dilemas derivados de las relaciones duales, se puede recurrir a, al menos, tres estrategias:

- a) *Supervisión clínica*. Los espacios de supervisión deben suponer un encuentro entre profesionales del área clínica para discutir los procesos terapéuticos que lleva a cabo el supervisado, con la idea de que el supervisor ayude a visibilizar y resolver los posibles problemas tanto clínicos como éticos, que pudieran presentarse en el caso, por lo que trabajar, desde los planos educativo y personal, resulta en una experiencia similar a la que se vive en terapia (Galán y De Ávila, 2018).
- b) *Respeto a los límites*. Algunos elementos básicos para prevenir que la relación terapéutica se vuelva dual son mantener una línea clara de trabajo con las y los consultantes, así como establecer, sin excepción, acuerdos sobre aspectos como el lugar donde se realizarán las sesiones, priorizando el uso de un consultorio sobre las visitas domiciliarias; el

tiempo que durarán las terapias; el costo y manera de cubrir los honorarios del servicio; evitar el contacto físico con los y las consultantes, aun cuando este no tenga un intención sexual; y, finalmente, abstenerse, en lo posible, de recibir regalos (Del Río, 2018).

- c) *Modelos de toma de decisión.* Cuando el o la terapeuta requiere una guía sobre cómo direccionar el proceso clínico que atiende, puede recurrir a modelos prediseñados para la toma de decisiones, en los que se sugieren aspectos a considerar para el mantenimiento de la línea ética. Al respecto, se pueden retomar los modelos de Gottlieb, Younggren y de Keith-Spiegel (Del Río, 2018; Pastor, 2017).

A partir de la atención de estos elementos y del estudio de los códigos éticos y legales vigentes para el ejercicio de la psicología clínica, el profesional puede desarrollar su trabajo con la certeza de cumplir con las normas éticas para garantizar el bienestar de sus consultantes, elementos que se debe privilegiar en todo momento.

Conclusiones

En el ejercicio profesional de la psicología, se requiere la formación desde la filosofía moral, la epistemología y la deontología como código indiscutible en la praxis del psicólogo clínico y de la salud en la aplicación del modelo teórico-metodológico elegido en su formación académica.

Una adecuada formación para la práctica clínica requiere de un psicólogo competente que reconozca sus propios límites, su marco moral y pueda distinguirlos de su proceder ético en la aplicación de la terapia, considerando el bienestar del consultante desde una visión profesional y crítica.

El modelo cognitivo conductual, desde sus principios ape- gados a la visión científica de la realidad, permite mantener una congruencia ética al garantizar que los diferentes elementos que lo componen han sido validados y confiabilizados empíricamente pa- ra su uso efectivo, evitando así caer en prácticas de dudosa calidad que no cuentan con suficiente evidencia de su utilidad.

Cómo se ha visto a lo largo del capítulo, la reflexión ética es un continuo durante la práctica clínica que no se puede limitar a una serie de elementos concretos, ya que como la sociedad mis- ma este trabajo está en constante cambio. Por tanto, contar con herramientas de reflexión y análisis, tanto a nivel teórico, meto- dológico, técnico y, por supuesto, personal, facilitarán a los profe- sionales del área adecuar sus prácticas y responder a las considera- ciones éticas que surgen a lo largo del tiempo.

Resumen

1. El ser humano desarrolla en su interacción social nociones intuitivas sobre lo que es la moral; sin embargo, la visión éti- ca requiere ser formada académicamente y bajo una regu- lación normalizada.
2. Dentro de la psicología clínica, la aplicación de la terapia cognitivo conductual requiere de prácticas deontológicas que protejan tanto al usuario como al profesional, como el apego al código ético, el cual establece aspectos básicos como el uso del consentimiento informado, la promoción de ac- tualización de conocimientos y la certificación de habilida- des profesionales.
3. Existen diferentes teorías y modelos para la toma de decisiones éticas; sin embargo, todas tienen su cauce dirigido a la deonto- logía como reflexión del actuar profesional.

4. El modelo cognitivo conductual ha evolucionado históricamente, a la luz de los descubrimientos científicos que han surgido, lo que ha hecho que sus principios teóricos sean debatidos tanto a nivel funcional como ético, en la búsqueda de convertirse en un modelo con sólidas bases.
5. En la consulta clínica, el o la psicóloga deberá apegarse al rigor que exigen los procedimientos metodológicos propios del enfoque cognitivo conductual.
6. En el proceso de valoración se deben emplear herramientas e instrumentos válidos y confiables para tener certeza de los resultados obtenidos.
7. Es responsabilidad del tratante resguardar la integridad física y cognitiva del paciente y de la confidencialidad de los datos tanto de la intervención clínica como de los personales.
8. Es primordial la responsabilidad ética en el manejo de métodos y técnicas para llevar a cabo cualquier investigación informando al consultante o participante sobre sus derechos, sobre los protocolos de protección y sobre la importancia de establecer el mutuo respeto.
9. La práctica clínica implica el cuidado de diferentes elementos relacionados con la calidad del trabajo brindado, los resultados que este genera y las relaciones que establece el o la psicóloga con sus consultantes, con el fin de preservar su integridad y obtener de la terapia el mayor beneficio posible.

Referencias

- Alfaro, K. D. R. (2012). *Ética y psicología*. Red Tercer Milenio.
- Ardila, R. (1986). Significado y necesidad de la psicología comparada. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 18(2), 157-169.
- Argudín, Y. (2005). *Educación basada en competencias*. Trillas.
- Becerra-Partida, O. F. (2014). La salud mental en México, una perspectiva histórica, jurídica y bioética. *Persona y Bioética*, 18(2), 238-253. <https://doi.org/10.5294/pebi.2014.18.2.12>
- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (1999). *Principios de ética biomédica*. Masson.

- Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior (Ceneval) (2020). *Guía para el sustentante. Examen General para el Egreso de la Licenciatura en Psicología*. Ceneval. https://ceneval.edu.mx/wp-content/uploads/2021/07/EX-EGEL-GUIA_EGEL_PSIKOLOGIA_20210715.pdf
- Comisión Nacional de Bioética (2015). *Consentimiento informado*. Secretaría de Salud. http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html#:~:text=Por%20lo%20tanto%2C%20el%20consentimiento,la%20autonom%C3%ADa%20de%20las%20personas
- Del Río, C. (2018). *Guía de ética profesional en psicología clínica*. Pirámide.
- Del Río, C., Bordas, M., Pérez, M. A., Martín, A. y Torres, I. (2003). Ética de las relaciones duales en psicoterapia. *Psicothema*, 15(1), 58-64.
- França-Tarragó, O. (2003). *Ética para psicólogos. Introducción a la psicoética* (6ª ed.). Descleé De Brouwer.
- Ley de Salud Mental del Distrito Federal (2011, 23 de febrero). *Gaceta Oficial del Distrito Federal*. <http://cgservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/r410203.htm>
- Galán, J. S. y De Ávila, X. Y. (2018). Ética y supervisión en psicoterapia. *Revista Daena (International Journal of Good Conscience)*, 13(1), 28-40. [http://www.spentamexico.org/v13-n1/A3.13\(1\)28-40.pdf](http://www.spentamexico.org/v13-n1/A3.13(1)28-40.pdf)
- Guitart, M. E. (2007). ¿Conocen los estudiantes de psicología lo que es un dilema ético? Propuesta de un programa de formación en ética profesional. *Revista de Enseñanza Universitaria*, (30), 58-65.
- Montes Sosa, J. G. (2017). La ética en el campo profesional de la psicología: Una encuesta. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 135-144.
- Montgomery, U. W. (2016). Aspectos y enfoques éticos dentro del quehacer conductual. *Revista de Investigación en Psicología*, 19(2), 179-194. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v19i2.12897>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*. OMS.
- Pastor, M. J. (2017). *Valoración ética por parte de profesionales de la psicología clínica y psiquiatría de algunas situaciones de la práctica profesional* [Tesis doctoral, Universidad de Sevilla]. Depósito de Investigación Universidad de Sevilla. <https://idus.us.es/handle/11441/70507>
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Pérez Álvarez, M. (2015). Por un conductismo radicalmente humano. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 23(1), 7-23.
- Rodríguez Hernández, M. R., Almeida, Y. R., Rodríguez Neyra, M. E. y Hernandez, V. H. R. (2019). Estrategia Metodológica. Educativa para docentes y estudiantes de primer año. *IX Jornada Científica de la SOCECS*. <http://edumedholguin2020.sld.cu/index.php/edumedholguin/2020/paper/viewPaper/34>
- Romero, O. C. A. (2012). Fundamentos epistemológicos del conductismo: de la causalidad moderna hacia el pragmatismo. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 5(2), 41-48. <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.5203>
- Sánchez, S. J. J. (2012). *Aspectos Contemporáneos de la regulación de la Psicoterapia y el Consejo Psicológico en México*. Conferencia magistral pronunciada en el Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Psicología Clínica y de la Salud, celebrado del 18 al 21 de abril de 2012, Acapulco, Guerrero, México. http://www.healthnet.unam.mx/afeipal/lecturas/AMEPsiCS_final_castellano.pdf
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) (2016). *Consentimiento Válidamente Informado* (2ª ed.). Secretaría de Salud. www.conamed.gob.mx/gobmx/libros/pdf/libro_cvi2aEd.pdf
- Sociedad Mexicana de Psicología (2009). *Código ético del psicólogo* (4ª ed.). Trillas.
- Supo, J. (2013). *Cómo validar un instrumento. La guía para validar un instrumento en 10 pasos*. http://www.cua.uam.mx/pdf/coplavi/s_p/doc_ng/validacion-de-instrumentos-de-medicion.pdf
- Turner, J. H. (1986). *The structure of sociological theory* (6th ed.). The Dorsey Press.
- Verdier, P. (1997). Ética y psicoterapia. Cuadernos de Bioética.

Perspectiva de género en la terapia psicológica

Daniel Rodrigo Aguilar López
Verónica Cristina Morales Vásquez
Liliana Patricia Reveles Quezada

Introducción

En un ejercicio para cuestionar la disciplina de la psicología, imagínese un diálogo entre dos grandes teóricos como John B. Watson (1926) y Simone de Beauvoir (1949) en pleno siglo XXI, para ello, podría recurrirse al cruce de sus frases célebres: “dame un niño y lo moldearé en cualquier cosa” y “no se nace mujer, se llega a serlo”, respectivamente, con el fin de replantearlo en dos frases contemporáneas: “dame un psicólogo y lo moldearé en feminista” y “no se nace psicólogo, se llega a serlo” (en Marx y Hillix, 1987, p. 175). Sería interesante tener este debate entre estudiantes y colegas.

Es importante señalar que la perspectiva de género, al igual que la psicología, tiene un largo pasado, pero una historia breve. En este sentido, este capítulo tiene por objetivo realizar un mapeo temático que permita entender el uso y la importancia de una serie de términos indispensables para sistematizar una perspectiva teórico-metodológica en los estudios de género dentro del contexto actual (Moreno y Alcántara, 2016). En el caso de la práctica clínica, entender cómo estas herramientas teóricas son útiles para llevar a cabo el proceso terapéutico desde el enfoque cognitivo conductual

permite afinar el lente para dejar de normalizar, justificar, invisibilizar y perpetrar prácticas que mantienen y reproducen la desigualdad entre mujeres y hombres.

Investigaciones especializadas exploran las diferencias conductuales y de carácter que se observan entre mujeres y hombres; lo que antes se interpretaba como parte de la biología, ahora se explica a partir del género. En virtud de que aún se dan situaciones de discriminación y opresión en función de si la persona tiene cuerpo de mujer o de hombre, con la perspectiva de género se intentan explorar los mecanismos que permiten la reproducción de problemas que resultan de las creencias culturales sobre “lo propio” tanto para hombres como para mujeres, y que generan discriminación para ambos (Lamas, 2016). En este sentido, la perspectiva de género representa una herramienta para analizar y criticar los postulados, planteamientos y aproximaciones de diversas disciplinas, entre ellas, la psicología clínica y, en particular, el modelo cognitivo conductual.

Para cumplir con este objetivo, se llevó a cabo una revisión teórica de los fundamentos de la perspectiva de género, cuya relevancia y trascendencia se debe a que permiten un acercamiento y comprensión de los fenómenos psicológicos, atravesados por lo social y cultural, en la construcción de la identidad del ser humano. Por tanto, en el ejercicio de la psicología clínica es apremiante integrar una mirada crítica que proporcione elementos de análisis y reflexión, que reconozca el lugar de poder y privilegio que podría ocupar el profesional de la psicología y el impacto de la intervención que tiene en la vida de las personas.

Antecedentes y evolución del concepto "género"

Para adentrarse en la explicación y comprensión de este concepto y cómo se ha posicionado como una perspectiva que cuestiona diferentes formas y acciones del ejercicio profesional, es necesario reconocer algunos antecedentes históricos que han forjado la teoría que fundamenta esta perspectiva.

Los cimientos de la perspectiva de género se encuentran en los movimientos feministas que tuvieron lugar a partir del siglo XVIII y, de manera proliferante, en los siglos XIX y XX (Serret *et al.*, 2008). Estos movimientos levantaron la voz ante la opresión hacia las mujeres, derivada del establecimiento de normativas y dogmas basados principalmente en argumentos biologicistas acordes con el contexto patriarcal dominante, donde la socialización del desarrollo y la identidad de mujeres y hombres se basa en discursos estructuralistas que, a lo largo de los distintos procesos históricos, han priorizado lo masculino sobre lo femenino. Lo anterior generó una clara desigualdad en la valoración, trato, acceso, libertad y derechos sin la posibilidad de cuestionar el dominio en las diversas áreas del conocimiento (política, salud, religión, estado) que, a su vez, están investidas de un concepto que atraviesa el ejercicio humano, que alimenta estructuras y prácticas de desigualdad: el poder.

Por tanto, a lo largo del tiempo se ha desarrollado y construido un camino que ha forjado la *perspectiva de género* y sus aplicaciones. Enseguida, se muestra una línea de tiempo con datos sobre las principales autoras y autores que han planteado descripciones sobre el concepto de género (Figura 18.1).

El conocimiento acerca de cómo ha evolucionado este concepto proporciona una visión de su recorrido y construcción a lo largo de la historia. El debate con el discurso biologicista, su relación con el concepto sexo, ha aportado un entendimiento mayor sobre los cambios y ampliaciones que se tienen al respecto.

Según Lamas (2000), la palabra “género” proviene del vocablo en inglés *gender*. En español es un concepto taxonómico que se usa para clasificar especies, tipos o clases a las que se puede pertenecer, y aplica tanto para seres vivos como para objetos. En el caso de personas, se ha utilizado para clasificarlas de acuerdo con su sexo mujer/hombre o femenino/masculino, aunque el trasfondo responde a diversos procesos históricos, sociales y, por supuesto, políticos.

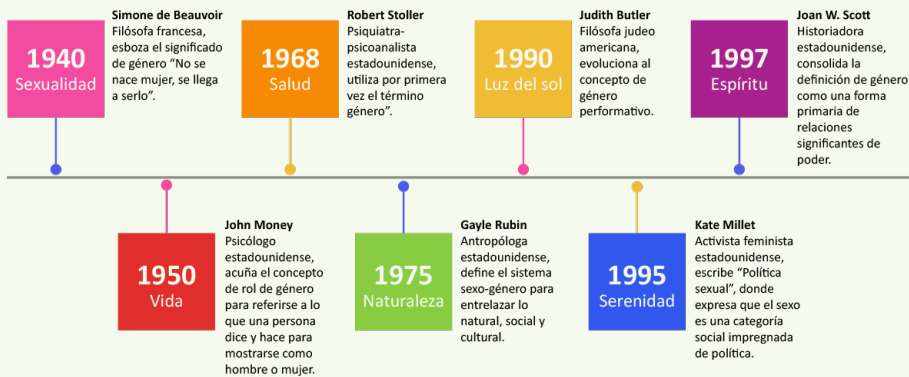


Figura 18.1. Recorrido del desarrollo del concepto género. Adicionalmente, se muestran los colores de la bandera LGBTQ+ y el significado de cada color para la comunidad. (Elaboración propia)

Simone de Beauvoir fue de las primeras autoras que utilizó la categoría de género para distinguirla del aspecto biológico del sexo en su obra *El segundo sexo* (1949). Además, realizó una serie de reflexiones donde señaló cómo el concepto de mujer se define a partir del otro, es decir, que las mujeres tienen que recorrer un camino para llegar a ser, a diferencia de los hombres que solo “son”; de aquí que las mujeres sean definidas como inferiores en relación con los hombres (Osborne y Molina, 2008).

Siguiendo el argumento biologicista, cabe mencionar que en una investigación sobre hermafroditismo e intersexualidad, el autor John Money (1950) desarrolló un discurso más preciso sobre la

construcción de las identidades femeninas y masculinas que, junto con los médicos Jean y John Hampson, especialistas del Hospital Johns Hopkins de la Universidad de Baltimore, acuñaron el concepto de *rol de género* para referirse a todo lo que una persona dice y hace para mostrarse como niño y hombre o niña o mujer. Esta nueva definición fue retomada por Robert Stoller, quien la concentró en el término *gender*, aludiendo así a la masculinidad y a la femineidad sin hacer referencia alguna a la anatomía o a la fisiología (en Lamas, 2016).

En 1975, Gayle Rubin (en Osborne y Molina, 2008) realizó varios cuestionamientos para conocer cómo la mujer llega a ser oprimida, y una de las respuestas se relaciona con el sistema sexo-género, mismo que organiza una serie de normativas sociales basadas en una condición biológica. Como parte de su desarrollo teórico, Rubin planteó la noción de “tráfico de mujeres”, donde en un sistema capitalista la producción y el intercambio dejan al descubierto la gran desigualdad entre hombres y mujeres; a la mujer se le ha usado simultáneamente para efecto y como objeto de intercambio en distintos terrenos, como una posesión del hombre que conlleva la imposibilidad de decidir sobre su cuerpo y sobre su vida.

Por otra parte, Kate Millet publicó en 1995 la obra *Política sexual*, en la que señala que el sexo es una categoría social que involucra lo político y, por tanto, las relaciones de poder. El planteamiento de Millet afirma que el dominio del hombre sobre la mujer se da en diferentes ámbitos de las relaciones, uno de ellos es el sexual, donde el hombre ostenta el poder, hecho que deriva en la desigualdad sexual, la cual se reproduce de manera estructural por el sistema patriarcal (Molina, 2003, en Osborne y Molina, 2008).

Otra estudiosa del tema ha sido Joan W. Scott (1986, en Lamas, 2016), quien en sus aportaciones desglosó el concepto de género en dos partes principales y varias subpartes: primero, es un elemento que constituye las relaciones sociales basadas en las diferencias de los sexos y, segundo, es una forma de establecer relaciones de poder.

Posteriormente, se definió género como una categoría de análisis que va ampliando sus límites. En este sentido, Judith Butler ha sido una de las filósofas contemporáneas más importantes en el estudio de las relaciones entre género y la sexualidad. Entre sus aportes destaca la crítica a que el término solo se utilice para abordar aspectos de heterosexualidad, por lo que también incluye la homosexualidad en su análisis, tomando en cuenta los problemas de identidad que trascienden a esta, por tanto “rechaza explícitamente que la identidad de género sea el fundamento del movimiento feminista al subrayar que no puede mantenerse como fundamento de la unidad del movimiento una sola identidad como punto de partida” (Osborne *et al.*, 2008, p. 154).

Este breve recorrido histórico sobre la evolución del concepto de género es apenas un marco de referencia para acotar algunas definiciones de autoras que en las últimas décadas han sido referentes del debate en torno a dicho concepto. Una de ellas es Marta Lamas (2000), quien define al género como todas las prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que se establecen en un grupo de personas basado en el símbolo de las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres, lo cual influye directamente en la división del trabajo, los rituales, el ejercicio del poder, y hace distinciones entre uno y otro sexo.

El gran debate alrededor del género ha llevado a plantear de manera constante que la identidad de mujeres y hombres no deriva su esencia en la biología, sino que es una construcción simbólica perteneciente al orden del lenguaje y de las representaciones. “Mujeres y hombres no son un reflejo de la realidad ‘natural’, sino que son el resultado de una producción histórica y cultural, basada en el proceso de simbolización; y como ‘productores culturales’ desarrollan un sistema de referencias comunes” (Bourdieu, 1997; en Lamas, 2000, p. 5).

De tal modo, Lamas considera que construirse como mujeres y hombres atraviesa las identidades; en el caso de las mujeres, como

se ha señalado, estas *son* en función del otro u otros, mientras que los hombres en su camino a *ser*, su función es solamente *nacer*.

Por su parte, Lagarde (1996) enmarca el género como una teoría y como una perspectiva, para ella, “es más que una categoría, es una teoría que abarca categorías, hipótesis, interpretaciones, cuestionamientos y conocimientos relativos al conjunto de fenómenos históricos construidos en torno al sexo [...] está presente en el mundo, en las sociedades, en los sujetos sociales, en sus relaciones, en la política y en la cultura” (pp. 25-26). Esta definición muestra lo amplio que puede ser el alcance de incorporar al proceso del entendimiento de lo psicológico y social, una teoría y perspectiva de género, dejando de lado los determinismos y discursos que dominan la acción humana.

Finalmente, para Serret *et al.* (2008) el concepto de género ha permitido el planteamiento de nuevos problemas que van desde la forma en que operan, en lo general, las relaciones socioculturales hasta la manera en que se construyen y operan las identidades individuales. Asimismo, añaden que con este concepto “se quiere indicar precisamente el carácter construido y no natural de los comportamientos, personalidades, aspiraciones y roles, atribuidos a lo que socialmente se caracteriza como hombres y mujeres” (p. 21).

La diversidad de nociones sobre el concepto de género nos muestra su inherente historicidad que propone como categoría de análisis los roles sociales, además nos lleva a plantear la necesidad de continuar con su estudio y actualización. Por ello, en el apartado siguiente se retoman las perspectivas planteadas por las autoras citadas. Con base en lo anterior, se describen los conceptos involucrados en la construcción teórica y de análisis de la perspectiva de género, los cuales se entretajan como parte de una lógica discursiva.

Conceptos fundamentales

Como herramienta de análisis, la perspectiva de género ha dado pauta a la creación y señalamiento de diversos conceptos que acompañan su explicación teórica al tiempo que permiten la comprensión de su alcance. Además de género, encontramos una amplia lista de conceptos fundamentales que forman parte del discurso de esta perspectiva; para efectos del capítulo se destacan solo algunos de ellos (Figura 18.2).

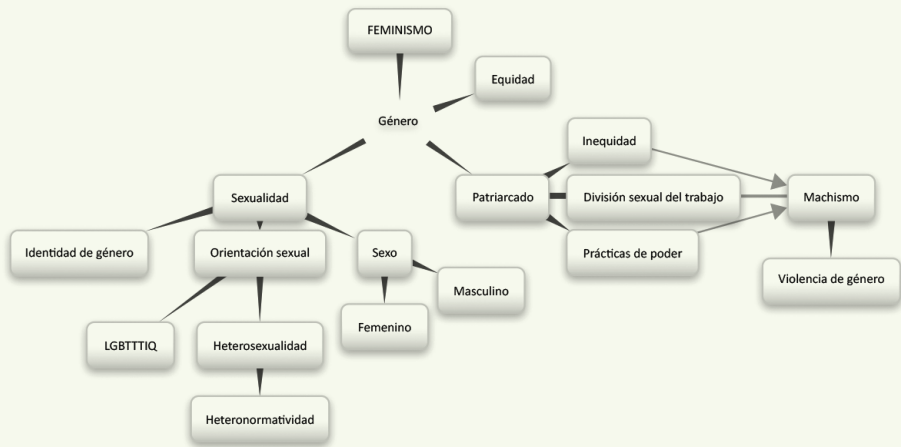


Figura 18.2. Conceptos fundamentales de la perspectiva de género.
(Elaboración propia)

Patriarcado

El patriarcado se define como la institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres dentro de la familia y la extensión de esta supremacía al resto de la sociedad. No es un hecho natural o biológico, sino el resultado de un proceso histórico que tardó cerca de 2500 años en completarse (Lerner y Tussell, 1990).

Lagarde (1996) lo define como un orden social genérico de poder, basado en un modo de dominación cuyo paradigma es el hombre, quien asegura su supremacía sobre la inferiorización previa de las mujeres y de lo femenino, del dominio sobre otros hombres y de enajenación entre mujeres.

Lo anterior permite tener un panorama más amplio de lo arraigado del patriarcado y las figuras que aparecen con su existencia como la esclavitud, su paso a la división de la sociedad en clases y la consolidación del poder del Estado, lo que explica por qué el deconstruir y liberar a la sociedad de esta cultura y estructura patriarcal puede conducir a una sociedad justa e igualitaria.

Prácticas de poder

¿Cómo se ejerce el patriarcado? La palabra obligada es el “poder”. Se pueden identificar relaciones de poder intragenéricas (personas del mismo género) e intergenéricas (personas de diferente género), en este tipo de relaciones convergen las diversas condiciones de identidad que conforman a las personas y cada una suma o resta poderes a cada cual, es decir, al género se integran aspectos como: edad, nacionalidad, clase social, raza, comunidad, religión, salud, ideología, política y saberes. Esta mezcla produce, a su vez, prestigio, estatus, posición, jerarquía y valor superiores, también los dotan de bienes, oportunidades, recursos y poderío, al mismo tiempo que otras implican su inferioridad, la desposesión, la opresión (Lagarde, 1996).

Cabe señalar que no todas las relaciones de poder son negativas para generar opresión, dominio, subordinación o exclusión, existen poderes de afirmación de los sujetos y medios para la creación de poderes sociales positivos para los sujetos y para el mundo (Lagarde, 1996). Foucault sostiene que las personas experimentan efectos positivos y constitutivos del poder, se está sujeto al poder por medio de “verdades normalizadoras” que configuran las vidas

y relaciones en el sentido de que construyen normas en torno a las cuales se incita a las personas a moldear o constituir sus vidas (Foucault, 1979, 1980, 1984a en White y Epston, 1993).

División sexual del trabajo y repartición de espacios públicos y privados

El recorrido histórico que realiza Brito (2016) para entender esta división sexual del trabajo es amplio; para ello, destaca a autores como Adam Smith con su texto *La riqueza de las naciones* (1776), Émile Durkheim con *La división del trabajo social* (1893) y a Friedrich Engels con *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado* (1884), que en las luchas feministas lo identifican como subordinación femenina al excluir a las mujeres del trabajo productivo y remunerado, confinadas a las tareas de reproducción de la fuerza de trabajo, generando plusvalor para la producción del capital; es decir, a la realización de trabajo doméstico, la crianza de los hijos, quedándose como cuidadoras del hogar y delimitado al espacio *privado*. En contraparte, se tiene a los varones como individuos naturalmente hechos para el trabajo productivo, remunerado y las “cabezas de familia” y los únicos proveedores y la apropiación del espacio *público*.

Esta configuración de la vida de hombres y mujeres bajo la mirada binaria y biologicista se traslada a un concepto ampliamente utilizado por las ciencias sociales “la división sexual del trabajo”, el cual explica la asignación diferenciada de tareas, papeles, prácticas, funciones y normas sociales a partir del sexo de las personas. Esta división da lugar a graves y profundas desigualdades e injusticias, pues contribuye ampliamente a crear condiciones para la subordinación femenina y forma parte de procesos sociales, culturales, económicos y políticos complejos (Brito, 2016, p. 63). Lo anterior permite entender la trascendencia de celebrar la llegada de mujeres a espacios públicos de toma de decisiones, como lo que sucedió en

el Gobierno de México en 2018, con la designación de la abogada Olga Sánchez Cordero como la primera mujer en la Secretaría de Gobernación, o en países como Estados Unidos en las elecciones de 2020, con la integración al gabinete de la primera vicepresidenta mujer afroamericana, Kamala Harris.

El análisis es amplio para entender la asignación de estos espacios, Brito (2016) lo acota lo público como el ámbito para el ejercicio de la ciudadanía, la discusión de los asuntos colectivos, así como la articulación y funcionamiento del Estado; lo privado como el espacio de los individuos, de sus intereses particulares, la competencia para obtener sus fines, el ámbito de resguardo de su intimidad (individual), y también como el espacio del trabajo formal y reconocido; por último, lo doméstico como el espacio de la casa y la familia, en estos tres espacios se reproduce el ejercicio del poder en las relaciones intergenéricas e intragenéricas.

Sexualidad

La sexualidad humana es otro aspecto que puede tomar caminos diferentes para entenderla, en este caso, Alcántara y Amuchástegui (2016) plantean, en torno a este concepto, preguntas como: ¿es la sexualidad una característica innata del ser humano?, ¿es un fenómeno particularmente biológico definido por fuerzas fisiológicas del cuerpo y evidenciado en los comportamientos?, ¿es una energía pulsional que articula la dimensión psíquica inconsciente y configura el deseo?, o bien, ¿es una invención, un discurso, una ciencia?

En un primer momento, se puede inferir que la sexualidad abarca diversos factores como lo biológico, cultural y social, pero también está atravesado por fuerzas de poder y saber que impactan las normas, las clasificaciones y los significados sobre las personas, las corporalidades y las prácticas, es decir, definen las posibilidades de libertad y el ejercicio de derechos (Szasz, 2004, en Alcántara y Amuchástegui, 2016).

La posibilidad de libertad no es lo mismo que el ejercicio de la libertad, reseñar el transitar histórico y el debate alrededor de la sexualidad excede por mucho los alcances de este capítulo; sin embargo, Alcántara y Amuchástegui inferen que la sexualidad puede ser vivida como la expresión de nuestra naturaleza, como un efecto del poder. A partir de la obra de Foucault, se reconoce la sexualidad como una dimensión propiamente histórica de la experiencia del cuerpo y sus placeres, organizados en un dispositivo que engrana regímenes de verdad y procesos de subjetivación, acordes con las sociedades de control contemporáneas es tal vez la sexualidad uno de sus componentes más susceptibles de producción (Alcántara y Amuchástegui, 2016, p. 336).

Lo que definimos como sexualidad es una construcción histórica que reúne una serie de posibilidades biológicas y mentales –identidad de género, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos y fantasías– que no necesariamente se encuentran ligadas, y que en otras culturas no lo han estado (Weeks, 1986, en Alcántara y Amuchástegui, 2016).

Sexo

A diferencia de sexualidad, el sexo tiene un territorio limitado al campo de la biología o, por lo menos, no implica todos los aspectos o temas que la primer sí contiene. Para Lagarde (1996), “sexo es el conjunto de características genotípicas y fenotípicas presentes en los sistemas, funciones y procesos de los cuerpos humanos, con base en él, se clasifica a las personas por su papel potencial en la reproducción sexual” (p. 182). En este sentido, sexo está vinculado a la parte reproductiva en las personas, entonces se clasifica en función de mujer u hombre, anatómica y funcionalmente, así como por la capacidad potencial de procreación.

Por mucho tiempo, incluso en la actualidad, el sexo se ha utilizado como un rasgo de identificación de las personas, es decir, hombre o mujer, masculino o femenino, como si fueran sinónimos.

Al respecto, cabe señalar que su uso se acota a clasificar las características humanas con relación a la fisiología y anatomía del proceso reproductivo, mas no corresponde con lo masculino o femenino. Para ampliar esto, a continuación, se describen estas categorías.

Masculino-femenino

Aristóteles afirmó que “el hombre es superior por naturaleza y la mujer inferior”, un señalamiento polémico que siguió una línea de verdad por otros pensadores como Tomás de Aquino para hacerlo compatible con el pensamiento cristiano en el siglo XIII, colocando a las mujeres en el mismo grupo que la infancia y las personas dementes (Varela, 2017).

Dentro de la construcción cultural, existe una división simbólica muy marcada que tiene que ver con la concepción de lo femenino y lo masculino, a partir de lo cual, como señalan Serret *et al.* (2008), se teje la identidad. La masculinidad se entiende como los atributos o características de un ser que se interpreta como actuante, generador de impulso, de cultura, de humanidad y dirigido a la conquista. Esto da cuenta de que, en la construcción de la identidad, hay objetos que deseamos, tememos y despreciamos, según la lógica de lo que se define como masculino o femenino.

Barberá y Martínez (2004) reflexionan que alrededor de lo masculino y lo femenino se generan creencias estereotipadas de género que incluyen rasgos, roles, características físicas y destrezas cognitivas que generan expectativas para hombres y mujeres.

En el hombre se pueden identificar como rasgos masculinos el ser activo, decidido, competitivo, superior, independiente, persistente, seguro de sí mismo, que ejerza roles de control económico, cabeza de familia, proveedor, líder, con iniciativa sexual, que su cuerpo sea físicamente atlético, de espalda ancha, corpulento, musculoso, alto y que posea destrezas cognitivas como ser analítico, exacto, de pensamiento abstracto y con capacidad para resolver problemas.

En la mujer se busca que tenga rasgos de dedicación a los otros (cuidadora), emotiva, amable, empática, comprensible, cálida y educada, que cumpla roles como saber cocinar y realizar todos los quehaceres domésticos, ocuparse de la crianza; además de tener atributos físicos de belleza, graciosa, bonita, sexi, y sus destrezas cognitivas encajonadas en la expresión artística, creativa, expresiva, imaginativa, intuitiva, perceptiva, en tener tacto.

Heterosexualidad

Monique Wittig (1992) define a la heterosexualidad como parte de un régimen político basado en la idea de que existe la diferencia sexual y, por tanto, no se reduce a prácticas sexuales entre las mujeres y hombres. Explica que las mujeres son heterosexualizadas, imponiéndoles la reproducción de la especie y ser apropiada colectiva e individualmente, esta última a través de un contrato matrimonial que significa pertenecer a sus maridos.

También, la heterosexualidad impone un sistema de creencias como norma, se denomina *heteronormatividad*, que establece la idea de que la heterosexualidad es universal y lo que es diferente a esta es antinatural. Actualmente, aún se establecen prejuicios sobre el comportamiento de las personas afines a la heteronormatividad, por ejemplo, la “monogamia, el matrimonio y la reproducción, los roles de género, la expresión de género o la identidad de género” (Moon, 2010, en Martínez, *et al.*, 2018, p. 12).

Identidad de género

Hablar de identidad de género aumenta el grado de complejidad en la conversación que se está realizando en este capítulo, ya que se encuentra influenciada y atravesada por todo lo hasta aquí acordado. Una de sus definiciones la propone Carver *et al.* (2003, en García, 2005) quienes la refieren como el conjunto de sentimientos y pensamientos que tiene una persona de sí misma en cuanto miembro es de una categoría de género.

Actualmente, existen diversas explicaciones sobre cómo se desarrolla y produce la identidad de género, dos de ellas son: a) aquella que se centra en los procesos internos al sujeto y b) la que estudia la interacción entre los procesos psicológicos básicos y los factores sociales y situacionales. Esta última corresponde con una mirada que contextualiza los macroescenarios y microescenarios sociales y culturales (García, 2005).

Feminismo-machismo

Este binomio de palabras ha derivado en polos opuestos, en función de lo que representan en la sociedad. El machismo, como construcción cultural, es un modo particular de concebir el rol masculino, que surge de la rigidez de la mayor parte de las sociedades del mundo contemporáneo, para establecer y agudizar las diferencias de género entre sus miembros. Es una concepción ideológica asentada en la superioridad del hombre-macho en relación con la mujer-hembra, lo que patentiza en una jerarquización cultural y social de las características masculinas como mejores que las femeninas (Rodríguez *et al.*, 1993).

Por su parte, el feminismo, de acuerdo con Lamas (2016), ha sido calificado como el sistema social y político propicio a la mujer, un movimiento que exige equidad, justicia e imparcialidad entre hombres y mujeres para que se les otorguen los mismos derechos y, además, supone la toma de conciencia de las mujeres sobre la opresión y explotación de las que han sido y son objeto.

Estudios de género en la psicología

Barberá y Cala (2009), en su estudio acerca de la evolución de la perspectiva de género en la psicología a lo largo de cuatro décadas de desarrollo teórico, empírico y aplicado, realizan un recorrido a través de acontecimientos históricos propios de la psicología que

enlazan con el estudio de las diferencias intersexuales para medirlas y explicar su origen. Identifican que, en el siglo XVI, Huarte de San Juan planteó diferencias en inteligencia debida a las distintas calidades humorales de hombres y mujeres; a lo largo del tiempo, las hipótesis giran en torno a los distintos temperamentos, a la mayor variabilidad de los hombres frente a las mujeres respecto de la norma estadística y a la complementariedad derivada de las respectivas funciones reproductivas de hembras y machos.

Cabe resaltar que, a medida que se incorporan las mujeres en la disciplina psicológica, no solo como sujetos experimentales sino como investigadoras, se hace patente la importancia de desarrollar una perspectiva integradora en el estudio del comportamiento humano, que incluya a las mujeres como objeto de estudio sin identificar necesariamente sus conductas con la de los hombres ni considerar sus comportamientos atípicos o marginales cuando aparecen diferencias con respecto a los de ellos.

Un dato interesante es que la primera denominación para referirse a la perspectiva de género fue “psicología de las mujeres” (nombre que se asignó a la división 35 de la APA), cuyos objetos de estudio fueron temas como las experiencias específicas de las mujeres en salud, maternidad, acceso a la educación o presencia en la vida pública. Hoy día, se puede entender como una mirada un tanto parcial, lo que demuestra el interés que existe actualmente por estudiar las relaciones e interacciones que se establecen entre los hombres y las mujeres, así como en el desarrollo de la masculinidad y la femineidad a partir de las diferencias sexuales, de ahí la denominación de “psicología de género” (Barberá y Martínez, 2009).

Los sistemas de creencias no se limitan a describir lo observado, aunque sea esquemáticamente (función descriptiva), ni tampoco son solo estructuras representativas de conocimiento (función explicativa), sino que sobre todo cumplen una función prescriptiva, referida a “lo que debe ser” y “lo que debe hacerse”. El componente prescriptivo de un estereotipo está siempre sostenido por la

estructura social; es decir, que el comportamiento que cada persona asume está determinado por la manera en la que otros piensan que esta debe comportarse. Por ejemplo, es posible que una mujer no desee formar una familia ni tener hijos, sino que quiera viajar y vivir de forma independiente; sin embargo, existe una presión social que condena cuando las mujeres pretenden salirse de lo normativamente establecido. De este modo, los estereotipos se ofrecen como modelos comportamentales, suscitadores de acuerdo o desacuerdo, que marcan la conducta a seguir. Es precisamente este carácter prescriptivo el que confiere gran relevancia a los estudios de género. Ningún análisis psicológico de los estudios de género puede obviar esta función normativa que, en el caso de las relaciones entre los géneros, prescribe posiciones de poder de los hombres sobre las mujeres (Barberá y Martínez, 2004).

Algunas consecuencias de los estereotipos de género en la salud mental

Un punto de partida para entender la aplicación de la perspectiva de género en la psicología clínica es plantearse cuáles son las afectaciones en la salud mental por las que una persona acude a buscar acompañamiento psicoterapéutico.

Ramos (2014) responde parcialmente esta interrogante y añade otra: ¿el género es un factor de riesgo para la salud mental que opera de la misma forma tanto en hombres como en mujeres? Su recorrido inicia analizando 12 encuestas nacionales sobre trastornos mentales comparables entre sí, en países como Gran Bretaña, Alemania, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda, Chile y Sudáfrica. En estas encuestas se concluye que las mujeres presentan prevalencias más altas y tienen más probabilidades que los hombres de sufrir depresión y ansiedad; sin embargo, los hombres presentan mayores prevalencias de abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias.

En algunas de estas encuestas se identifica que las mujeres tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno límite de la personalidad y trastornos de la alimentación, mientras que las prevalencias de trastorno de la conducta y de personalidad antisocial son más altas en los hombres. En general, Ramos (2014) destaca el hecho de que las mujeres no solamente presentan tasas más elevadas de trastornos mentales que los hombres, sino también síntomas más graves y discapacitantes. En México, la depresión, ya sea como sintomatología o como trastorno mental, también es más prevalente en mujeres de la población adulta y adolescente. La depresión mayor ocupa el cuarto lugar entre las cinco principales causas de años de vida perdidos en salud en las mujeres mexicanas.

Por su parte, Vargas *et al.* (2011) encontraron que en centros de salud de la Ciudad de México 67% de las personas entrevistadas presentaron malestar emocional, y que este fue más frecuente en las mujeres (70.6%) que en los hombres (52.5%). Otras investigaciones, también realizadas en México, coinciden en señalar que en la población femenina el malestar emocional se asocia con un mayor número de responsabilidades y obligaciones asignadas a su género, como ser madres, esposas, hijas, cuidadoras y, en varios casos, también proveedoras, atendiendo las necesidades de los otros antes que las propias, lo que genera en ellas preocupación, tensión y estrés (Berenzon *et al.*, 2014).

Lo anterior puede llevar a tener un trato diferencial, relacionado con los estereotipos de género, es decir, las mujeres sufren con frecuencia psicologización de síntomas físicos que originan retraso en los diagnósticos, menos pruebas complementarias, mayor prescripción de psicofármacos a igual expresión de malestar o peor valoración de la intensidad del dolor expresado (Benedicto, 2020).

La comunidad LGBTIQ+ no escapa al impacto de los estereotipos en un contexto de salud mental. Diversos estudios han mostrado evidencia sobre las actitudes hacia la diversidad sexual de profesionales en el ámbito de la salud mental, mostrando que

estos no son inmunes a los prejuicios sociales, sesgos, así como a la estigmatización psicológica, lo cual se perpetúa en la práctica clínica con pacientes LGBTIQ+ (Levounis & Anson, 2012, en Martínez *et al.*, 2018).

De acuerdo con Sue y Capodilupo, (2007, en Martínez *et al.*, 2018), pacientes pertenecientes a esta comunidad han reportado discriminación, hostilidad y experiencias terapéuticas negativas, describiendo microagresiones sutiles y encubiertas; esto es, discursos por sus psicoterapeutas, que implican creencias erróneas, prejuicio y estigmatización sexual.

En general, estereotipos y creencias con frecuencia están presentes en tratamientos psicológicos con personas LGBTIQ+, algunas de las cuales se sostienen en factores sociales convertidos en estereotipos identitarios; otras están fuertemente ancladas en teorías que la propia psicología o la ciencia han ayudado a construir: “Por ejemplo, la creencia de que un hombre gay no necesita casarse, ya que ‘es sabido’ que habitualmente prefieren las relaciones no monogámicas y sus vínculos nunca duran mucho tiempo, puede ser una creencia estereotipada que ambos compartan y no exploren en profundidad” (Martínez *et al.*, 2018, p. 18).

Protocolos y programas actuales con perspectiva de género bajo el enfoque cognitivo conductual

La perspectiva de género no es un modelo psicoterapéutico, sino una herramienta para replantear el ejercicio en la práctica clínica. En el abordaje de los casos clínicos se requiere ampliar la comprensión y complejidad de los mismos, a través de un nuevo lente en la evaluación e intervención desde el modelo cognitivo conductual.

Es importante puntualizar que el trabajo con mujeres y hombres se realiza de forma diferenciada desde la perspectiva de género; con las mujeres se facilitan procesos de empoderamiento y con los

hombres la desarticulación de la violencia, así como un replanteamiento de la vivencia de su masculinidad desde un lugar distinto al que se marca hegemonícamente. A continuación, se describen algunos de los protocolos que se están trabajando desde el modelo cognitivo conductual, integrando la perspectiva de género.

Atención psicológica para mujeres que viven violencia familiar, sexual y de género

Un avance en el Sistema de Salud Pública de México es la incorporación de la perspectiva de género en cumplimiento a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en 2007. Dicha Ley establece que corresponde a la Secretaría de Salud brindar servicios psicológicos y reeducativos integrales a las víctimas y a los agresores de violencia de pareja, a fin de que logren estar en condiciones de participar plenamente en la vida pública, social y privada.

La intervención en la atención psicológica individual a mujeres está diseñada bajo un marco conceptual cognitivo conductual para los diferentes protocolos de atención, acorde con la problemática y nivel de violencia, que se determina tomando los indicadores de signos y síntomas (físicos, cognitivos, conductuales y emocionales), cronicidad y frecuencia que, en suma, permiten identificar si la mujer vive violencia moderada, severa o extrema como se describe en el cuadro 18.3.

Una vez determinada la magnitud de la violencia que vive la mujer, se debe verificar que la usuaria cuente con una evaluación de riesgo; para ello, se debe realizar una entrevista inicial y aplicar instrumentos de sintomatología (inventario de depresión de Beck, inventario de ansiedad de Beck, Escala de desesperanza de Beck, Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica). Se establece así, un diagnóstico inicial y diferencial para seleccionar uno de los cinco protocolos diferentes.

Cuadro 18.3. Algoritmo de violencia

MAGNITUD	MODERADA	SEVERA	EXTREMA	
SIGNOS Y SÍNTOMAS	FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none"> Dolor crónico, exacerbación de los síntomas de enfermedades crónicas, entumecimiento, hormigueo, dolor articular o de espalda crónico, cefaleas. 	<ul style="list-style-type: none"> Somatizaciones como dolores de cabeza, alteraciones para conciliar el sueño, alteraciones en el apetito, síndrome de colon irritable, gastritis, dificultad para dormir, taquicardias, golpes, moretones, lesiones, embarazos no deseados o no planeados, infecciones de transmisión sexual frecuente. 	<ul style="list-style-type: none"> Las lesiones han puesto en riesgo la vida de la mujer.
	COGNITIVOS	<ul style="list-style-type: none"> Preocupación Percepción de que algo anda mal, tendencia a minimizar la violencia, tendencia a negar la victimización. 	<ul style="list-style-type: none"> Confusión, problemas para tomar decisiones, alteraciones de la atención y de memoria de corto plazo Sabe que la relación es violenta, características atribuibles externas al agresor. Visión negativa de la vida actual y futura. Pérdida de control y afrontamiento defectuoso, irritabilidad y problemas para llevar a cabo actividades nuevas. Aislamiento por presión de la pareja. Presencia de conductas compulsivas como el abuso en el consumo de sustancias, medicamentos y/o alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Percepción de pérdida de control Distorsión de la realidad. Riesgo de suicidio u homicidio.
	CONDUCTUALES	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento por iniciativa de la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento por presión de la pareja. Presencia de conductas compulsivas como el abuso en el consumo de sustancias, medicamentos y/o alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento externo. Inadaptación a la vida diaria.
	EMOCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> Sentimientos de tristeza, humillación y vergüenza, temor, autoestima débil. 	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento externo. Inadaptación a la vida diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Malestar emocional crónico. Miedo a sufrir una segunda victimización, desesperanza. Depresión y trastorno de estrés posttraumático (TEPT).
CRONICIDAD	Menor a 3 meses	Mayor a 3 meses	No aplica	
FRECUENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Cuántas veces en los últimos 3 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Aumenta la frecuencia de los insultos, menosprecios en privados o delante de otros, de los señalamientos sobre la apariencia física y/o de celos. O ha aumentado el golpe con la mano o el puño, las sacudidas, jalones, torceduras, patadas, empujones, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Hay amenazas a la integridad e incluso la vida de ella, sus hijos o familiares. 	
NIVEL DE DAÑO	<ul style="list-style-type: none"> Las alteraciones a nivel social, laboral, emocional y/o físico son poco observables, causan daño en las diferentes esferas de la vida, pero aún no se visibilizan. 	<ul style="list-style-type: none"> Social aislamiento de la familia, no permite visitas, la relación con el exterior es la deteriorada. Hay daño físico (medicamento observable, emocional y laboral-económico (hay restricción de los recursos económicos propios y de la pareja). Las relaciones sociales y familiares son severamente afectadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Peligro de muerte. Redes sociales inexistentes o inseguras. 	

Fuente: CNEGSR (2010).

Los protocolos para atender los distintos niveles de violencia (moderada, severa, extrema) y el camino de retorno a una vida sin violencia se diferencian por el número de sesiones (desde tres y hasta 12), si es en formato grupal o individual. Todos tienen el objetivo de ayudar a la usuaria a desarrollar las habilidades en las esferas cognitiva, emocional, conductual, física y social que le permitan tomar decisiones, recuperar su autonomía y construir alternativas para salir de la situación de violencia.

Es necesario resaltar que el protocolo de atención a la violencia sexual se tiene que apegar en forma estricta a la NOM-046-SSA2-2005. Las violaciones sexuales siempre se considerarán como urgencia médica, por tanto, se clasifican como violencia severa; sin embargo, para fines prácticos y terapéuticos se establece como un protocolo aparte, ya que el tipo de atención es específica. Se considera si el evento violento sucedió dentro de las primeras 72 horas, o bien, si la atención que recibe la persona ocurre después de este

tiempo. Pasada la fase de emergencia, se determina si fue un evento único, perpetrado por un desconocido, por la pareja o familiar o si es un evento crónico.

Cada protocolo establece una estructura sugerida para las sesiones terapéuticas que incluye la aplicación de técnicas del enfoque cognitivo conductual como reestructuración cognitiva, solución de problemas, psicoeducación, entre otras. El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, institución a cargo de la operación de este programa, señala algunas características deseables para el perfil de los y las terapeutas:

- Haber recibido entrenamiento en perspectiva de género y dinámica del ciclo de la violencia
- Tener dominio sobre el tema del poder
- Saber cómo lidiar con su dolor
- Conocer los límites y reglas que protegen a las mujeres durante la relación grupal o individual
- Aceptar que el incesto, el abuso sexual contra niñas y niños y la violencia contra las mujeres son delitos
- Evitar, de acuerdo con los artículos 8º, fracción IV, y 46º, fracciones I y II de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), “procedimientos de mediación o conciliación, por ser inviables en una relación de sometimiento entre el agresor y la víctima”
- Admitir la validez del trabajo en grupo
- Sentir comodidad al tratar aspectos de la socialización y discriminación
- Promover un cambio en la relación terapeuta-cliente que desmitifique la imagen de experta(o) que aumenta la asimetría de poder.

Aunado a lo anterior, debe ser responsable por explorar sus propios valores y reconocerse como persona socializada en un mundo sexista, cuya transformación es indispensable. Es necesaria también una gran sensibilidad hacia la discriminación

experimentada por la población infantil, de bajos recursos, con discapacidad, grupos étnicos y raciales, así como por las personas con orientaciones sexuales diversas.

Este proceso terapéutico debe estar basado en un compromiso por la igualdad entre hombres y mujeres, y en una relación lo más simétrica posible entre terapeuta y las personas usuarias. Para ello, deben mostrar disponibilidad a asumir el compromiso personal y profesional de luchar por el cambio de la sociedad.

Los hombres en perspectiva de género

La problematización acerca de la condición de género de los varones surgió en la década de los años 80 del siglo pasado, gracias a la influencia de los estudios feministas y del movimiento LGBTIQ+. Los cuestionamientos al género dominante se establecieron en función del uso y abuso del poder, el desinterés por colaborar en los asuntos domésticos, así como el ejercicio de la paternidad, la incapacidad para expresar su emocionalidad, el descuido de su sexualidad y, principalmente, el uso de la violencia como “estrategia” para relacionarse con otros hombres y para coartar a las mujeres.

Los estereotipos de género se reflejan tanto en las relaciones interpersonales como en la relación consigo mismo y la identidad, bajo la cual una persona se ha configurado a lo largo de su vida desde la infancia. Diversos estudios sobre masculinidades (Amuchástegui y Szasz, 2007; Burin y Meler, 2004; Careaga y Cruz, 2006; De Keijzer, 1997; Schongut, 2012; Valdés y Olavarría, 1997) han mostrado que, en la identidad masculina, el factor de la violencia ha tenido un papel preponderante, puesto que es parte de las características de lo que en la cultura occidental se define como lo *masculino* y se valora como virilidad.

La hostilidad, la homofobia, la jactancia en el ejercicio de la sexualidad, el creerse superior y más fuerte, así como ser arriesgado y temerario, son parte de las características que se conceptualizan

como masculinidad hegemónica (Connell, 2019). Es importante señalar que dicha expresión de género es considerada como una construcción social en la que confluyen diversos elementos simbólicos que, en cada contexto social cultural, prevalecen unos sobre otros, pero se mantiene aquel de la dominación, la aplicación de la violencia y el imaginario de superioridad frente a las mujeres.

A raíz de la crítica feminista hecha al lugar de poder que ocupa la masculinidad hegemónica, incluso en nuestros días, se originaron esfuerzos en diferentes países para atender el problema de la violencia de género, es decir, el dispositivo de control y sometimiento ejercido hacia las mujeres. Sería obtuso negar la violencia dirigida hacia los hombres; sin embargo, es evidente que, al menos en el contexto de nuestro país, la violencia de género y el feminicidio son temas de urgencia nacional. Además, se observa que la violencia que experimentan los hombres es aplicada por otros hombres y en menor medida en relaciones de pareja.

La lista es amplia, pero algunos de los países y programas de prevención-atención de la violencia de género o violencia machista son: Campaña Lazo Blanco (Argentina); Instituto Promundo, Instituto PAPAÍ (Brasil); Kolectivo Poroto, EME-Masculinidades y Equidad de Género (Chile); Instituto WEM (Costa Rica); CECEVIM (EUA) y el Centro de Estudios sobre Masculinidades y género (Uruguay). Finalmente, en México: Género y desarrollo, AC (GENDES) (CDMX), Hombres por la Equidad, AC (Qro. y CDMX), Salud y Género (Xal., Ver.), Grupo Hombres Trabajando(se) (Puebla), entre otros (Aguayo y Nascimento, 2016).

En nuestro país, el trabajo inició en los años 90 con el Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias, AC (CORIAC), desaparecido hace más de diez años. Actualmente, las organizaciones de la sociedad civil existentes trabajan de manera enfática en la desarticulación de la violencia de género.

En términos generales, los procesos de cambio conductual de los hombres que ejercen violencia están enmarcados en una intervención grupal de enfoque cognitivo conductual que toma como

punto de partida el análisis de las situaciones de violencia en función de (Bolaños y Hernández, 2018; Garda, 2007; Ramírez, 2000):

- Definir el tipo de violencia que se ejerce (verbal, psicológica, física, sexual, patrimonial)
- Hacer conciencia sobre las emociones y la experiencia corporal que aparecen simultáneamente con la violencia
- Identificar, a nivel cognitivo, las ideas machistas que se asocian al estereotipo de masculinidad hegemónica y que acompañan al hecho de violencia analizado
- Identificar cogniciones, conductas, emociones y expresiones corporales que expresan el estereotipo de masculinidad dominante o tradicional en todas las expresiones de su comportamiento
- Promover el cambio de conducta en los hombres agresores, a través de un seguimiento puntual sobre su comportamiento y el proceso de hacerse responsables de su propia violencia
- Concluir el proceso de cambio acompañado por los demás integrantes del grupo de apoyo
- Promover la práctica del autocuidado en hombres, una vez que dejan el comportamiento violento, mediante *mindfulness* o técnicas derivadas.

La finalidad del acompañamiento grupal es generar un cambio de conducta basado en la invalidación de pensamientos, conductas y emociones desadaptativas, vistas de esa forma, puesto que generan violencia, maltrato y sufrimiento en las mujeres principalmente, pero también en la propia experiencia de ser varones, o bien, como sujetos que han desarrollado procesos de identificación con el género masculino.

Recomendaciones generales para el abordaje clínico con perspectiva de género

Retomando un ejercicio crítico realizado por Benedicto (2020) que se asemeja al proceso de evaluación e intervención en la psicología clínica, a continuación, se presenta una serie de puntos claves a considerar en el quehacer clínico para afinar el ver, oír, sentir e integrar la perspectiva de género:

- a) La práctica clínica con un enfoque cognitivo conductual busca ser objetiva al identificar ideas, pensamientos y creencias asociados con conductas observables en la relación de pareja o relaciones interpersonales violentas; sin embargo, el encuentro que se realiza entre el profesional de la psicología y el usuario se materializa en la intervención.
- b) El análisis, con perspectiva de género, permite identificar la desigualdad que impacta en la salud mental y como tal, debe explicitarse y abordarse en la consulta psicológica, como una variable a considerar en la evaluación e intervención clínica.
- c) Las identidades y los estereotipos de género son construidos e internalizados y condicionan algunos trastornos de salud mental, los datos epidemiológicos antes detallados permiten estar alertas ante síntomas que no debemos pasar por alto.
- d) La perspectiva de género en la consulta psicológica se basa en una dimensión biopsicosocial, interpersonal y con una mirada de equidad.

En el tema de violencia se identifican en forma general cuatro reacciones que se pueden presentar en el proceso terapéutico de las usuarias o los usuarios que han estado en una relación de violencia o maltrato y en las que el profesional de la psicología debe estar atento.

- a) *Negación*: se refiere a la minimización o negación del hecho o de que la violencia existe. La labor del profesional de la psicología es reconocer el proceso de negación de la mujer violentada y no confundirlo con el mito “le gusta el maltrato”. En este proceso, las frases comunes son “solo fue un empujón, en realidad no quería hacerme daño”, “él es un buen hombre, solo que a veces pierde los estribos”, “no me pasó nada, solo me caí”.
- b) *Desensibilización o evitación*: implica que las mujeres toman distancia cognitiva y afectiva de los momentos de mayor intensidad de la situación de violencia (física, psicológica, económica, patrimonial, sexual) ya sea cuando es recibida o ejercida contra otra persona; este proceso produce mayor tolerancia al incremento en la severidad de la violencia. Tanto la negación como la desensibilización conllevan una pérdida en la evaluación del peligro real de los episodios de violencia. El profesional de la psicología no debe perder de vista cómo la víctima habla con aparente tranquilidad, lo cual manifiesta la manera en que la víctima sobreviviente o el agresor perpetrador han evitado el contacto con el dolor y el sufrimiento provocado por la violencia a nivel físico o psicológico.
- c) *Naturalización o normalización*: en algunos casos tanto hombres como mujeres que han presenciado violencia en su familia de forma generacional, la incorporan como un mandato social en su realidad familiar, el contexto sociocultural puede ser un factor que lleve al profesional de la psicología a seguir normalizando estas prácticas.
- d) *Autoculpabilización*: se puede advertir la apropiación, en mayor medida por parte de las mujeres, de mitos o ideas erróneas en torno a la violencia, donde el peso social de la culpa recae siempre en ellas y deja libres de responsabilidad a los hombres.

Por otra parte, para el trabajo con hombres bajo el marco de la perspectiva de género se tienen un par de indicadores y señalamientos que posibiliten que, en efecto, se desarticule la violencia como comportamiento desadaptativo. En ese caso, se recomienda (Garda y Huerta, 2007; Híjar y Valdés-Santiago, 2008):

- a) *Identificar la cultura machista*, que fomenta la violencia en los ámbitos personal, familiar, comunitario e institucional. Dicha cultura se define bajo la premisa de la superioridad de los hombres sobre las mujeres y sobre otros hombres “menos varoniles”, además está implícita en el estilo de vida tradicional.
- b) *Reconocer los tipos de violencia ejercida contra la pareja*. Es necesario señalar que en las relaciones de pareja se ejercen diferentes tipos de violencia (psicológica, sexual, patrimonial, económica, verbal y física), pero suele normalizarse por considerarse como parte de la vida cotidiana de toda pareja.
- c) *Distinguir los mecanismos de violencia ejercidos* en prácticas como la homofobia, la misoginia y cualquier conducta que propicie la discriminación bajo la lógica de supuesta superioridad masculina.
- d) *Desplegar habilidades para negociar sin violencia en los conflictos*. Las diferencias en las relaciones interpersonales son permanentes, pero en la intervención con hombres se requiere entrenarles en el desarrollo y establecimiento de estrategias que, en efecto, produzcan la resolución no violenta de los conflictos.
- e) *Fomentar habilidades para el autocuidado*. Mientras que en las mujeres suelen facilitarse procesos de empoderamiento, en el caso de la población masculina la dirección de la intervención se encamina hacia el desarrollo de habilidades que promuevan el bienestar físico, la autonomía responsable y el cuidado de sus emociones.

Cabe señalar que en la intervención con hombres se fomentan procesos de modificación conductual hacia la concientización cuyo propósito es reconocer el impacto que tiene su comportamiento en las demás personas y en sí mismo; de manera simultánea, se promueve la sensibilización en la equidad de las relaciones interpersonales para que al final se faciliten procesos de resignificación de la masculinidad o del ejercicio de su rol de género.

En la línea de realizar intervenciones clínicas sensibles al género, se incorpora el trabajo con la comunidad LGBTIQ+, con quienes se requiere una mirada y prácticas que tomen en cuenta no perpetuar sesgos que transgredan sus identidades por el hecho de no estar alineados con los estereotipos hegemónicos.

De acuerdo con Martínez *et al.* (2018), en el ejercicio clínico es necesario considerar los siguientes aspectos:

- Ofrecer un espacio libre de prejuicios, afirmativo y comprensivo de las identidades de las personas
- Tener una postura no discriminatoria e integrar el conocimiento sobre los contextos sociales, médicos y legales
- Evitar una mirada patologizante, para no clasificar o señalar como anormal lo que no está acorde con la hegemonía heterosexual
- Usar lenguaje inclusivo que integre a las diferentes identidades
- Atender con respeto para la dignificación y el buen trato a la comunidad LGBTIQ+.

Conclusiones

El objetivo de este capítulo fue describir el entrecruzamiento de la perspectiva de género en la psicología clínica, para problematizar el ejercicio profesional en el proceso terapéutico bajo el modelo cognitivo conductual.

La terapia, independientemente de su modelo u orientación teórico-epistémica, implica el establecimiento de una relación interpersonal. Esta interacción es una condición imprescindible y un medio para desarrollar la praxis clínica. Así, la naturaleza diádica de la relación entre terapeuta y paciente debe ser promovida, atendida y cuidada con el propósito de evitar la deserción y potencializar el resultado del tratamiento. Es posible, entonces, valorar el papel que tiene la alianza terapéutica como un elemento de la propia naturaleza de la relación interpersonal y, si bien en un inicio se derivó del modelo psicodinámico, actualmente es un fenómeno de estudio, que es posible experimentar, observar e investigar desde cualquier enfoque de psicoterapia, incluyendo el cognitivo conductual.

Los temas de género llevados a la clínica psicológica permiten ampliar el horizonte teórico-metodológico, así como de su praxis; asimismo, brindan la oportunidad de estructurar una intervención profesional con elementos que permitan responder a los problemas sociales de la actualidad. La formación en estos temas de manera implícita promueve la generación de contextos más apegados a la equidad, la igualdad y la no discriminación en el ámbito profesional de la psicología clínica.

Existe el reto de conservar la coherencia epistemológica del modelo cognitivo conductual, sin dejar de lado el análisis de la realidad o situaciones clínicas derivadas de la perspectiva de género, es decir, que en algunos casos en la etapa de evaluación, al desarrollar el modelo secuencial integrativo, probablemente esto no ocurra así, por lo que el clínico tendrá que hacer uso de la sensibilización y flexibilidad que otorga la perspectiva de género ante la hipótesis de un cambio conductual automático, puesto que no siempre coinciden las expectativas del profesional de la psicología y los tiempos de elaboración terapéutica de la persona.

La perspectiva de género y su integración en el currículo de la formación universitaria es reciente, por lo que la creación de

experiencias profesionales es aún escasa y el reconocimiento desde la visión del terapeuta al considerar si tiene las destrezas, habilidades e interés para trabajar con temas como masculinidades, comunidad LGBTIQ+ y violencia de género están ligados con un tema ético de la profesión.

La clínica psicológica es un ámbito de la práctica profesional que demanda especial atención en su ejecución, debido no solo a las implicaciones éticas que conlleva sino también a las consecuencias que pueden representar en la vida de las personas ante el desempeño del o de la terapeuta. La perspectiva de género, dentro de la psicología clínica, emerge como una herramienta que permite realizar un análisis de las situaciones a atender en el campo de acción, pero al mismo tiempo tiene el potencial de escudriñar los términos en que el profesional de la psicología lleva a cabo su trabajo, es decir, también permite sensibilizarle en función de su propia experiencia.

Los retos de la sociedad actual convocan a la intervención de la psicología clínica con elementos que conduzcan hacia la descripción de la complejidad, sobre todo, en aras de diseñar planes de acción que cuenten con un aparato de análisis que promueva la creación de sociedades en las cuales las diferencias de género no sean representadas como sinónimo de desigualdad social.

Resumen

1. La perspectiva de género es una herramienta de análisis que nació con los movimientos sociales de las mujeres para señalar las condiciones bajo las que se establecen las relaciones de poder.
2. El análisis del concepto de género hace evidente la influencia del patriarcado en el ejercicio de la sexualidad y la designación de los roles que, en función de una lógica biologicista, intenta justificar las desigualdades entre hombres y mujeres.

3. La psicología ha integrado el género en la investigación, como una categoría de análisis para explicar el comportamiento diferenciado de hombres y mujeres.
4. El comportamiento humano tiene tres niveles para su entendimiento: descriptiva, explicativa y prescriptiva, es esta última la que en los estudios con perspectiva de género posibilita identificar cómo se normalizan posiciones de poder entre hombres sobre mujeres.
5. El género puede ser un factor de riesgo para la salud mental tanto en hombres como en mujeres.
6. Pueden existir sesgos en la práctica clínica por cuestión de género que generan microagresiones.
7. Se requiere conocer los avances en la aplicación de la perspectiva de género en el sistema nacional de salud, así como los protocolos para el abordaje con mujeres y hombres desde el modelo cognitivo conductual.
8. Es importante cuestionar y ser conscientes del alcance de la perspectiva de género en el trabajo clínico, con mujeres, con hombres y con la comunidad LGBTIQ+.
9. Los retos actuales de la psicología clínica demandan un abordaje que incluya descripciones complejas de los fenómenos psicológicos, sociales y culturales.

Referencias

- Aguayo, F. y Nascimento, M. (2016). Dos décadas de Estudios de Hombres y Masculinidades en América Latina: avances y desafíos. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 22, 207-220. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.09.a>
- Alcántara, E. y Amuchástegui, A. (2016). "Sexualidad". En: H. Moreno y E. Alcántara (Coords.), *Conceptos clave en los estudios de género* (pp. 321-337). Centro de Investigaciones y Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Amuchástegui, A. y Szasz, I. (2007). *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre masculinidades y hombres en México*. El Colegio de México.
- Barberá, E. y Cala, M. (2009). Evolución de la perspectiva de género en psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(1), 91-101.
- Barberá, E. y Martínez, I. (2004). *Psicología y género*. Pearson Educación.

- Benedicto, C. (2020). Ver, oír y sentir para hacer. Una práctica clínica con perspectiva de género. *Revista Actualización en Medicina de Familia*, 16(5), 278-284. <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/ver-oir-y-sentir-para-hacer-una-practica-clinica-con-perspectiva-de-genero>
- Berenzon, S., Galván, J., Saavedra, N., Bernal, P., Mellor, L. y Tiburcio, M. (2014). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria en la Ciudad de México. Un estudio cualitativo. *Salud Mental*, 37(4), 313-319. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.036>
- Bolaños, F. y Hernández, A. (2018). Efectividad de las intervenciones en la violencia de pareja y ética. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(35-2), 33-61. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v18n2/1657-4702-rlb-18-02-33.pdf>
- Brito, M. (2016). "División sexual del trabajo: espacio público, espacio privado, espacio doméstico". En: H. Moreno y E. Alcántara (Coord.). *Conceptos clave en los estudios de género* (pp. 64-75). Centro de Investigaciones y Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Burin, M. y Meler, I. (2004). *Varones. Género y subjetividad masculina*. Paidós.
- Careaga, G. y Cruz, S. (2006). *Debates sobre masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía*. Programa Universitario de Estudios de Género.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) (2010). *Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos*. Secretaría de Salud, México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/267957/MANUAL_ATENCION_PSICOLOGICA.pdf
- Connell, R. (2019). *Masculinidades*. Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM.
- De Keijzer, B. (1997). "El varón como factor de riesgo. Masculinidad, salud mental y salud reproductiva". En: E. Tuñón Pablos (Coord.), *Género y salud en el sureste de México* (pp. 199-219). El Colegio de la Frontera Sur, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- García, L. P. (2005). Identidad de género: Modelos explicativos. *Escritos de Psicología-Psychological Writings*, (7), 71-81. <https://www.redalyc.org/pdf/2710/271020873007.pdf>
- Garda, R. (2007). *Intervención integral con hombres que ejercen violencia contra su pareja. Análisis de modelos y lineamientos de trabajo*. INDESOL.
- Garda, R. y Huerta, F. (Coords.). (2007). *Estudios sobre la violencia masculina*. INDESOL-Hombres por la Equidad, A.C.
- Híjar, M. y Valdés-Santiago, R. (Eds.) (2008). *Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores. Experiencia internacional y mexicana*. INSP-Comisión de Equidad y Género, Cámara de Diputados LX Legislatura.
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Horas y horas.
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 1-24.
- Lamas, M. (2016). "Género". En: H. Moreno & E. Alcántara (Coords.), *Conceptos clave en los estudios de género* (pp. 155-169). Centro de Investigaciones y Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lerner, G. y Tussell, M. (1990). *La creación del patriarcado*. Crítica.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (2007). *Diario Oficial de la Federación* 17-12-15 https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209278/Ley_General_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf
- Martínez, C., Tomicic, A., Gálvez, C., Tomic, A., Rodríguez, J., Rosenbaum, C. y Aguayo, F. (2018). *Psicoterapia culturalmente competente para el trabajo con pacientes LGBT+*. Una guía para psicoterapeutas y profesionales de la salud mental. Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia, Universidad Diego Portales.
- Marx, M. H. y Hillix, W. A. (1987). *Sistemas y teorías psicológicas contemporáneas*. Paidós.
- Moreno, H. y Alcántara, E. (2016). *Conceptos clave en los estudios de género*. Centro de Investigaciones y Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Osborne, R. y Molina, C. (2008). La evolución del concepto de género. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 15, 147-182.

- Ramírez, F. (2000). *Violencia masculina en el hogar*. Pax.
- Ramos, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*, 37(4). <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.032>
- Rodríguez, K., Marín, L. y Leone, M. E. (1993). El machismo en el imaginario social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 275-284.
- Schongut, N. (2012). La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 27-65. <https://www.redalyc.org/pdf/4758/475847408003.pdf>
- Serret, E., Falcón, M., Domínguez, M. y Martínez, A. (2008). *Qué es y para qué es la perspectiva de género. Libro de texto para la asignatura: Perspectiva de Género, en educación superior*. Instituto de la Mujer Oaxaqueña.
- Valdés, T. y Olavarría, J. (1997). *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Isis Internacional, FLACSO.
- Varela, N. (2017). *Íbamos a ser reinas*. Penguin Random House.
- Vargas, B., Villamil, V., Rodríguez, C., Pérez, J. y Cortés, J. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. *Salud Mental*, 34(4). http://revistasaludmental.com/index.php/salud_mental/article/view/1422
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- Wittig, M. (1992). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. EGALES.

VI

Aplicaciones y actualidades en psicología clínica

Índice general

19. Terapia de grupo desde el enfoque cognitivo conductual

20. La intervención en crisis

21. Telepsicología: intervenciones vía Internet
en psicología clínica

Terapia de grupo desde el enfoque cognitivo conductual

Laura Edith Pérez Laborde

La multitud les rompió, la multitud debe sanarles
L. Cody Marsh (1931)

Introducción

La terapia psicológica es un espacio al que cada vez más personas recurren buscando aliviar algún malestar o resolver un problema que les resulta difícil afrontar. En ocasiones, este acercamiento ocurre no necesariamente por una queja en particular sino para desarrollar su potencial. En este sentido, mientras la demanda crece, lo hacen también las dificultades para ofrecer espacios terapéuticos que se ajusten a las condiciones que cada persona requiere, es por ello que la terapia de grupo surge en este contexto como una alternativa que responde a las necesidades de atención psicológica de un mayor número de personas de manera efectiva y con efectos que se extienden hacia el entorno de quienes participan.

El trabajo terapéutico en grupos aprovecha ciertos fenómenos que se gestan en cualquier grupo de personas y los usa para apoyar el cambio que se busca siempre en la terapia. A lo largo del siglo xx han sido usados con fines terapéuticos desde los diversos modelos

teóricos de la psicología, aplicando técnicas que en cada uno se han desarrollado y adaptándolas al proceso grupal.

El modelo cognitivo conductual, desde su surgimiento, ha sido utilizado para intervenir con grupos a partir de metodologías basadas en evidencia. En el presente capítulo se describen las características de aplicación de este modelo a la terapia de grupo.

Antecedentes del trabajo con grupos

Si bien existen múltiples antecedentes de la intervención con grupos con el objetivo de influir en los estados psicológicos de las personas o su conducta, tales como rituales religiosos, teatro comunitario, entre otros, existe consenso para considerar el siglo xx como el inicio, como tal, del trabajo psicológico con personas que presentaban alguna alteración o dificultad en común, relacionadas con su salud mental, conformadas en grupos y guiadas por un experto en esa problemática (Scheidlinger, 2014).

El trabajo de Joseph Pratt es uno de los antecedentes de la terapia con grupos en Estados Unidos. Desde 1905, el médico internista compartía lecturas informativas y sugerencias relativas al manejo ante la enfermedad con grupos de pacientes con tuberculosis y diabetes, inicialmente; después, con personas diagnosticadas como neuróticas, descubriendo una mejora en el estado psicológico de los integrantes del grupo, que no se lograba en intervenciones individuales. Influenciado por esta experiencia, Edward Lazell, quien era psiquiatra en Washinton, DC, usó el mismo método con pacientes con esquizofrenia, apoyado en la perspectiva psicoanalítica para guiar las conversaciones.

Por su parte, el sacerdote y psiquiatra Cody Marsh generó procesos grupales con pacientes internos en hospital psiquiátrico para manejar su adaptación al ambiente hospitalario. Por medio de la promoción de la expresión emocional, a través del grupo,

incentivaba las conductas deseables y señalaba aquellas que no eran aceptables; con la misma lógica, considerando al personal del hospital como parte de su comunidad, realizó encuentros entre pacientes y personal buscando generar aceptación mutua (Castillo, 2012; Scheidlinger, 2014).

Estas prácticas se consideran antecedentes no intencionales de la terapia de grupo, en tanto que no se planteaban ese objetivo ni se apoyaban específicamente en algún modelo psicológico. La formación de grupos con fines terapéuticos tiene su origen en la década de 1920, cuyo abordaje se sustentaba en diversos conceptos y técnicas psicoanalíticas de la teoría desarrollada por Sigmund Freud. Entre los pioneros de la terapia de grupo destacan: Louis Wender, Paul Schilder, Jacob Moreno, Samuel Slavson, Fritz Redi y Alexander Wolf. Según Scheidlinger (2014), a Jacob Moreno se le identifica como el creador del *psicodrama* como técnica de intervención grupal, el cual basó en su experiencia, en lo que él llamaba “teatro de la espontaneidad” desde 1924.

Como señala Gómez (2016), las problemáticas que se atendían a través de grupos de terapia se fueron extendiendo. Julios Metzger, por su parte, se interesó en los fenómenos psíquicos involucrados en la conducta adictiva y, en 1927, trabajó con grupos de pacientes alcohólicos. En aquel momento, un médico cirujano conocido como Dr. Bob, inició el trabajo con grupos denominados de autoayuda y conocidos en todo el mundo como Alcohólicos Anónimos (AA). A diferencia del trabajo realizado por otros expertos en salud mental, los grupos de ayuda mutua se basan en la idea de que las personas que sufren cierta problemática, pueden ayudarse mutuamente a sanar, independientemente de sus conocimientos sobre el comportamiento o la psique.

Tras la Primera Guerra Mundial, Alfred Adler, quien fuera discípulo de Freud, desarrolló su propia teoría psicoanalítica en la que se despegó de la idea del individuo, su sexualidad y su historia como centro del análisis y planteó la necesidad de considerar la

influencia de lo social, incluida la familia, en la construcción de la psique y entiende la patología individual como una dificultad para integrar los intereses de la comunidad a la que se pertenece, en las metas y actos individuales. Adler trabajó en Viena con grupos de infantes hospitalizados, con otros grupos y con familias desde 1921 con Rudolph Dreikus, ambos compartían la visión acerca de la importancia de considerar el contexto y enfocar los procesos terapéuticos desde y hacia lo social; de hecho, nombraron su método como “terapia colectiva” y los fenómenos posguerra fueron centrales en sus aproximaciones, sus ideas tuvieron gran influencia en otros teóricos (Díaz, 2015).

En esa década de los 20, otros profesionales de la salud mental disentían también con las ideas psicoanalíticas, algunos fueron agregando y cuestionando conceptos, pero otros se separaron definitivamente del enfoque y crearon otro. Dreikus, posterior a su trabajo con Adler, en los años 40 se integró al equipo de trabajo de Carl Rogers que ya trabajaba con grupos de diferentes instituciones y había postulado su teoría como humanista, la nombró Enfoque Centrado en la Persona.

Después de la Segunda Guerra Mundial, ante la necesidad masiva de recibir apoyo terapéutico, el trabajo con grupos se convirtió en la mejor alternativa para brindar la atención que se requería, así que no solo creció el número de personas que recibían tratamiento psicológico conformado en grupos, sino también el de profesionales de la salud mental que adoptaban ese modelo en diferentes países donde nunca se había utilizado o documentado, ya que, hasta entonces, los únicos países donde habían hecho eran Estados Unidos y Gran Bretaña, usando, casi en exclusiva, la teoría psicoanalítica como fundamento de su intervención (Castillo, 2012; Gómez, 2016).

Posteriormente, a lo largo de la década de los 50, muchos otros enfoques distintos al psicoanálisis incursionaron en las prácticas de grupo o las consolidaron, tal fue el caso de Kurt Lewin que, a partir de su teoría de campo, inició el trabajo con grupos de

entrenamiento (grupos T) que tenían un objetivo de investigación respecto al papel del grupo en la motivación y la personalidad. La aportación de Lewin fue particularmente importante porque mostró la utilidad del trabajo de grupo en el desarrollo integral de las personas y no solo como una vía para atender alteraciones. Así, desarrolló la idea de que los grupos se podían usar como medio para sensibilizar y motivar (Guimón, 2003).

Al mismo tiempo, otras corrientes psicológicas y sociológicas incursionaron en el trabajo con grupos, la terapia Gestalt y el psicodrama buscaban generar espacios de expresión emocional; el propio psicoanálisis generó un mayor interés por el grupo; en realidad, como lo señala Guimón (2003), pasaron del diván al círculo, ampliaron su mirada hacia fenómenos relacionales y trabajaron con familias de personas internas en hospitales psiquiátricos y con el personal que ahí laboraba, reconociendo una influencia mutua en la patología de los pacientes, así como en la potencia de los procesos grupales en el camino hacia la cura o, por lo menos, hacia una mayor funcionalidad. Se crearon comunidades terapéuticas y surgió el concepto de terapia del medio, un enfoque hacia el entorno del paciente o persona privada de la libertad, buscando generar interacciones y ambientes que, por sí mismos, ayudan a sanar; es decir, es el grupo el que puede ayudar a sanar.

En 1953, Skinner publicó el libro *Science and human behavior*, en él formuló la teoría en la que sustenta la terapia conductual; su propuesta metodológica a la comprensión del comportamiento, es decir, el análisis experimental de la conducta, tuvo buena aceptación, ya que aportó herramientas que demostraron eficacia para comprender y tratar problemas en corto tiempo, aunque la aplicación clínica de estos conocimientos ocurrió una década después, cuando a la teoría inicial se incorporaron principios de la teoría del aprendizaje social (Ruiz *et al.*, 2012).

La terapia conductual no se enfocó, en su fase clínica inicial, en el trabajo de grupos terapéuticos como tal, sino lo concebía como

investigación experimental en el que comparaba grupos. Keegan y Holas (2010) explican que, a finales de los 60, Beck y Ellis afirmaron que la conducta es el producto del modo en que las personas experimentan e interpretan sus emociones y pensamientos, y ese tendría que ser el foco de la intervención terapéutica; ellos se consideraron como los pioneros del modelo cognitivo y de la terapia racional emotiva (TRE), respectivamente. Desde sus inicios, trabajaron con grupos de personas que manifestaban fobias y depresión con éxito; sin embargo, ante la premisa básica de que los pensamientos y las emociones no se pueden modificar directamente, sino a través de la conducta, las ideas de estos teóricos encontraron coincidencia con la terapia conductual que, para entonces, había adquirido un lugar importante como modelo de comprensión del comportamiento, lo cual dio origen al modelo cognitivo conductual, cuya aplicación en la terapia de grupo es tan antigua como el modelo mismo.

En la actualidad, la terapia cognitivo conductual es una de las más usadas para la atención clínica con grupos tanto en las instituciones de salud, educativas, de procuración de justicia y organizaciones civiles dedicadas a la prevención en salud, de las violencias, el delito, entre otras, como en la práctica privada para intervenir en diversos problemas individuales y sociales. De esta manera, esta terapia continúa generando técnicas e incorporado algunas, en la práctica terapéutica con grupos, que provienen de otros enfoques, sobre todo de corrientes humanistas.

El grupo como agente de cambio en la terapia

La concepción actual de grupo implica comprenderlo como una interacción que solo puede ocurrir cuando existe un interés en común y, de acuerdo con Díaz (2015), las características más relevantes que lo definen y explican su idoneidad para los procesos terapéuticos son:

- a) Los grupos crean códigos que los organizan, que guían de forma implícita sus normas y le dan estructura e identidad; asimismo, influyen en el comportamiento individual. En esos códigos se establece lo que es aceptable y no, por lo que la opinión del grupo desemboca en la adaptación a estas o a la exclusión.
- b) Para que el grupo cumpla con su meta se requiere cohesión entre sus integrantes, aunque no necesariamente homogeneidad, los subgrupos pueden aportar diferencias que alimentan y amplían las metas, siempre que se mantenga la cohesión.
- c) La influencia del grupo para generar cambios que implican cuestionar aspectos de la ideología dominante o valores ampliamente aceptados en una sociedad o cultura depende de qué tanto la persona se sienta integrada, aceptada y perteneciente en el grupo. Desde luego, esa influencia puede ser usada para lograr cambios positivos en las personas o, por el contrario, con fines destructivos.
- d) La satisfacción del grupo y sus miembros depende de la percepción que se tiene sobre el logro de la meta, el prestigio social relacionado con la pertenencia a ese grupo, los vínculos que se generan entre los integrantes, la posibilidad de participar sin coerción o demasiada restricción y del reconocimiento a sus aportaciones.
- e) El liderazgo en un grupo puede tener distintas características, las más útiles para el logro de la meta se relacionan con la capacidad para generar un sentido de propósito compartido, para promover relaciones cercanas, respetuosas, cooperativas y tolerantes; asimismo, valoran y reconocen lo que cada integrante aporta al grupo y al logro de la tarea.

En palabras de Díaz (2015), “los psicólogos sociales y los antropólogos reconocen al grupo como agente terapéutico por sí mismo. Pero las psicoterapias tratan de establecer ciertos controles sobre los procesos de cambio espontáneos” (p. 29). En este sentido, el grupo terapéutico aprovecha intencionalmente las características que, potencialmente, se gestan en la dinámica grupal y las usa para generar un cambio, a partir de una necesidad o dificultad que sus propios integrantes manifiestan o padecen.

Por otra parte, López (2009) plantea que la dinámica grupal y los individuos se influyen mutuamente y se transforman entre sí; al contar con un terapeuta entrenado adecuadamente, esa cualidad se utiliza para el logro de los objetivos de cambio y es probable que ocurran muchos más que no necesariamente se guiaron intencionalmente, pero que aportan al bienestar de sus integrantes. En el teatro terapéutico espontáneo, como señala García (2017), también se rescata el valor que la interacción tiene en el cambio y se describe de la siguiente manera: “Declaramos terapéutico porque durante el encuentro con los otros a través de la vivencia grupal reformulamos nuestra escala de valores, nuestro estilo de vida. En este proceso de acercamiento a la vida de los otros, el camino que se construye se conforma en muchas tonalidades, matizando lo que somos” (p. 36).

Grupo terapéutico en el enfoque cognitivo conductual

La terapia de grupo que se fundamenta en el enfoque cognitivo conductual ha sido considerada como reeducativa o psicoeducativa porque, como lo afirma Corey (2006), este modelo se fundamenta en la idea de que las problemáticas que presentan las personas se relacionan con conductas, emociones y pensamientos que han sido aprendidos, por tanto, para modificar esa situación problemática se deben aprender nuevas formas de actuar, sentir y pensar.

Así pues, lo que se busca en el grupo es que sus integrantes desarrollen habilidades y el rol de terapeuta suele ser directivo, implica usar sus conocimientos en la aplicación de las técnicas, estructurar la lógica de las intervenciones en cada sesión, de tal manera, que funge como un educador de la conducta. Los problemas planteados por las personas se estudian en términos del análisis funcional propuesto por el modelo cognitivo conductual, determinando cuáles son las secuencias que deben ser interrumpidas, cuáles las conductas nuevas que deben implementarse y cuál es el procedimiento más efectivo para lograrlo.

A diferencia de los grupos terapéuticos con otras orientaciones teóricas, los que se crean desde el modelo cognitivo conductual, suelen construirse a partir de un tema, que es la conducta o situación problemática que se busca modificar o se dirigen a una población que suele desarrollar alteraciones específicas de manera frecuente. Se suelen encontrar grupos de terapia en las instituciones de salud, de procuración de justicia o educativas. Algunos ejemplos de ello son los grupos para personas que desean dejar de fumar o con otras adicciones, talleres dirigidos al manejo de estrés, depresión o ansiedad, de conductas preventivas ante infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, grupos de hombres que ejercen violencia de pareja, grupos de mujeres que viven violencia de pareja, para víctimas de violencia sexual, afrontamiento de enfermedades (cáncer, enfermedades crónicas o degenerativas), grupos de escuela para padres, de adolescentes con dificultades adaptativas, de manejo de estrés para personal docente, entre varios otros.

Taller o terapia grupales

En las últimas dos décadas se ha extendido la oferta de talleres en los que se convoca a personas con algún problema en común, ya sea para afrontarlo, o bien, para evitar su desarrollo a un problema más complejo. Con frecuencia, esos talleres resultan ser cursos

informativos y educativos, en un estricto sentido formativo sobre un tema; sin embargo, muchos otros están planteados con una lógica psicoeducativa y apuntan hacia el desarrollo de alguna habilidad o conducta vinculadas con una situación personal o relacional que se desea resolver o mejorar. Estos últimos, suelen estar contruidos con una orientación terapéutica, es decir, la búsqueda de un cambio ante una problemática psicológica que las personas desean resolver y toda su estructura es, en los hechos, la de un grupo de terapia¹; en esto casos, el taller debe ser entendido como un proceso de terapia grupal (Corey, 2006).

Resulta difícil saber cuál la razón por la que se ha preferido llamar talleres a estos grupos terapéuticos, quizá obedece a un aspecto de mercadotecnia, considerando que es más probable que una persona se sienta interesada en asistir a un taller que a terapia de grupo, o tal vez pasa que, quienes los promueven, no cuentan con una formación específica para trabajar con terapia de grupo y no han reparado en que, al aplicar un modelo teórico psicológico que guía las acciones y generar una estructura grupal dispuesta para ayudar al cambio, ya están haciendo terapia de grupo.

A partir de lo anterior, es pertinente clarificar cuáles son las características de un grupo terapéutico sustentado desde el enfoque cognitivo conductual, se mencionan a continuación aquellas en las que existe consenso entre diversos autores (Díaz, 2015; González, 1999; León, 2016; Corey, 2006; Guimón, 2003; López, 2009):

- a) Los grupos pueden estar centrados en un tema (enfrentamiento de estrés, pérdidas, ansiedad) u orientados a una población con ciertos temas que se consideran como problemáticas en ella. Algunos ejemplos son: adolescentes, dificultades en la relación con los padres; niños, prevención de abuso sexual; hombres, manejo de conflictos interpersonales; y mujeres, manejo de duelo.

¹ Guiado por un terapeuta que utiliza técnicas que provienen de un modelo teórico dirigido al cambio psicológico.

- b) Los criterios para la integración o exclusión de una persona al proceso de grupo se establecen con anterioridad. En algunas ocasiones, los grupos se conforman a partir de la canalización directa de terapeutas que evalúan individualmente al consultante y otras se hace mediante una invitación abierta a quien desee integrarse a partir de su propio interés en el tema que será trabajado en el proceso. La primera forma de integración es el procedimiento común en las instituciones, es el profesional de salud mental quien decide que alguien debe integrarse a un grupo, la participación voluntaria es más frecuente en la consulta particular o los servicios en instituciones educativas.
- c) El grupo plantea un objetivo explícito vinculado con el tema central e invita a sus integrantes a que compartan el propio, partiendo de la línea de trabajo que se señaló previamente.
- d) Suele incluir mecanismos de evaluación de la problemática de cada integrante, la cual puede ser realizada en sesiones individuales, previas a su incorporación al grupo, o bien, en una aplicación grupal al inicio y al final de la intervención. Dicha evaluación forma parte del proceso de intervención que caracteriza a este modelo: evaluación, formulación del problema, intervención terapéutica, seguimiento y valoración de los resultados.
- e) Se establece un contrato, no necesariamente escrito, pero sí explícito respecto a número de sesiones, duración y periodicidad. En tanto el modelo cognitivo conductual plantea una terapia breve, se suelen establecer entre seis y 24 sesiones como máximo; en general, la mayoría trabajan 12 sesiones, una sesión semanal de dos horas, de manera que se plantean procesos cortos (mes y medio a seis meses como máximo).
- f) Las sesiones suelen estar estructuradas previamente a partir de los objetivos acordados previamente; en ocasiones,

dicha estructura consiste en la planeación de actividades en cada momento de la sesión, mientras que, en otras, solo se establece un tema para cada una y se eligen las técnicas del modelo que resulten pertinentes, de acuerdo con lo que el grupo demande.

- g) El grupo puede ser abierto o cerrado, lo cual se explicita desde el inicio del proceso. El grupo cerrado es aquel que, una vez iniciado, no admite nuevos participantes; por su parte, el grupo abierto admite la integración de nuevas personas al grupo en cada sesión. También puede ocurrir que se establezca un criterio intermedio; en estos casos, se recibirían nuevos participantes durante cierto número de sesiones iniciales y, posteriormente, se mantiene cerrado.
- h) El terapeuta juega un papel central respecto a la elección de técnicas, la evaluación de los problemas y guía la manera en que se analizan estos durante las sesiones.
- i) Se incentiva intencionalmente a la cohesión e interacción entre los integrantes del grupo porque se considera un elemento facilitador del cambio, en tanto que promueve el aprendizaje a partir del intercambio relacional.
- j) Se considera válido brindar información cuando esta juega un papel fundamental en el cambio que se busca, es decir, cuando contribuye al cuestionamiento de conductas o se requiere para desarrollar una habilidad; por ejemplo, el uso de preservativo o el papel de la alimentación en el afrontamiento de una enfermedad.
- k) El objetivo de un proceso de grupo en el modelo cognitivo conductual es el cambio de comportamiento, pensamientos y respuestas desadaptativas, usando los principios del condicionamiento clásico y operante, así como el aprendizaje social-cognitivo. La diferencia con un proceso individual es que el propio grupo funciona como modelador y moldeador de la conducta, brinda contención emocional,

acompaña en el ensayo de conductas nuevas y refuerza el cambio.

- l) La dinámica grupal se dispone para que sus integrantes puedan ensayar conductas, exponer pensamientos y emociones que son retroalimentados por los demás, siguiendo ciertas reglas. En ese sentido, el grupo se convierte en un entorno social seguro, que permite evaluar y transformar las percepciones sobre el propio comportamiento y el de otros.
- m) Las técnicas que se utilizan durante el proceso provienen del modelo cognitivo conductual: reforzamiento, reestructuración cognitiva, solución de problemas, exposición, entrenamiento en habilidades sociales, en autoinstrucciones, en inoculación del estrés, desensibilización sistemática, retroalimentación o *feedback*, por mencionar algunas.
- n) El proceso suele implicar la evaluación de la problemática principal por la que será atendida cada persona en el grupo y también de la efectividad de la intervención.

Elementos del proceso de terapia de grupos en el modelo cognitivo conductual

Los grupos terapéuticos pueden integrarse a partir de diversos criterios, entre ellos, el motivo de consulta (violencia de pareja, depresión, ansiedad, manejo de estrés, habilidades sociales, dificultades familiares, duelos). Otros lo hacen enfocando a ciertas poblaciones y la intervención se basa en problemáticas comunes que se han detectado en ellas, tales como grupos para mujeres con problemáticas emocionales, para hombres que ejercen violencia, para adolescentes con adicciones, para personas adultas mayores con enfermedad crónica o degenerativa, entre otras muchas.

Si bien cada grupo de terapia puede tener elementos particulares, existe ya un consenso respecto a la estructura general que deben tener para facilitar los procesos de cambio y consolidar la integración grupal que, como ya se ha comentado, es un aspecto facilitador del cambio. A continuación, se describen los elementos que conforman dicha estructura (Guimón, 2003; León, 2016):

- a) *Evaluación.* Para contar con información sobre aspectos específicos de la problemática sobre la que se va a intervenir se realiza una evaluación inicial que suele implicar una entrevista psicológica o la aplicación de instrumentos de evaluación, ya sean inventarios estandarizados u otros diseñados exprefeso para evaluar las variables sobre las que se pretende incidir y puede ser un pretest que será comparado con otra evaluación al final de la intervención.

Los instrumentos pueden estar dirigidos a evaluar alguna alteración o problemática particular, o bien, a evaluar las variables psicológicas sobre las que se pretende incidir y que suelen ser constructos teóricos como la autoeficacia, asertividad, autoestima, habilidades sociales.

- b) *Encuadre para integración del grupo.* Se determina previamente el número de sesiones, duración, horario y lugar. Se da conocer el objetivo de la intervención y se proporciona la información necesaria para que, quien se integra, tenga claro lo que puede esperar de ese proceso. En ocasiones se firma un consentimiento informado sobre el uso que se hará de la información de la intervención, sobre todo cuando esta será publicada o forma parte de una investigación.
- c) *Encuadre de inicio e integración del grupo.* Para comenzar el proceso se suelen realizar algunas actividades que sirven para que el grupo comience a integrarse, que conozcan el modo en que se ha organizado el trabajo para las sesiones y el objetivo. También se realizan acuerdos sobre lo que se

considera aceptable y necesario en la interacción para que sus participantes se sientan en confianza y con comodidad.

Algunas de las actividades que suelen hacerse para lograr el encuadre son: dinámicas de presentación del terapeuta o equipo de terapeutas y los integrantes del grupo, explicitar el objetivo, que los participantes verbalicen sus expectativas y se acuerdan reglas relativas a la confidencialidad, la participación, lo que es deseable en la interacción entre ellos, la asistencia, el uso de celulares y otras que se consideren necesarias. Las reglas del grupo se suelen anotar en una hoja rotafolio, un pizarrón o, actualmente, en un archivo de Word y se colocan a la vista del grupo en cada sesión para tenerlas presentes.

- d) *Estructura de las sesiones.* Las intervenciones grupales que se realizan desde el modelo cognitivo conductual suelen tener una estructura previamente planeada, aunque también incluye espacios flexibles que permiten abordar alguna necesidad planteada por el grupo. En esa estructura se suelen programar actividades informativas relevantes para la atención de la problemática que pueden ser exposiciones breves por parte del terapeuta/facilitador, o bien, que el propio grupo comparta información y se aclare lo necesario en conjunto. Por ejemplo, en grupos en los que se trabaja con violencia de pareja se suele realizar la exposición del ciclo de violencia propuesto por Eleonor Walker en 1978 y, después, se pide a cada participante que discutan en equipos el modo en que cada uno experimenta cada fase de ese ciclo en sus interacciones de pareja, se les puede indicar que hagan notas sobre las principales emociones, pensamientos y conductas que cada quien vive en esas fases (Garda, 2006).

En cada sesión se planean ejercicios de práctica basados en alguna técnica cognitivo conductual que pueden implicar que cada participante trabaje individualmente y luego se comparta en el grupo (registros, reflexiones, dibujos), o bien, que el ejercicio implique la interacción guiada tales como el *role playing*, sociodrama o alguna otra dinámica vivencial en la que se discuta un asunto, se ensayen nuevas respuestas o se identifique un elemento de cierta problemática, como se ejemplifica en el párrafo anterior, respecto al ciclo de la violencia. Estas actividades pueden planearse con anticipación, o bien, ajustarse a algún tema que surja a partir del interés o necesidad del grupo. En todos los casos, el o la terapeuta o equipo de terapeutas utilizan una lógica progresiva respecto al desarrollo de habilidades, es decir, se inicia con aquellas que son más básicas y, a su vez, son necesarias para desarrollar otras.

Cada actividad que se ejecuta suele contemplar un tiempo para retroalimentación o *feedback* en el que el o la terapeuta y el grupo resumen lo aprendido o vivenciado y sirve para resaltar los elementos de cambio abordados en la actividad. Es común que, al final de cada sesión, el o la terapeuta solicite al grupo que realice alguna actividad en el tiempo entre sesiones, que suele nombrarse tarea. Esta actividad está siempre enfocada en el cambio deseado, así que se prescribe la ejecución de acciones concretas para ensayar alguna habilidad trabajada en la sesión o acciones de observación (autoobservación u observación de algo en el entorno) que sirven para reforzar el cambio o para identificar algún elemento que será abordado en sesiones posteriores. Después de la primera sesión, las subsecuentes suelen iniciar con la revisión de esa tarea y su retroalimentación. Siguiendo el ejemplo que se planteó, se puede dejar al grupo como tarea que realice un autorregistro

sobre el tipo de actitudes de sus parejas que les generan ciertas emociones como miedo, tristeza o enojo, y aquellas que les inspiran amor y alegría.

- e) *Cierre de proceso.* Independientemente del número de sesiones y de otros mecanismos de evaluación que se utilicen, se contempla siempre un espacio al final de la intervención en el que se pide al grupo que explicita sus logros en el proceso, lo cual tiene como objetivo reforzar el cambio. Con frecuencia, también se incluye una evaluación final de las variables psicológicas sobre las que se intervino (postest) para conocer la eficacia de la intervención y, en ocasiones, también se solicita una evaluación del proceso en términos de su pertinencia y utilidad desde la percepción de los participantes. Las preguntas que se suelen realizar son: ¿qué se llevan de este proceso?, ¿qué cambios han logrado a partir de lo trabajado en este grupo?

En los grupos abiertos se mantiene la estructura de las sesiones como ya se describió, con la particularidad de que cuando una persona nueva se integra se toma un tiempo de la sesión para retomar los elementos del encuadre y cuando alguien da por terminado su proceso se hace un cierre con esa persona que se va en el grupo.

En el cuadro 19.1 se ejemplifican los elementos de la estructura de diferentes intervenciones cognitivo conductuales publicadas. Cabe señalar que una de ellas no lo menciona como terapia de grupo, sino que lo plantean como una intervención con un diseño experimental, es decir, como una investigación en la que, tanto los objetivos como el análisis de resultados, se enfocan en la eficacia de la intervención y no tanto en el proceso de grupo. No obstante, como ya se comentó, el proceso corresponde a una terapia de grupo cognitivo conductual, aun cuando el objetivo hubiera sido investigar los efectos de una intervención.

Cuadro 19.1. Ejemplo de la estructura de tres intervenciones cognitivo conductuales publicadas

Nombre de la intervención publicada		
Terapia de grupo para el tratamiento cognitivo conductual de la depresión (Muñoz <i>et al.</i> , 2000)	Intervención cognitivo conductual para disminuir el <i>burnout</i> en cuidadores de ancianos institucionalizados (Reyes y González, 2016)	Guía de intervención clínica para terapia grupal en Centros de Integración Juvenil (León, 2016)
Encuadre general		
<p>Objetivo: controlar los sentimientos de depresión identificando la influencia que sobre ellos tienen las acciones y pensamientos</p> <p>Particularidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 sesiones • 2 h cada semana 	<p>Objetivo: evaluar el efecto inmediato de una intervención cognitivo conductual en cuidadores formales gerontológicos sobre el <i>burnout</i> y la calidad de vida</p> <p>Particularidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser cuidadores de centros de atención gerontológica • Participación voluntaria, consentida e informada • Los criterios de inclusión fueron: tener al menos un año laborando en la institución, al menos un síntoma de <i>burnout</i> y haber firmado el consentimiento informado de nueve sesiones de 1 h cada una, impartidas en la institución donde laboraban 	<p>Objetivo: mejorar las capacidades cognitivas y de comportamiento del paciente para poder cambiar el consumo de alcohol, tabaco y/u otras drogas y lograr mantener la abstinencia</p> <p>Particularidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24 sesiones, de 3 a 10 miembros, dos veces a la semana durante tres meses, la duración de las sesiones es de 90 min • Grupos homogéneos y utiliza dispositivos psicoeducativos para promover un aprendizaje sostenido • Las temáticas para trabajarse durante la sesión estarán en función de las necesidades identificadas en la fase de evaluación clínica y diagnóstico
Evaluación		
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Aplicación inicial de test de depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo de cuidadores fue evaluado en pretest-postest • Instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> - Ficha de datos sociodemográficos - Cuestionario para evaluar el síndrome de quemarse por el trabajo - Cuestionario WHOQOL-BREF 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista de clasificación respecto al tipo de grupo más conveniente • (CIJ maneja diferentes tipos de grupos)

Encuadre con el grupo		
<p>Reglas: Llegar a tiempo, acudir cada semana, ser constructivo al participar, mantener actitud práctica, hacer la tarea, guardar la confidencialidad, expresar honestamente lo que se siente</p> <p>Sugerencias: permita que otros conozcan sus ideas, sentimientos y reacciones, haga preguntas, no acapare la plática, ayude a otros a participar, escuche atentamente, esté abierto a otros puntos de vista, participe en la discusión</p>	<p>No se especifican detalles, solo se informa al grupo sobre el objetivo de la intervención</p>	<p>1. Presentación del o de la terapeuta ante el grupo, así como de la modalidad de tratamiento. Se estima un tiempo aproximado de 5 min</p> <p>2. Presentación de los integrantes del grupo</p>
Estructura de las sesiones		
<p>Tres módulos de cuatro sesiones cada uno:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cómo afecta mi estado de ánimo mi contacto con la gente 2. Cómo afectan mis pensamientos mi estado de ánimo 3. Cómo afectan mis actividades mi estado de ánimo <p>En cada sesión se realizan, en promedio, 10 actividades cortas dirigidas a la autoobservación y proporcionar información; se realizan ejercicios basados en la reestructuración cognoscitiva, detención de pensamiento, modelo ABCD de Beck, solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales.</p> <p>Se prescribe una tarea que es un autorregistro y se mantiene a lo largo de toda la intervención. En las siguientes sesiones se dejan tareas dirigidas a la identificación de sentimientos, pensamientos y acciones que contribuyen a la depresión o que la limitan (autorregistros, cuestionarios, preguntas detonadoras para reflexión)</p>	<p>Para efectuar la intervención, se diseñaron dos manuales, uno dirigido al terapeuta y otro dirigido al participante.</p> <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relajación: dos sesiones • Reestructuración cognitiva: tres sesiones • Habilidades sociales: una sesión • Reforzamiento positivo, moldeamiento y modelamiento. <p>Tres sesiones en las cuales se entrenó a los participantes con técnicas de modificación de conducta, con el propósito de que promovieran en los ancianos conductas independientes</p>	<p>Se identifican los estímulos tanto internos como externos que activan la conducta de consumo, la identificación de las creencias orientadas al bienestar ante condiciones aversivas, los pensamientos automáticos, así como la avidez por consumir y los síntomas de la abstinencia, las creencias facilitadoras y las creencias instrumentales o planes de acción.</p> <p>Una vez identificados los pensamientos y creencias que conducen al consumo, se realiza el desafío de estos pensamientos y creencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades de afrontamiento • Establecimiento de objetivos y tareas para casa. <p>A cada miembro del grupo se le motiva a fijar metas a corto y largo plazo, y se dejan las tareas a realizar para el logro de estos objetivos</p>

Cierre de proceso		
No se especifica. En la última sesión se trabaja en la práctica de asertividad solicitando que se ensaye pidiendo algo o agradeciendo a los demás participantes, lo cual se usa como despedida	Evaluación postest, hicieron dos sesiones de seguimiento para evaluar la consistencia del cambio logrado en el proceso	Los integrantes del grupo hacen reflexiones sobre lo aprendido durante la sesión grupal

Nota: elaboración propia.

Conclusiones

La terapia de grupo, a lo largo de varias décadas, ha mostrado su eficacia en la intervención sobre problemáticas que presentan las personas o grupos, incluyendo en estos a la familia. Desde diversos enfoques se ha incursionado en esta práctica cada vez con mayor frecuencia y en la atención de problemáticas más diversas.

Con el desarrollo actual del modelo cognitivo conductual y los nuevos elementos que sigue incorporando, se atienden cada vez más elementos contextuales y relacionales; pareciera que la intervención psicológica apunta hacia la terapia de grupos como principal metodología de intervención psicológica. En este sentido, quizá el mayor reto será que la formación de profesionales de la psicología y otros, como trabajo social o medicina, incluya de manera más intencional y enfocada en sus programas de estudio el entrenamiento para el trabajo con grupos. Es probable que cualquiera que cuente con una formación cognitivo conductual podría planear y aplicar terapia de grupo, pero sería importante también saber cómo aprovechar el potencial transformador que ofrece el grupo y usarlo para generar cambios, lo cual requiere formación previa.

Independientemente del nombre que se le ponga a una estrategia de intervención con grupos desde el modelo que se revisa en

este documento, se requiere que, quienes funjen como facilitadores en terapia de grupo, documenten sus intervenciones y utilicen metodologías adecuadamente sustentadas, porque de ello depende la posibilidad de formación de otros terapeutas y el desarrollo teórico en torno a la terapia de grupo.

Resumen

1. La terapia de grupo tiene sus inicios en el siglo xx y se ha convertido en una importante alternativa para brindar atención terapéutica.
2. La dinámica que se da en los grupos de personas que se reúnen con el mismo fin, crea interacciones que, por sí mismas, promueven comportamientos adaptativos.
3. El modelo cognitivo conductual fue introducido en las prácticas de grupo desde que fue creado a partir de la eficacia de las técnicas que ha generado para la atención de diversas problemáticas que motivan la búsqueda de apoyo psicológico en las personas.
4. La característica más importante del trabajo en grupo, desde este modelo, es que utiliza una metodología que permite la evaluación de la eficacia de la intervención.
5. Ha mostrado su utilidad en la atención de diversas problemáticas individuales y relacionales en distintos grupos poblacionales.

Referencias

- Castillo, S. (2012). *Psicoterapia grupal: el darse cuenta social*. Instituto Ananda: Psicología y psicoterapia. <http://institutoananda.es/psicoterapia-grupal-el-darse-cuenta-social/>
- Corey, G. (2006). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Desclee de Brouwer. Biblioteca de Psicología.
- Díaz, I. (2015). *Bases de la terapia de grupo*. Editorial Pax.

- García, C. (2017). Teatro espontáneo terapéutico: transformando desde adentro. *Integración Académica en Psicología*, 5(15), 31-41.
- Garda, R. (2006). *Manual de técnicas para la sensibilización de la violencia de género y masculinidades en la comunidad*. Instituto Jalisciense de las Mujeres-INDESOL-Hombres por la Equidad AC.
- Gómez, R. (2016). Psicoterapia de grupo, principios básicos y aplicaciones. *Centre Londres*, 94, 1-21.
- González, J. J. (1999). *Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. Manual Moderno.
- Guimón, J. (2003). *Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas*. Biblioteca nueva.
- Keegan, E. & Holas, P. (2010). "Cognitive-behavior therapy. Theory and practice". In: R. Carlstedt, *Handbook of Integrative Clinical Psychology and Psychiatry* (pp. 605-629). Springer.
- León, L. M. (2016). Guía de intervención clínica para la terapia grupal. *Centros de Integración Juvenil, AC*. <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/PdF/MaterialDidacticoTratamiento/GuiaClinicadeTerapiaGrupal.pdf>
- López, M. A. (2009). Modelos para el trabajo con grupos. *Psicología.com*, 13(1), 1-9. <http://elpac.pbworks.com/w/file/57944879/modalidades.pdf>
- Muñoz, R. F., Aguilar, S. y Guzmán, J. (2000). *Manual de terapia individual para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión*. Rand.
- Reyes, K. y González, A. L. (2016). Efectos de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el *burnout* en cuidadores de ancianos institucionalizados. *Escritos de Psicología*, 9(1), 15-23. <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v9n1/informe2.pdf>
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Scheidlinger, S. (2014). *Historia de la terapia de grupo*. <https://lb.se-todo.com/pravo/4724/index.html>

Intervención en crisis

Cristina González Méndez
Juan Manuel Montiel Génova
Christian Sandoval Espinoza

Introducción

El presente capítulo tiene como finalidad exponer un panorama introductorio al modelo de intervención psicológica en situaciones de crisis; se exploran sus principales postulados, conceptos y supuestos teóricos que guían este modelo, con la finalidad de que los profesionales en formación interesados en el área tengan a su disposición las bases que les permitan identificar un punto de partida para orientarse en la identificación de una crisis, así como una aproximación general a la misma, teniendo en cuenta que se requiere una formación especializada para ejercer esta práctica.

En general, la intervención en crisis tiene como cometido primordial que las personas que se enfrentan a algún acontecimiento inusual sean capaces de retomar y adaptarse a la crisis, antes de que presenten sintomatología propia de algún cuadro clínico. En otras palabras, los fines de la intervención en crisis son detener el malestar subjetivo para que se eviten morbilidades, reducir la peligrosidad de los efectos de una crisis y evitar la letalidad de las decisiones que se puedan tomar. Estas estrategias de intervención se han sistematizado y articulado en un modelo que cumple con varias

funciones que abarcan lo descriptivo, explicativo y de intervención, desde una postura de la terapia cognitiva conductual.

Antecedentes teóricos

Fundamentos, definición y objetivos

Los antecedentes se remontan al 28 de noviembre de 1942, cuando en el centro nocturno Coconut Grove, ubicado en Boston, inició un fuerte incendio, a partir del cual se produjeron 493 fallecimientos, los sobrevivientes y heridos fueron trasladados al Hospital General de Massachusetts. En dicho nosocomio, Eric Lindemann (1977) y su equipo, participaron activamente en la atención de los efectos del duelo y aflicciones psicológicas. Años más tarde, en 1948, se fundó en Boston el Centro de Ayuda de Relaciones Humanas de Wellesley para brindar intervención psiquiátrica preventiva.

Posteriormente, en la década de 1950, Gerald Caplan fue el primer profesional de la salud mental en percatarse de que la atención preventiva oportuna permite eliminar el daño psicológico, siendo así que la noción de crisis toma un rol protagónico, conformando así la teoría de la crisis. Entre 1960 y 1970 se desarrollaron los primeros intentos para detectar y atender rápidamente a la población de Estados Unidos en situaciones críticas con la finalidad de evitar que siguiera mermando su salud mental. Es así como en 1976 se colocaron las primeras líneas telefónicas de apoyo (Slaikeu, 1988).

La intervención en crisis se deriva de la expresión en sánscrito *skibh*, que se interpreta como ‘cortar, separar o distinguir’; a su vez, fue asimilada por la voz griega *krisis* que se traduce como ‘decidir’. De acuerdo con Álvarez *et al.* (2020), la crisis proviene del vocablo chino *wēiji* que significa peligro y oportunidad, es decir, que puede ser un evento paralizante o una alternativa hacia el cambio. Para Lindemann (1977), crisis se puede definir como aquel estado producido cuando se afrontan dificultades transitorias inmanejables

usando los recursos habituales, de manera que causa desorganización en los intentos de resolución; este estado se mantiene hasta que logramos adaptarnos efectivamente.

En la misma línea de Bellak y Small (1980), la terapia breve de emergencia es sinónimo de intervención en crisis y es efectiva para erradicar síntomas agudos, es decir, un funcionamiento regresivo a formas previas de adaptación cuando el sujeto se percibe sobrepasado por las situaciones que le rodean.

Uno de los objetivos de la intervención en crisis es reducir tanto el desequilibrio emocional, cognitivo, conductual y social del sujeto, como el riesgo de cronicidad de sus síntomas (Zalaquett y Muñoz, 2017). Más específicamente, su intención es recuperar su función reflexiva y la posibilidad de producir acciones adaptativas frente a las dificultades.

Vaca *et al.* (2017) consideran que la intervención en crisis busca retomar el equilibrio para enfrentar de modo eficaz los retos, de manera que las emociones se regulen de mejor manera. Asimismo, se puede afirmar que el estado de crisis es una pérdida temporal de la capacidad para responder efectiva y adaptativamente ante un problema o situación inmanejable mediante las estrategias de afrontamiento familiares.

En México, la aplicación de la intervención en crisis de manera masiva tiene su origen tras el sismo del 19 de septiembre de 1985, el cual devastó gran parte de la Ciudad de México. Varios profesores de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se reunieron para brindar apoyo y atención psicológica *in situ* a las víctimas y sobrevivientes del desastre. El 12 de octubre de 1992 se estableció el primer centro local permanente de apoyo, vía telefónica, durante las 24 horas del día, llamado Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL) en colaboración con la Cruz Roja Mexicana. El 12 de diciembre de 2002, el servicio se abrió para toda la República Mexicana (Puente, 2007).

En la década del 2000 surgieron otras opciones para atender a la población de México en situaciones de urgencia emocional, como son las líneas de atención creada por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y la instaurada por la Facultad de Psicología de la UNAM, lo que favoreció la adaptación de la estructura del modelo al contexto nacional, de ahí la importancia de identificar los principales conceptos que conforman esta estrategia de intervención.

Conceptos básicos

Algunos de los conceptos que se deben considerar para profundizar en la intervención en crisis son:

- a) *Evento crítico o peligroso*. Se define como un evento real o imaginario, interno o externo, inesperado e intempestivo que provoca reacciones fisiológicas, cognitivas y conductuales debido a la amenaza que representa (Clavijo, 2002).
- b) *Estado vulnerable*. Es un estadio en que una persona reduce su capacidad para prevenir, enfrentar o resistir las consecuencias de un peligro natural, del ciclo vital o interacción humana.
- c) *Respuestas de afrontamiento*. De acuerdo con Lazarus (1983, en Rubín y Bloch, 2010), son estrategias para controlar el nivel de estrés y es un buen predictor de cómo se vive un acontecimiento, como una amenaza o un reto. En la teoría de Lazarus, los acontecimientos tienen dos procesos de valoración: en el primero, se califica como irrelevante, benigno o tensor; en el segundo, si dispara la tensión, se determina la acción específica para resolverlo haciendo uso de sentimientos, pensamientos, bienestar físico y conducta.
- d) *Trauma*. Puede ser descrito como el impacto emocional o de la personalidad en la cual un estímulo interno o

externo aumenta un malestar de manera exacerbada (Bellak *et al.*, 1980). Para Rubín *et al.* (2010), el trauma es un acontecimiento destructivo que deja una huella indeleble en los sujetos, familias o comunidad; este se puede deber a fenómenos naturales prevenibles, desastres naturales imprevisibles, accidentes inducidos por el ser humano o violencia deliberada.

- e) *Crisis psicológica*. Se define como un evento inesperado producido por el ciclo de vida (embarazos no deseados, pérdida del empleo, de la pareja) o de un evento precipitante (sismo, inundación, pandemia), que no puede ser afrontada eficazmente a partir de las estrategias que usualmente emplean las personas, causando una experiencia de malestar (Benveniste, 2000). Por su parte, Slaikeu (1988) lo define como un estado temporal de desorganización producido por una amenaza real de perder algo importante y es caracterizado por la incapacidad de manejar situaciones particulares utilizando estrategias acostumbradas para solucionar problemas y por un déficit en el potencial de obtener un resultado positivo ante dichas situaciones.
- f) *Intervención en crisis*. De acuerdo con Zalaquett *et al.* (2017), es un manejo psicológico que se caracteriza por atender de manera pronta y breve la sintomatología aguda que se manifiesta por desequilibrio posterior a un acontecimiento doloroso. Cabe resaltar que Slaikeu (1988) es el principal representante del modelo cognitivo conductual para la intervención en crisis, así como lo conocemos actualmente, quien lo define como: “el proceso dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes se minimiza y la probabilidad de crecimiento (habilidades y opciones de vida) se maximizan”.

- g) *Primeros auxilios psicológicos*. Se refieren a la ayuda que se brinda a las personas afectadas directa o indirectamente por el impacto de una situación inédita, extraordinaria o inevitable y que se proporcionan en el momento en que se presenta la situación crítica, prestando una ayuda breve e inmediata de apoyo a la persona para restablecer su estabilidad personal a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual. Forman parte de las intervenciones de primer orden, son de corta duración y puede ser brindada por cualquier persona que se encuentre al momento que suceda la situación de crisis, los cuales generalmente suelen ser policías, servidores públicos, paramédicos, enfermeros, médicos, de ahí la importancia de una adecuada capacitación de esta estrategia (Sandoval y Sandoval, 2020).

Para Valencia y Trejos (2013), los cinco componentes que forman esta intervención son:

- Primer contacto psicológico, realización de comprensión y solidaridad
- Dimensiones del problema, magnitud del problema en el pasado, presente y futuro
- Posibles soluciones, mediatas e inmediatas de acuerdo con sus necesidades
- Ejecución de los pasos, brindar apoyo constante y permanente que facilite el proceso
- Seguimiento, acompañamiento en el proceso hasta que la crisis remita.

Tipos y fases de la crisis

Slaikeu (2000) menciona que las crisis pueden ser: a) los eventos que afectan a más de un individuo, crisis generalizadas; b) acontecimientos imposibles de prevenir, inesperados o imprevisibles;

c) las que surgen de transiciones de una etapa a otra, también llamadas normativas, o d) cambios conscientemente generados que son cambios vitales.

Por su parte, Villalobos (2009) propone una clasificación similar de las crisis en dos tipos generales: los de tipo natural y de tipo humano. En la primera, se presentan eventos meteorológicos, tectónicos o topográficos, mientras que la segunda hace referencia a eventos como las guerras, eventos sanitarios o accidentes. Asimismo, este autor asegura que toda crisis posee cuatro etapas: amenaza, impacto, consecuencias a corto plazo y a largo plazo. Con base en los postulados de Caplan (1974), acerca de la evolución de la crisis, se ha formulado una propuesta que consiste en cuatro fases:

1. *Shock o impacto agudo*. Se origina por un evento que genera afectación en la persona que lo vive, en la que se origina estrés, ansiedad, irritabilidad, desesperación, confusión e impotencia.
2. *Desorganización crítica*. Durante esta segunda fase, las estrategias de afrontamiento y resolución de problemas fallan y la tensión emocional aumenta hasta un nivel no tolerable para el individuo, generando un sentimiento de indefensión que puede experimentarse en diferentes grados, desde considerarla algo transitorio hasta significarla como una condición permanente y absoluta.
3. *Resolución*. Es la tercera fase en donde las personas pueden encontrar una solución a partir de los diversos intentos que realice para afrontar la crisis, aunque en varios casos es aquí donde se echa mano de la participación de los profesionales que manejen el modelo de intervención en crisis en donde se promoverán acciones de resolución distintas a las fallidas.
4. *Retirada final*. Solamente ocurre cuando la crisis no se puede resolver en las tres anteriores, implica un estado de agotamiento ante el proceso de adaptación y darse una

retirada total, a través de conductas suicidas, o parcial que puede ser, a su vez, interna, como una desorganización psicótica, o externa, por medio de un cambio radical del entorno, actividad, relaciones o hasta del nombre (Osorio, 2017). Partiendo de esta última fase, se identifica la relevancia que tiene la intervención en crisis, ya que permite prevenir que las personas tengan que pasar por las situaciones correspondientes a esa cuarta etapa.

Estas cuatro fases, aunadas a lo expuesto por Rocamora (2013), se resumen en que una crisis posee cuatro componentes mínimos: a) un acontecimiento amenazador, b) un estado de vulnerabilidad, c) un factor precipitante y d) un estado de crisis activa. Teniendo así un panorama completo de cómo el modelo concibe una crisis y así poder identificar los factores que intervienen en ella, mismos que se desarrollan en el apartado siguiente.

Factores de prevención, detonantes, de protección y de riesgo

Los factores de protección son aquellos que permiten a la persona responder de manera adaptativa ante eventos críticos y dentro de los cuales se tiene: ser joven, poseer un nivel de salud adecuado, ausencia de discapacidad, manejo del estrés preexistente, eventos traumáticos previos resueltos eficazmente, apoyo social efectivo, habilidades de afrontamiento adecuadas, expectativas reales del yo, contexto familiar armónico, entorno étnico y cultural de soporte, percepción e interpretación de los eventos e interacción entre el sujeto y el evento (Rubín *et al.*, 2010).

De acuerdo con Caplan (1974), las causas que detonan las crisis están referidas al evento precipitante, al tipo de crisis y a la funcionalidad de las estrategias de afrontamiento desarrolladas por la persona. Tienen que ver con la historia personal, la escala de

valores, el manejo de la pérdida, la frustración y la homeostasis física, psíquica y social.

En el trabajo de Bellak *et al.* (1980) se asegura que los elementos que interactúan en las crisis son condiciones personales (pensamientos, sentimientos y repertorio conductual), situacionales (creencias, estilos de afrontamiento, ciclo vital y medios de resolución) y del entorno (contexto y variables psicosociales).

Los factores de riesgo pueden ser entendidos como aquellas características y situaciones que hacen más vulnerable a la persona de iniciar un proceso de crisis, contraer una enfermedad, desarrollar un desajuste significativo o experimentar alguna situación complicada o inmanejable. Rocamora (2013) asevera que algunos factores de riesgo personales son: historia de crisis previas no resueltas, trastornos mentales, baja autoestima, relaciones insatisfactorias, falta de apoyo social, consumo de sustancias, aislamiento, confusión, desorientación, impulsividad, aunado a la valoración subjetiva de la experiencia.

Según Rubín *et al.* (2010) existen otros factores de riesgo que pueden ser falta de anticipación, tipo de desastre, agente destructivo, incertidumbre sobre la magnitud, efectos y duración del evento traumático, momento de aparición, pérdida personal o lesión, y proximidad con el evento.

Por consiguiente, es fundamental tener presente qué situaciones son un factor protector o de riesgo permitirá una mejor evaluación de la condición psicológica de la persona que atraviese un estado de crisis.

Consecuencias de la crisis

Las posibles consecuencias que se pueden encontrar tras los eventos traumáticos experimentados son comportamientos destructivos, agresivos, de descuido, omisiones, confusos o extraños.

Además, se pueden desencadenar estrés postrauma y estrés agudo (Benveniste, 2000).

En paralelo, Zalaquett *et al.* (2017) afirman que las crisis suelen conllevar temor a la pérdida de vidas, miedo, vulnerabilidad y otros tipos de privaciones; afectaciones emocionales y cognitivas, y situaciones de alteración en la salud física o emocional.

Villalobos (2009), por su parte, divide las consecuencias en tres ejes: *fisiológicas*, como memoria de sonidos o imágenes del evento, alteraciones del sueño, apatía, irritabilidad, abuso de sustancias, síntomas somáticos; *psicológicas*, ideación suicida, falta de control, intolerancia, alteraciones emocionales; y *sociales*, violencia en el hogar, infracciones, tensión familiar o con otras personas.

Si se analiza la investigación sobre el modelo de intervención de Slaikeu, entre mayor presencia de factores de riesgo y menor cantidad de factores de protección presente un sujeto, mayor será la posibilidad de iniciar el proceso de crisis intensa. Si esta se desencadena será alcanzará niveles de exaltación más altos y con peores consecuencias. Así que, respecto a las intervenciones, para atender la intervención en crisis, la aproximación cognitivo conductual ha demostrado obtener mejores resultados basados en evidencia objetiva. A continuación, se detalla el modelo.

Modelo de intervención en crisis desde la terapia cognitivo conductual

El modelo creado por Slaikeu (2000) es una forma de intervención psicológica breve y eficaz que se enfoca en reinstalar el nivel de funcionamiento cognitivo y emocional para que las personas puedan seguir adelante con su vida, al promover las capacidades afrontativas, abrir el panorama para la realización de cambios de vida y recuperar la capacidad de establecer redes sociales de apoyo para la superación e integración de la crisis. Esta intervención

pretende impactar de manera positiva en las conductas, los pensamientos y las emociones. La diferencia de este modelo con enfoque cognitivo conductual de cualquier otro tratamiento psicológico es que, en la primera intervención, se centra en los recursos y fortalezas del sujeto, no en la patología. Sus principales características son:

- Realización a corto plazo
- Orientada al problema
- Dirigida a producir cambios constructivos en la situación vital de la persona
- Favorecer la resolución adaptativa de la crisis mediante cambios positivos y perdurables.

El objetivo general de la intervención es proveer del apoyo y asistencia a las personas en crisis y sus familias, para auxiliarlos a recuperar el equilibrio psicológico lo antes posible, y así puedan identificar, comprender y manejar las vicisitudes de la crisis, para superarlas de manera positiva.

Como lo indican las teorías de la crisis, hay diferentes etapas en su desarrollo, las cuales indican una temporalidad de mayor vulnerabilidad de la persona y, por tanto, de mayor inestabilidad, razón por la que el modelo se ha dividido en intervención de primer y segundo orden, las cuales se describen a continuación.

Intervención de primer orden

La primera intervención está vinculada al momento inmediato o muy cercano a la crisis, mediante una asistencia en un periodo corto de tiempo y que, regularmente, se lleva a cabo en una sola sesión (Slaikeu, 1988).

Para ello se emplean los primeros auxilios psicológicos, los cuales tienen la misma lógica de los primeros auxilios médicos, que brindan los cuidados inmediatos y provisionales a las personas

accidentadas o con enfermedades de aparición súbita, ya que se utilizan las técnicas básicas para reducir el riesgo de mortalidad y mantener a la persona estable para su consiguiente atención integral (Estrada *et al.*, 2017).

La experiencia de crisis es tomada como un periodo de alto riesgo tanto para la persona como para su familia, por ello, se requiere de un apoyo psicológico disponible de manera inmediata y una ubicación de fácil acceso, pues existe peligro de mortalidad para sí mismo o para otros, de ahí la importancia de reducir la amenaza que puede representar la crisis. El principal objetivo de esta primera intervención es el enfrentamiento inmediato como enfoque principal (pasar el día/noche; planear lo mejor para la próxima etapa). En la práctica, esto se divide en tres objetivos particulares: proporcionar apoyo, reducir la mortalidad (abuso en niños, maltrato del cónyuge, suicidio y casos de homicidio) y vincular recursos de ayuda (referir a un asesor o especialista).

El primer contacto de ayuda se dirige a estas áreas, ya que la finalidad no es la resolución psicológica total de la crisis. Los primeros auxilios psicológicos los pueden realizar las personas que perciban la necesidad en el momento y lugar que surja. Por ello, se puede capacitar a cualquier individuo, psicólogo o no, para que brinden los primeros auxilios psicológicos, bajo la misma lógica que se capacita para los primeros auxilios físicos (Slaikeu, 2000).

El programa de *Primeros Auxilios Psicológicos* de Estrada *et al.* (2017), divide en ocho etapas que se resumen en el acrónimo ACERCARSE, las cuales se describen a continuación:

- a) *Ambiente*: exploración del contexto, redes de apoyo, necesidades del usuario, grado de afectación y riesgo inmediato.
- b) *Contacto*: observar los aspectos no verbales, proximidad, establecer una relación y preguntas sobre el acontecimiento.
- c) *Evaluación*: examen mental o CASIC (que se detalla más adelante), identificación de las emociones y pensamientos, estilos de afrontamiento, recursos personales y apoyo social.

- d) *Restablecimiento emocional*: favorecer la expresión afectiva, activación somática y mostrar disponibilidad permanente.
- e) *Comprensión de la crisis*: información general y específica sobre el evento detonante.
- f) *Activar*: procesamiento cognitivo, diseñar un plan de acción y acordar contratos verbales.
- g) *Recuperación del funcionamiento*: promover tareas y actividades concretas para el hogar y decisión de internamiento, solo si es necesario.
- h) *Seguimiento*: a corto (una semana o un mes), mediado (tres o seis meses) y largo (un año) plazos.

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2020) reporta que estos procedimientos cubren las etapas necesarias y suficientes para el primer contacto crítico con una persona en crisis, ya que es el comienzo del proceso para la superación de la misma. Cabe señalar que no es suficiente pero sí clave, para el apoyo de las personas en riesgo y que debe ejecutarse posterior al evento precipitante, permitiendo obtener una solución rápida e inmediata al problema.

Intervención de segundo orden

La segunda intervención, publicada también por Slaikeu (1988), tiene como meta dar continuidad al proceso de superación de la crisis mediante terapia psicológica breve, que va más allá de la restauración de afrontamiento inmediato, porque encamina a la resolución de la crisis para integrar a la vida de la persona afectada. El objetivo de este segundo orden es dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la crisis, lo que incluye el adecuado manejo de los sentimientos, el control de los componentes subjetivos de la situación para la superación de la crisis, con la finalidad de estar mejor preparado para encarar el futuro.

Esta intervención puede llevarse a cabo desde algunas semanas hasta meses y, a diferencia de la primera, debe llevarse a cabo por especialistas del área de la psicología (psicoterapeutas, psiquiatras, trabajadores sociales, orientadores, entre otros), ya que se requiere de mayores habilidades y entrenamiento que los facilitadores quienes realizan la intervención de primer orden; además, esta se lleva a cabo en un ambiente formal (consultorio, hospital, centro de salud mental, entre otros). En este punto es pertinente resaltar que la mayoría de los usuarios no llegan a esta intervención, puesto que se estabilizan, se adaptan y resuelven la situación de modo inmediato por lo que consideran innecesario continuar con la intervención de segundo orden.

Evaluación en la intervención en crisis

Lazarus y Folkman (1986) proponen un sistema de evaluación para conocer el estado en que evoluciona la psicoterapia, la cual se basaba en los ejes cognitivo, conductual y emocional. Este procedimiento es el precursor de lo que se conoce como modelo CASIC. El proceso de evaluación es importante para una oportuna intervención. Por las características del estado de la persona en crisis, se pensó en una primera valoración que pudiera rastrear el estado mental del paciente de forma directa e inmediata para detectar la gravedad y dimensión del problema. Con esta idea, se creó el modelo de evaluación CASIC.

Modelo CASIC

Slaikeu (1988) elaboró una valoración para medir el impacto de la crisis en el sujeto. Este modelo es muy importante previo a la intervención, pues permite evaluar de manera rápida y efectiva el funcionamiento mental de la persona en crisis, lo que permite apreciar,

de manera global, la desorganización y desequilibrio que provocó el evento precipitante. El impacto se rastrea mediante frecuencias, intensidades, temporalidades y congruencia entre las diversas modalidades. Con estos datos se puede determinar qué áreas se encuentran más dañadas y, por tanto, se puede delimitar un plan de tratamiento basado en priorización.

Dicho modelo se conforma de cinco dimensiones, las cuales se describen a continuación con la finalidad de profundizar sobre ellas, en especial cuando se está llevando una intervención de segundo orden; para ello, se requiere valorar la situación previamente. Asimismo, se proporcionan ejemplos de algunas preguntas que se pueden plantear sobre cada una:

- a) *Conductual*. Se refiere a las conductas manifiestas como el trabajo, juego, pasatiempos, ejercicios, dieta, conducta sexual, hábitos de sueño, consumo de drogas, tabaco, alcohol, conductas suicidas, agresivas u homicidas. Además de estar en constante observación sobre las conductas manifiestas del paciente/usuario, se pueden realizar cuestionamientos como: “¿Me puede describir que hace a lo largo del día, lo más detallado posible en las acciones que realiza?, ¿cómo son sus hábitos de sueño, posteriormente al suceso?, ¿suele consumir alguna sustancia tóxica?”. En caso de respuesta afirmativa a esta última pregunta, profundizar el tema con las siguientes preguntas: “¿cuáles y en qué momento las consume?, ¿qué cantidad de consumo tiene?, ¿cada cuánto consume?”
- b) *Afectiva*. Se refiere a los sentimientos y afectos que se perciben en la persona en crisis, y se contrastan con las circunstancias de vida para identificar si son apropiados entre sí. Para esta dimensión se pueden realizar preguntas como “¿En estos momentos qué emociones experimenta?”, “Me dice que se siente _____ de esta manera, ¿me podría describir a que se refiere?” Se puede señalar

manifestaciones que se observen del usuario/paciente para ahondar sobre ellas; “La noto con ganas de llorar, ¿qué emociones son las que generan ese llanto?”

- c) *Somática*. Se refiere a las sensaciones corporales (incluyendo los sentidos), el funcionamiento físico y la salud. En este punto, es preciso subrayar que, dentro de las explicaciones sobre la aparición de las crisis, Cortés (2003) expone que fisiológicamente existe un mecanismo que parte de un estímulo externo que entra por los sentidos excitando el hipotálamo, la amígdala, el sistema límbico (respuesta somática y emocional) quedando bloqueada la corteza cerebral (respuesta racional). Un sistema que se retroalimenta hasta que se detiene al introducir nuevos estímulos. Por lo anterior, se deben revisar las manifestaciones corporales como los dolores de cabeza, estomacales, afecciones de piel o de cualquier tipo. Para el rastreo de esta área se pueden realizar preguntas como: “¿a partir del evento crítico ha identificado algún malestar, como dolor de cabeza, cansancio, entre otros?, ¿ha notado algún cambio en su estado de salud después del evento crítico?”
- d) *Interpersonal*. Se refiere a la cantidad y calidad de las relaciones sociales entre la persona en crisis y la familia, amigos, vecinos o compañeros de trabajo. Se debe revisar la manera en la que se relaciona, cómo resuelve conflictos y sus redes sociales de apoyo. Algunas interrogantes que pueden realizarse son: “¿me puede describir cómo es la relación con los integrantes de su familia? (esta pregunta se puede hacer para los diversos contextos donde interactúa el paciente/usuario), “¿con quién puede acudir si presenta algún problema?, ¿ha platicado de este problema con alguien?, cuando tiene un problema ¿con quién suele acudir para apoyarse?”

- e) *Cognoscitiva*. Se refiere a todas las imágenes descritas verbalmente, se deben revisar: metas y proyecciones de vida, recuerdos, pensamientos, sueños actuales (diurnos y nocturnos), creencias religiosas y juicios. Algunas preguntas que pueden realizarse son: “¿ha tenido algún pensamiento sobre suicidio?, ¿hay algunas ideas o imágenes que vengan a su mente después de este incidente?, ¿qué espera usted después de este problema?”

Una breve historia acerca del estado previo a la crisis es necesaria, a fin de poder tener una comparativa de las áreas y apreciar de manera más completa la desorganización y desequilibrio del incidente particular. Con respecto a este punto, es pertinente enfocarse en los siguientes aspectos:

- Los medios anteriores para enfrentar y resolver problemas
- Los recursos personales y sociales
- Las fortalezas y debilidades, así como excedentes o carencias identificadas en el CASIC
- Conflictos no resueltos o asuntos inconclusos que puedan reactivar el incidente
- Satisfacciones o insatisfacciones de vida
- Ciclo de vida
- Desarrollo previo de la crisis
- Metas y estructuras vitales para lograr objetivos
- Si hay receptividad al apoyo o no
- La flexibilidad al ajuste entre el estilo de vida y los grupos sociales.

Así es como se retoma la información de la exploración, a través de la evaluación CASIC (mnemotecnia de las cinco dimensiones de evaluación del estado mental), aprovechando los datos en el desarrollo de la intervención, ya sea de primer o de segundo orden. La evaluación CASIC se puede repetir en distintos momentos del

proceso para tener un parámetro objetivo acerca del estado psicológico de la persona intervenida y determinar si ha habido avances. Además de incorporar algunas técnicas y estrategias de tipo cognitivo conductual para modificar la o las conductas problema que mantiene el estadio de crisis, proceso que se desglosa enseguida.

Estrategias y procedimientos de intervención

Antes de iniciar una intervención crisis se deben considerar algunos aspectos relevantes, ya que existe una sintomatología múltiple que requiere de una especialización en aproximación y técnicas. Primero, se debe contemplar para quién va dirigida la intervención, por ejemplo, el trabajo que se tiene con niños, adolescentes o adultos no es similar por las propias características del ciclo de vida de cada una de estas etapas. Además, hay que identificar las personas que necesitan de alguna hospitalización, por tener antecedentes de conductas suicidas, que hayan pasado por situaciones de extrema violencia, abuso o incluso violaciones. De tal modo que, en este apartado se revisará un abordaje general para ambas las intervenciones de primer y segundo orden, ampliando lo expuesto en los apartados anteriores.

Slaikeu (1988) menciona que es importante saber qué hacer dentro de la atención que se da durante el momento de la intervención. Como parte del procedimiento de primer orden, se debe considerar:

- a) *Enfocarse en el problema.* Cuando hay desorganización mental, el dolor, enojo o desesperación predominan, por lo que el discurso es incoherente y distorsionado. Es oportuno mantenerse en la catarsis emocional de lo que implica el problema.

- b) *Valorar las áreas más afectadas.* El proceso de la crisis comprende manifestaciones de la estructura CASIC, que permitirá identificar las áreas con mayor alteración.
- c) *Identificar la pérdida.* Los estados de dolor psíquico se relacionan con mucha frecuencia con una pérdida importante, por lo que se debe conocer el significado tiene para la persona y así poder establecer lo que es relevante de lo que no lo es.
- d) *No confrontar o interpretar.* No rechazar nada de lo que la persona diga, hasta que se establezca un vínculo de confianza y el haber explorado todas sus opciones. Posteriormente, no dar explicaciones complejas, ni obligar a la persona a modificar su estado emocional, ya que eso lo podría hacer sentir culpable y desesperado.
- e) *Motivar una actitud propositiva.* Si el pensamiento de la persona es negativo o distorsionado, es recomendable motivarla a realizar alguna acción sencilla y clara, reforzando sus pequeños logros.
- f) *Sujetarle al deseo de vida.* En toda persona en crisis, aun con alto riesgo suicida, hay una parte que quiere vivir; es fundamental enfocarse en esa parte. Cuando exprese que no hay nada por lo que quiera vivir, hay que impulsar a pensar, qué le detendría a realizar dicho acto para intentar crear un deseo inmediato de vida. Plantear alguna actividad para más tarde y para el día siguiente.
- g) *No entrar en debate, ni discutir.* Hay que evitar contradicciones, caer en provocaciones y evitar comentarios idealistas.
- h) *Sugerir opciones posibles.* Ayudar a encontrar metas y objetivos realistas. Hay que proveer de cierto sentido de control sobre la situación y cómo va a reaccionar ante ella.
- i) *No dar consejos directos.* Nunca se deben dar consejos directos ni esperar que se arme solo el rompecabezas. Hay

que guiar a la persona, buscar posibilidades para una posible elección.

- j) *Ser paciente.* Hay que establecer confianza y movilizar recursos. Tener conocimiento de los lugares o profesionales con las que se pueda referir a las personas.
- k) *Dejar que la persona establezca el ritmo.* No apresurarlo.
- l) *Realizar las cuatro preguntas clave:*
 1. ¿Cuáles son sus ideas relacionadas con la dificultad o problema?
 2. ¿Qué ha hecho para mejorar la situación?
 3. ¿Qué le ha impedido solucionar el problema?
 4. ¿Tiene a alguien que le ayude a solucionar el problema?
- m) *Hablar de varios tópicos.* En orden y siempre en relación con el problema.
- n) *No prometer lo que no es posible.* De lo contrario, puede haber pérdida de credibilidad y confianza.
- o) *Usar siempre un sentido de esperanza.* Se pueden formular algunas preguntas como: “¿quién espera por usted?, ¿qué otras posibilidades tiene?”
- p) *Mantener la conversación.* Enfocarse en él o ella, evitar las preguntas personales.
- q) *Establecer un compromiso de búsqueda de ayuda.* Puede ser por medio de una llamada telefónica a un lugar especializado, o bien, acudiendo directamente a alguna instancia adecuada. Se intenta regresar el control a la persona, así como la posibilidad de que reciba ayuda especializada.

Hasta este punto se han presentado estrategias correspondientes a la intervención de primer orden, las cuales, como se ha mencionado, son distintas a las de segundo orden, por lo que a continuación se exponen dichos procedimientos.

Esta fase debe ser llevada por algún profesional de la salud mental, por lo que hay que contemplar que cada profesional puede dar un acercamiento diferente, sin embargo, hay que considerar los aspectos de la terapia breve.

Como primer punto, es de gran relevancia identificar las características de la situación de crisis cuando no está resuelta y se requiere intervenir. Por ejemplo, los eventos anticipatorios o que se pueden prevenir, el grado de vulnerabilidad de la persona ante la situación, el grado de tensión del incidente, qué tan prolongada ha sido la temporalidad del evento y el grado del impacto de la situación para la vida de la persona (Martínez, 2020).

También hay que considerar los procedimientos base, durante los cuales hay que tener en cuenta los aspectos siguientes:

- a) La detección y reconocimiento de aquella sintomatología asociada a situaciones traumáticas como objetivo prioritario en esta fase, por ello, es importante realizar evaluaciones ante determinadas sintomatologías o signos para prevenir algún tipo de psicopatología o trastorno.
- b) Es de gran relevancia tener predictores de una inadecuada resolución de la crisis como el duelo complicado o agudo, las características individuales relacionadas con la personalidad que denoten algún tipo de trastorno o al desarrollo de una posible psicopatología (Alarcón *et al.*, 2005).

Si tiene en cuenta los aspectos anteriores, es viable describir los tres procedimientos base, además de proponer algunas técnicas cognitivo conductuales, útiles para cada uno, las cuales se desglosan continuación:

1. *Dominio cognitivo*. Este procedimiento tiene el objetivo de promover una comprensión realista de lo ocurrido, de las creencias y expectativas. Dentro de las técnicas propuestas se encuentra la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), la reestructuración cognitiva, toma de

- decisiones, tareas para la casa, fantasías dirigidas, intervenciones paradójicas, detención del pensamiento, implosión (inundación) y orientación anticipatoria.
2. *Adaptaciones conductuales y personales.* El segundo procedimiento tiene como meta efectuar cambios o ajustes en los patrones cotidianos de comportamiento en áreas vitales y en sus relaciones interpersonales. Las técnicas recomendadas son: tareas para la casa, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, establecimiento de redes, *role playing*, biblioterapia, desensibilización sistemática, ensayo de la conducta, entrenamiento autógeno, intervenciones paradójicas, implosión, modelamiento y solución de problemas (Villalobos, 2009).
 3. *Dominio emocional.* En este último procedimiento se busca disminuir la ansiedad, la culpa, el miedo, la negación, frustración, entre otros, a través de dar seguridad y sentido de control de la situación, para fortalecer las capacidades de afrontamiento y adaptativas. Por ello, es preponderante posibilitar la exteriorización del dolor, legitimidad de los síntomas experimentados, disminuir el estrés de amenazas psicológicas, detectar distorsiones cognitivas, aprovechar el beneficio de la cohesión familiar, informar de los síntomas típicos en casos de duelo, detectar síntomas atípicos, fundamentar la importancia de implicarse activamente en la elaboración de la situación de pérdida, y resolución de dudas puntuales (Alarcón *et al.*, 2005).

Retos de la intervención en crisis

Uno de los grandes retos que se presenta con frecuencia, por ejemplo, es la situación de confinamiento debido a la pandemia y que ha desatado o maximizado las diferentes sintomatologías de la gente,

tales como la ansiedad, el estrés psicológico y la depresión, además de la posible presencia de psicopatologías como la esquizofrenia (Frances, 2020). Ante estos síntomas, es posible que se pueda considerar realizar alguna evaluación previa a la consulta que indique la existencia leve o severa de estos síntomas.

Sin embargo, existen otras problemáticas que se han incrementado de manera importante por la situación de la covid-19 y que agravan el escenario de tensión por el confinamiento, como la violencia familiar que puede afectar a los diversos miembros de la familia y en diferentes intensidades (Gómez y Sánchez, 2020). Es básico considerar un abordaje específico de violencia, además de las evaluaciones de ansiedad, estrés y depresión para trabajar con cada aspecto de manera integral.

Enseguida, se presenta un caso clínico que ejemplifica las maneras de aproximación de la intervención en crisis de acuerdo con lo que se ha revisado.

Viñeta clínica

Brenda es una mujer de 20 años, estudiante de veterinaria, soltera, vive con ambos padres y una perra llamada Canela. La semana pasada regresaba de la universidad hacia su casa cuando un sujeto la siguió mientras bajaba del transporte público, la amenazó con un cuchillo, le quitó sus pertenencias de valor y comenzó una agresión sexual hacia ella. Al estar sometida a un alto grado de estrés y miedo, Brenda se sintió en *shock*, por lo que no se percató del grado de agresión sexual sufrida, si fue abuso sexual o una violación. En ese momento pasó un vecino conocido, el atacante se sorprendió y no pudo concretar su ataque por lo cual huyó. El vecino, al ver su grado de vulnerabilidad se mantiene en una distancia apropiada para acompañarla, pero no para que se sienta incómoda, la acompaña a su casa y, enseguida, se retira.

Al ingresar a su domicilio, Brenda se observa pálida, temblorosa, con respiración agitada y callada. Canela se acercó a Brenda, pero la ignoró. Cuando su madre, Clara, le pregunta cómo le fue ella suelta a llorar profusamente, se talla la cara, no pronuncia palabras y solo observa un punto fijo en el horizonte. Clara se preocupa y le pide a Marcos, su esposo, que hable con su hija. Marcos la observa desaliñada, confusa, aterrorizada, con sus músculos endurecidos, con cara inexpresiva, como si no entendiera lo que le pregunta. Así que ambos padres, asustados y con premura, buscan atenderla con una amiga de la familia que es psicóloga llamada Blanca.

Fase de evaluación

Blanca acude de inmediato al domicilio y se acerca amablemente a Brenda, la lleva a la sala de su casa, le pregunta su nombre y datos generales, la observa guardando la calma, con voz tranquila y pausada le cuestiona si está bien. Paulatinamente, Brenda comienza a narrar lo que le acaba de pasar, incluyendo que le duele el pecho, siente miedo, desea que eso nunca hubiera ocurrido y se pregunta qué hubiera podido hacer para evitar toparse con ese sujeto. Una vez que está en condiciones de describir lo vivido le pregunta detalles acerca de cómo se está sintiendo, qué está pensando y qué sucedió antes, durante y después de los hechos.

Brenda responde que se siente muy inquieta, tiene deseos de salir y correr para ver si logra calmarse, la observa y nota que se talla mucho las manos, la cara y el cabello y se mueve mucho en el asiento (conductual); se reporta con mucho nerviosismo, confundida y culpable: “Esto no me debió haber pasado” (afectiva); en el cuerpo siente que le sudan las manos, opresión en el pecho, la boca seca y siente un “nudo en la garganta” (somática); se siente segura con sus padres, no quiere que la dejen sola ni por un momento, aunque también se siente cómoda con Blanca y comienza a acariciar a Canela (interpersonal). Sin embargo, no logra recordar físicamente

al agresor, no recuerda con claridad datos como el lugar, su vestimenta, la hora, ni la duración del ataque, piensa qué hizo ella para provocarle. Concluye que lo mejor sería no volver a salir a la calle sola (cognitiva).

A partir de la evaluación, Blanca detecta que Brenda está pasando por una situación crítica con potencial para complicarse y necesita apoyo urgente, ya que se encuentra transitando por una emergencia emocional.

Fase de intervención

1. *Contacto psicológico.* En todo momento, Blanca la mira con interés, escucha todo lo que Brenda le refiere, cuida que su tono de voz sea bajo y calmado, mantiene una cercanía física asegurándose que ambas se sientan cómodas, le muestra tranquilidad, paciencia, respeto y seguridad, no la critica, confronta ni juzga, es cálida y busca ser empática.
2. *Definir y delimitar el problema.* Después, Blanca le hace preguntas como: ¿qué es lo que más te preocupa en este momento?, ¿cuál es el problema que se debe resolver en este momento?, ¿cómo te sientes ahora? Por momentos utiliza las mismas palabras de Brenda para formular nuevas preguntas, además de hacer resúmenes de lo que Brenda va respondiendo. Además de preguntarle si tiene deseos de lastimarse de algún modo, los cuales niega rotundamente. En diferentes ocasiones refiere que se siente muy confundida, porque no recuerda si el sujeto la penetró, pues estaba en *shock* y todo fue demasiado rápido. El problema que considera prioritario es atender el posible ataque sexual que sufrió, ya que no saben qué tan grave fue.
3. *Posible soluciones.* Al explorar las alternativas para resolver el problema, Brenda piensa que puede irse a dormir con algunos familiares, cambiarse de casa más cerca de la escuela, tomar un té para relajarse, escuchar música tranquila, contarle todo a su

mejor amiga o acudir con un médico para que la revise. Tras analizar los pros y contras de las posibilidades ambas acuerdan que la revisión médica es urgente.

4. *Acción concreta.* Blanca y Brenda elaboran un plan de acción que consiste en buscar un sitio médico en donde puedan revisar a Brenda y que le proporcionen el protocolo para este tipo de delitos sexuales. Clara, la madre, tiene el número de su ginecóloga, quien las puede atender en ese momento en su consultorio privado. De modo que Brenda decide que Clara y Marcos la acompañen, pero ninguno entrará a la revisión, ya que sería demasiado incómodo.

Blanca vuelve a observar la conducta de Brenda, le pregunta nuevamente cómo se siente y qué está pensando. Brenda responde que tiene esperanza de que la doctora le diga que estará bien, les dará un tratamiento y la orientará sobre lo que tiene que hacer, así que está en espera de su consejo, y añade que sigue asustada, pero se siente acompañada y segura físicamente. Así que Blanca acuerda con Brenda que le llamará por teléfono en una semana para saber cómo sigue y se despide.

Etapa de seguimiento

5. *Seguimiento.* Una semana después, Blanca visita a Brenda (contacto) y le pregunta nuevamente cómo ha estado. Brenda le platica que tomó como medidas preventivas la anticoncepción de emergencia, un tratamiento para evitar infecciones de transmisión sexual y siguió las recomendaciones. Con apoyo de sus padres y de la médica, Brenda levantó la denuncia correspondiente. Actualmente, ha disminuido su nerviosismo y estrés, aunque sigue con temor; está segura de que actuó correctamente, no piensa en hacerse daño y considera que esta

situación será transitoria. En un mes más volverán a hablar para ver cómo se ha sentido.

En términos generales, el caso nos ayuda a remarcar la intervención de primer orden, aunque cabe señalar que los momentos de intervención pueden no ser secuenciados, dado que pueden ser recursivos, y puede darse el caso de presentar recaídas, de tal modo que debe adaptarse al contexto, las necesidades, el grado de afectación y los recursos disponibles para cada sujeto. Para cerrar, es útil mencionar que es un modelo dinámico, flexible y eficaz.

Conclusiones

Las crisis pueden presentarse a cualquier persona y surgir en cualquier etapa de la vida, ya sea por el ciclo en el que transcurre o por algún evento precipitante. Aunque las personas pueden enfrentarla con los recursos ya conocidos a través de sus experiencias, existe el riesgo de resolverla de manera negativa, de ahí que la gran aportación de la intervención en crisis radica en que se genera mayor posibilidad de tener una resolución positiva ante la adversidad.

El modelo de intervención en crisis de Slaikeu es bondadoso porque permite ayudar a las personas que se encuentran en plena impresión del evento y que necesitan algún tipo de apoyo de manera inmediata, ya que en este primer momento puede ser brindado por personas que no cuentan con formación profesional. En vista de lo anterior, es recomendable promover y aplicar estrategias de orientación y capacitación en primeros auxilios psicológicos para público en general, inclusive, debe ser un conocimiento necesario para personal de los cuerpos policiales, paramédicos, enfermeras, que suelen ser los primeros en acudir al auxilio de personas que han sufrido un evento traumático.

Es importante que se señale de manera precisa la relevancia de la intervención de segundo orden, ya que contener el episodio no es resultado de haber superado la situación. Se requiere, en este caso, de personas capacitadas y formadas en el área de la salud mental para dirigir un proceso adecuado a la resolución de la crisis y de poder incorporar nuevos mecanismos de afrontamiento y resolutivos en la vida de las personas que han pasado por eventos amenazantes.

Por otro lado, el modelo no solo sirve para la atención e intervención en el problema, sino que también puede ser preventivo. Por ejemplo, en situaciones donde una persona tiene que pasar por una cirugía, sufrir alguna amputación o alguna pérdida de un ser querido por enfermedad crónica, los lineamientos y procedimientos de este tipo de intervención puede ser utilizado de manera preventiva para mitigar los efectos de estas situaciones y fortalecer a las personas que lo experimentan. El modelo es funcional en los tres niveles de intervención, aunque no se caracteriza por ser lineal, ya que el entendimiento de las etapas de la crisis nos orienta a saber que, dependiendo de la etapa, del contexto y de las habilidades individuales de la persona, habrá facilidades o dificultades para superar la crisis.

Es trascendente que el psicólogo en formación se haga del conocimiento y habilidades generales que plantea el modelo, pues el hecho de trabajar en el terreno emocional de las personas los expone a una gran posibilidad de tener que contener y trabajar las crisis que se presenten a lo largo de la práctica profesional; más aún, con el reto que se presenta por la pandemia del covid-19 en la actualidad. Es fundamental saber que, independientemente de la formación en el área de la salud mental, el psicólogo también se encuentra bajo posibles situaciones de estrés, ansiedad, incluso de depresión. Por ello, deberá responsabilizarse de su propia salud mental y llevar un tratamiento terapéutico, antes de atender a este tipo de población.

Resumen

1. El presente capítulo tiene la finalidad de introducir al lector al modelo de intervención en crisis desde un enfoque cognitivo conductual.
2. Se inicia exponiendo los principales acontecimientos que originaron el nacimiento del modelo y se definen los conceptos clave y necesarios para identificar los lineamientos teóricos que rigen esta intervención, como el de crisis, sus fases y sus tipos, así como sus causas, consecuencias y factores de riesgo y contención.
3. Se describen los dos momentos del modelo; la intervención de primer orden con las estrategias de los Primeros Auxilios Psicológicos, y la de segundo orden, mencionando los procedimientos que se deben seguir, así como algunas técnicas cognitivo conductuales que pueden utilizarse.
4. Se incluye un apartado sobre el proceso de evaluación para la atención de una crisis, el cual es primordial para todo tipo de intervención, en este punto se desarrollan las dimensiones propuestas por el modelo CASIC, el cual permite obtener un panorama rápido y claro sobre las afectaciones generadas por la vivencia de una situación traumática.
5. Por último, se presenta una viñeta clínica que le permita al lector ejemplificar en un caso práctico la forma en que se lleva a cabo el modelo de intervención en crisis.

Referencias

- Alarcón, E., Alcaraz, B., Corpas, A., López, A., Montilla, A., Navarro, R. y Soriano, A. (2005). *Protocolo de intervención psicológica en crisis ante situaciones de emergencia y de desastre*. Patronato Provisional de Servicios Sociales de Córdoba.
- Álvarez, J., Andrade, C., Vieyra, V., Esquivias, H., Merlín, I., Neria, R. y Bezanilla, J. M. (2020). *Manual operativo del Curso Emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID-19 en México. Módulo 1*. http://inprf.gob.mx/ensenanzanew/archivos/2020/manual_brigadas_2020.pdf

- Bellak, L. y Small, L. (1980). *Psicoterapia breve y de emergencia* (2ª ed.). Pax.
- Benveniste, D. (2000). Intervención en crisis después de grandes desastres. *Revista de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas*, 8(1), 1-6. https://www.thecjc.org/pdf/benveniste_intervencion.pdf
- Clavijo, A. (2002). *Crisis, familia y psicoterapia*. Editorial Ciencias Médicas. http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/Crisisfamiliapsicoterapia.pdf
- Cortés, E. G. (2003). La percepción psicológica del riesgo y el desastre: aspectos neuropsicológicos. *Cuadernos de crisis*, 2(1), 31-39. http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2003/cdc_002.pdf
- Estrada, L., Gutiérrez, L. y Hernández I. (2017). *Manual básico de primeros auxilios*. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual_primeros_auxilios_2017.pdf
- Frances, S. (2020). *El COVID-19 y la salud mental: ¿Cuáles son las consecuencias?* Universidad Iberoamericana. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1339/133963198003/index.html>
- Gómez, C. y Sánchez, M. (2020). *Violencia familiar en tiempos de COVID*. Senado de la República LXVI Legislatura. http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4891/ML_187.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez Roca.
- Lindemann, E. (1977). *Crisis intervention*. Master Work Series.
- Martínez, C. (2020). *Intervención y psicoterapia en crisis en tiempo del coronavirus*. Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia. https://static1.squarespace.com/static/5daf0d6d5bac5f5c44e5d5d2/t/5f4dc4a0e159c332035bd492/1598932132225/GUIA-IC-COVID-19_abril2020+%282%29+%281%29.pdf
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2020). *Guía de primeros auxilios psicológicos y apoyo psicosocial para primeros respondientes. SARS CoV-2*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/GU%C3%8DA-PAP-COVID-19_2020.pdf
- Osorio, A. (2017). Primeros Auxilios Psicológicos. *Integración Académica en Psicología*, 5(15), 4-11 <https://integracion-academica.org/attachments/article/173/01%20Primeros%20Auxilios%20Psicologicos%20-%20AOsorio.pdf>
- Puente, F. G. (2007). *Sistema de medicina por teléfono*. Libro conmemorativo 1992-2007. Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono, Cruz Roja Mexicana, Secretaría de Salud y Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Desclée De Brouwer.
- Rubín, B. y Bloch, E. L. (2010). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: Teoría y práctica*. Desclée De Brouwer.
- Sandoval, E. y Sandoval, J. (2020). Psicología de la emergencia en contexto de pandemia: aportes y herramientas para la intervención psicológica. *Revista Tesis Psicológica*, 15(2), 1-32. <https://doi.org/10.37511/tesis.v15n2a14>
- Slaikeu, K. A. (1988). *Intervención en crisis*. Manual Moderno.
- Slaikeu, K. A. (2000). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. Manual Moderno.
- Vaca, J. F., Carpio, J. D. y Brito, F. A. (2017). Primeros auxilios psicológicos y su aplicación en duelos complicados, conflictos, y movilidad humana. *Cuadernos de crisis y emergencias*, 18(1), 36-42. http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2019/numero18vol1_2019_3_ppaa_psic_duelos.pdf
- Valencia, A. y Trejos, J. (2013). Los primeros auxilios psicológicos en el servicio de atención al ciudadano desde un enfoque humanista. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, 4(2), 42-52. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=517751544005>
- Villalobos, A. (2009). Intervención en crisis en situaciones de desastre: Intervención de primera y segunda instancia. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXVI (587). <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2009/rmc091b.pdf>
- Zalaquett, P. y Muñoz, E. (2017). Intervención en Crisis para pacientes hospitalizados. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 835-840. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-intervencion-en-crisis-para-pacientes-S0716864017301578>

Telepsicología: intervenciones vía Internet en psicología clínica

Lorena Alejandra Flores Plata
Anabel De la Rosa Gómez
Georgina Cárdenas López

Introducción

La revolución surgida a partir de las tecnologías digitales, en particular de la incorporación de Internet, ha superado expectativas de alcance y comunicación en todo el mundo, ya que ha favorecido la cercanía entre personas con el uso de sistemas inteligentes y potenciado los avances en temas de entretenimiento, socialización y en los servicios de salud, incluidos los de psicología. Esto se ha evidenciado de manera contundente durante la pandemia por la covid-19 (De la Rosa, 2021; Pierce *et al.*, 2021).

En la intervención clínica, el uso de tecnologías es una alternativa viable y útil que ofrece a los usuarios herramientas que facilitan el acceso a los servicios de salud mental, e incrementa la posibilidad de intervención y de motivación para los involucrados. Las aplicaciones de las tecnologías abren un abanico de posibilidades, entre ellas realizar acciones de prevención, evaluación, intervención y seguimiento de un gran número de personas de diversos lugares a través de modalidades de bajo costo, así como la incorporación de recursos tecnológicos como *biofeedback*, realidad virtual y sistemas asistidos por computadora autoaplicados o híbridos con asistencia

(Armayones *et al.*, 2015; Botella *et al.*, 2008; Cárdenas *et al.*, 2008; Distefano *et al.*, 2018).

Cabe señalar que los servicios de telepsicología deben establecerse en un ambiente organizado que englobe herramientas tanto para el terapeuta como para los pacientes, con un sistema de servicios clínicos que organice y facilite la información, permitiendo la movilidad de contenidos y, sobre todo, promoviendo la salud mental.

Hoy día, las prácticas terapéuticas en línea (en cualquier tipo de dispositivo), además de cubrir las necesidades de pacientes que viven lejos del consultorio psicológico o clínica, y que buscan psicoterapia, también se vuelven espacios motivadores para recibir un tratamiento ya sea por comodidad, economía o por la familiaridad que se tenga con la tecnología, cuyo papel es fundamental en estas alternativas de tratamiento.

Este capítulo tiene como objetivo ofrecer un panorama actual sobre los alcances que ha tenido la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la psicología, específicamente en servicios de telepsicología. Se muestra el desarrollo en otras partes del mundo, así como los esfuerzos particulares que se han llevado a cabo en México; por último, se proponen algunas recomendaciones en caso de utilizar esta vía de trabajo.

Antecedentes de la incorporación de Internet en psicología clínica

Desde la incorporación de tecnologías como el teléfono o el fax, comenzó a visualizarse el apoyo de la tecnología como un aliado para la salud para acercar y hacer accesible la información o tratamientos médicos a las personas.

A finales del siglo xx, la introducción de Internet en la vida cotidiana comenzó con su incorporación en las universidades y centros educativos, principalmente. Esto favoreció que dentro de estos

espacios se iniciaran varias de las propuestas para ofrecer servicios psicológicos, tanto por las demandas de los estudiantes como por las facilidades que los medios tecnológicos ofrecen. Así fue como investigadores en psicología comenzaron a implementar tecnologías en el ámbito psicológico.

La telesalud, concepto que refiere al uso de las tecnologías de la comunicación en el ámbito de la salud, surgió por el incremento en la demanda de tratamientos y con el fin de concertar el encuentro de un profesional con un cliente, incluso a pesar de la distancia. La telesalud fue definida por Stamm (1998) como el uso de las TIC para proporcionar atención clínica a distancia. Una definición más amplia de este concepto se refiere a la atención de la salud ofrecida por especialistas y mediada por la tecnología y a otras actividades relacionadas con la inclusión de la educación de la salud, la administración y la formación.

Autores como Kraus *et al.* (2004), Marks *et al.* (2007) y Wootton *et al.* (2003) indican que la asesoría y psicoterapia vía Internet se caracterizó desde sus inicios como una forma de intervenir y de llegar a personas a las que previamente no era posible atender, por medio de una herramienta relativamente fácil, económica y accesible, y dejando atrás prácticas como recurrir a editores de revistas, periódicos, libros, entre otros. En la actualidad, la información para pacientes y terapeutas está disponible todo el tiempo y desde cualquier parte del mundo; sin embargo, no todas las intervenciones se limitaron a desarrollos o intervenciones autoaplicadas, también se investigó sobre intervenciones sincrónicas, como la psicoterapia vía Internet.

Posteriormente, Suler (2000) utilizó el término ciberterapia, describiéndola como un medio psicoterapéutico mediado por la tecnología y a través de la computadora, diseñado, facilitado o prescrito por un profesional en salud mental.

Cuando se habla y define la práctica terapéutica en línea se hace referencia a diferentes acepciones. Abbot *et al.* (2008) las

clasifican en las categorías taxonómicas siguientes: terapia electrónica (*e-therapy*), asesoramiento electrónico (*e-counseling*), sitios web de información sobre salud mental (*mental health information websites*), sitios web de programas de tratamiento autoguiados (*self-guided treatment program websites*), grupos de apoyo en línea (*online support groups*), exámenes y evaluaciones de salud mental en línea (*online mental health screening and assessments*). Estas acepciones comparten el uso de Internet como herramienta para facilitar los servicios terapéuticos. Asimismo, estos autores definieron la terapia por Internet como la interacción entre un usuario y un terapeuta, a través de Internet en asociación con un programa estructurado de tratamiento clínico basado en la web.

Hoy día, la sociedad se encuentra familiarizada con las tecnologías de la información y la comunicación, así como con la telepsicología, los servicios vía Internet no parecen tan ajenos como hace algunas décadas, por lo que será necesario insistir en buenas prácticas al hacer uso de estas.

Características de las intervenciones de telepsicología

Las características en intervenciones de telepsicología, para pacientes y terapeutas, van desde cuestiones específicas como beneficios, limitaciones, candidatos y tipos de intervención, hasta características tanto de las sesiones terapéuticas como de las herramientas a utilizar en el proceso terapéutico, mismas que se describen a continuación.

Sobre los beneficios para los pacientes que solicitan servicios vía Internet se encuentran que un usuario puede mandar un mensaje al terapeuta en momentos en que pudiera sufrir algún conflicto o crisis emocional, describiéndolo con mayor detalle, incluso dejando un video o nota de voz, y recibir retroalimentación sin esperar el

día de consulta (si esto es parte del acuerdo terapéutico); puede resultar un medio con el cual el paciente esté familiarizado, se sienta cómodo y seguro al utilizarlo; el paciente puede tener acceso a plataformas de servicios especializadas que faciliten el tratamiento, así como programas psicológicos que se ajusten a esta modalidad; resulta más apropiado para pacientes con discapacidad física que no puedan trasladarse hasta un consultorio para consulta psicológica; para algunas personas puede ser más sencillo revelar información que sea considerada por el paciente como vergonzosa o incómoda, asimismo, se puede apoyar la terapia con aplicaciones móviles de fácil acceso (Bermejo, 1999; Cárdenas *et al.*, 2007; Richard & Richardson, 2012).

Para los profesionales de los servicios de salud mental el empleo de dispositivos tecnológicos conectados a la red (computadora, laptop, teléfonos inteligentes) posibilitan el brindar servicios desde plataformas especializadas para dar terapia, archivar íntegramente toda comunicación mantenida entre psicoterapeuta y paciente, así como la comunicación que pueda surgir entre citas; el o la terapeuta cuenta con un registro total del material clínico que el paciente proporciona vía Internet; también puede contestar dudas relacionadas con el tratamiento por mensaje (de audio o de voz), generando un contacto y empatía terapéutica, teniendo una idea más clara y precisa de lo que le ocurre al paciente en ese momento, sin omitir detalles que pudieran ser olvidados o pasados por alto; asimismo, puede recibir supervisión a distancia, sincrónica o asincrónicamente, y contar con herramientas que facilitan la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente; finalmente, brinda la oportunidad de abrir nuevas líneas de investigación sobre juicios de realidad, percepción de presencia, resistencias y otras reacciones del individuo ante el Internet (Cárdenas *et al.*, 2007).

Sobre las limitaciones de la terapia vía Internet se ha hablado de la ausencia de espontaneidad y naturalidad, características complicadas de transmitir en una intervención a distancia; en algunos

casos, la escasa fluidez por parte del paciente a través de este medio provoca que se vea limitado el proceso de evaluación o se alargue la terapia; la “invisibilidad” del o de la terapeuta, total o parcial, puede generar ansiedad o confusión al cliente no habituado al uso de las TIC en la comunicación terapéutica; el problema de seguridad y confidencialidad está presente en el uso de Internet, por ejemplo, en el caso de *hackers*; el hecho de que la utilización de tratamientos vía Internet no es aplicable para todos los trastornos psicológicos; la pérdida de contacto en sesión puede estar dada por problemas técnicos de conexión, sin opción, en algunos casos de contactar al paciente vía telefónica; la psicoterapia vía Internet depende ampliamente de las herramientas tecnológicas (Bermejo, 1999; Richard & Richardson, 2012).

Es importante hacer hincapié que con el transcurrir del tiempo y la evolución de las herramientas tecnológicas, algunas limitaciones podrían resolverse total o parcialmente, por ejemplo: con el desarrollo de la infraestructura tecnológica mejorará la calidad en la transmisión de información a través de conexiones a Internet más rápidas y acceso económico e ilimitado; además, la expedición de leyes y regulación apropiada de los servicios psicológicos de telepsicología en nuestro país, así como la certificación de profesionales a cargo de tratamientos mediados por tecnologías.

Ahora bien, respecto al perfil de las personas que utilizan servicios de psicoterapia a distancia, de acuerdo con autores como Abbot *et al.* (2008), Andersson (2009), Bermejo (1999, 2001), Oravec (2000), Ramos *et al.* (2017) y Soto-Pérez *et al.* (2010), un tratamiento psicológico vía Internet abre un abanico de posibilidades para que las personas puedan beneficiarse de los procedimientos psicoterapéuticos bajo esta modalidad, algunas de ellas son:

- Si aun pudiendo acudir a un psicólogo cerca de los lugares en donde se ubica, opta por este medio por considerarse familiarizado
- Muestra facilidad de comunicación por esta vía

- El paciente tiene dificultades para acudir al consultorio de un profesional de su localidad, por ejemplo, por cuestiones físicas o de tiempo
- El trastorno del paciente le impide inicialmente acudir al consultorio del psicólogo, por ejemplo, problemas agorafóbicos o de fobia social
- Si el trastorno(s) presentado(s) no tiene(n) la consideración de grave
- Se requiere complementar una terapia farmacológica con psicoterapia vía Internet
- Cuando derivado de situaciones de confinamiento (pandemias o eventos naturales como temblores, inundaciones, incendios) no sea posible salir de casa
- El paciente puede tener acceso a su terapia desde cualquier dispositivo con conexión a Internet.

Evidencia de intervenciones psicológicas vía Internet

La mayor parte de la evidencia de intervenciones psicológicas mediadas por Internet provienen del enfoque cognitivo conductual, en gran medida porque ya se cuentan con protocolos validados de manera presencial que, por su estructura, es sencillo adaptar a la modalidad virtual.

Estudios realizados sobre la efectividad y diseminación de los servicios terapéuticos en línea corroboran que quienes bajo cualquier circunstancia o preferencia elijan esta modalidad, podrán beneficiarse de la misma manera como lo harían de manera presencial (Abbot *et al.*, 2008; Andersson, 2009; Barak *et al.*, 2008; Bee *et al.*, 2008; Bell, 2007; Marks *et al.*, 2007; Pousada *et al.*, 2006).

En el avance de servicios de psicología vía Internet existen evidencias como la de Carlbring *et al.* (2003), quienes realizaron una

investigación con pacientes con ataques de pánico. Los resultados arrojados a partir de las evaluaciones previas y posteriores a la intervención, así como la aceptación de la modalidad del tratamiento, fueron significativos. De lo anterior, se concluyó que el uso de Internet en tratamientos para pacientes con ataques de pánico es efectivo.

Otra investigación mostró la comparación entre las diferentes ganancias terapéuticas en tres grupos: un grupo fue asignado a trabajar en página de Internet, con psicoeducación; otro grupo recibió un tratamiento cognitivo conductual, y otro grupo era llamado una vez por semana para contestar preguntas sobre su estilo de vida (placebo). Esta investigación concluyó que la psicoeducación y que el tratamiento cognitivo conductual a distancia es más efectivo que el no tratamiento (Christensen *et al.*, 2004).

Investigaciones propuestas por Cavanagh y Shapiro (2004) y Kaltenthaler *et al.* (2006) recabaron información sobre estudios empíricos publicados respecto a servicios de psicoterapia computarizados; los resultados indican que este tipo de servicios son aceptables para la reducción de síntomas, para mejorar el funcionamiento y el bienestar de los pacientes, así como para reducir los costos de los servicios.

Lörh *et al.* (2007) trabajaron con pacientes psiquiátricos, en consultas a distancia (vía correo electrónico), lo cual resultó ser una alternativa eficaz, en especial en aquellos pacientes con dificultades en su verbalización de emociones.

Kessler *et al.* (2009), apoyados en la evidencia de servicios psicológicos con tecnologías, desarrollaron un ensayo controlado aleatorizado en pacientes con síntomas moderados de depresión, asignando a la población en dos grupos: uno a lista de espera y el otro al tratamiento cognitivo conductual vía Internet. Los autores concluyeron que la intervención en pacientes con depresión moderada a través de Internet es efectiva y que los beneficios se mantuvieron aun después de ocho meses de seguimiento.

En general, la literatura sustenta que existen resultados positivos y eficaces, derivados de la aplicación de la telepsicología. Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Cárdenas, Botella y Baños *et al.*, 2014; Cárdenas, Botella, Quero, *et al.* 2014; Cárdenas, *et al.*, 2016; Pauley *et al.*, 2021), así como en intervenciones para personas con depresión (Valencia, 2017; Richards & Richardson, 2012; Königsbauer *et al.*, 2017), para el tratamiento de estrés post-traumático (De la Rosa y Cárdenas, 2012; Lange *et al.*, 2001), ansiedad y fobias (Marks, 2007) y trastornos obsesivos-compulsivos (Greist *et al.*, 1998). Los resultados revelan que los tratamientos con tecnologías son prometedores, crecientes y con mayor acceso, además de ser cada vez más los estudios que demuestran y respaldan que los servicios psicológicos basados en tecnologías son seguros y efectivos (Barak *et al.*, 2008; Botella, *et al.*, 2008; Jones & Stokes, 2009). Asimismo, los datos de metaanálisis revelan que estas intervenciones son tan eficaces como los tratamientos presenciales (Andrews *et al.*, 2018; Pauley *et al.*, 2021).

Para el caso de programas autoaplicados, se han estudiado aplicaciones como *Háblame*, desarrollado y probado por Botella *et al.* (2007) para pacientes con miedo a hablar en público. Otros tratamientos autoaplicados validados son los desarrollados por Marks *et al.* (2007) para depresión, trastorno obsesivo compulsivo y ansiedad. En México, se desarrollaron dos programas aplicados por computadora, con o sin asistencia; por un lado, el programa desarrollado por Álvarez (2007) para pacientes con depresión severa y, por otro, el de Muñoz y González (2008) para pacientes con fobia social. Los programas antes expuestos están basados en el modelo cognitivo conductual y han sido evaluados para su uso.

En la actualidad y derivado de la pandemia mundial causada por el virus SARS-CoV-2 fue inevitable el incremento en el uso de las tecnologías, para todas las actividades, sin ser la excepción los servicios de psicología (Kavoor & Chakravarthy, 2020; Dominguez-Rodriguez *et al.*, 2020). Autores como De la Rosa (2021) y

Olivella-López *et al.* (2020) afirman que la telepsicología ha tenido grandes avances, por ejemplo, en la investigación basada en evidencia científica de su efectividad y eficacia, la incorporación de aplicaciones móviles a los tratamientos psicológicos, así como la familiaridad y el acceso que las personas tienen a la tecnología, por lo que el futuro se muestra prometedor para brindar servicios de psicoterapia o consejería en diferentes circunstancias, como se ha probado durante la pandemia.

Principios éticos

En general, el Internet favorece la rapidez en la transmisión de información y facilita la comunicación, incluso en personas con déficit de conductas asertivas; la flexibilidad del medio admite diferentes maneras de comunicación como chat, videoconferencia, correo, comunicación telefónica, envío de archivos, entre otros; sin embargo, brindar y recibir un tratamiento psicológico requiere más que tener una conexión a Internet y deben contemplarse elementos como la infraestructura, la seguridad de los participantes e incluso, los principios éticos que rigen la profesión.

De la misma manera que en la psicoterapia tradicional, la telepsicología tiene fundamentos éticos que guían su aplicación. Estos aspectos que la rigen son parecidos y se basan en las terapias tradicionales presenciales, por lo que los psicólogos deben apegarse al *Código Ético del Psicólogo* (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009). De manera más específica, existen consideraciones para los servicios mediados por tecnología donde se abordan problemas de seguridad y confidencialidad, por lo que un grupo interdisciplinario conformado por Reed *et al.* (2000) desarrollaron los principios siguientes para la práctica profesional de la telesalud, las cuales pueden ser vinculadas sin detrimento en los servicios de psicología ofrecidos mediante tecnología.

1. Los estándares básicos de conducta profesional que gobierna cada profesión de salud no se alteran por el uso de las tecnologías que se necesitan en el servicio de telesalud, para la investigación de conducta o al proveer educación. Desarrollados por cada profesión, estos estándares se concentran particularmente en la responsabilidad del practicante que provee atención y ética de alta calidad.
2. La confidencialidad de los pacientes, de sus expedientes y la integridad de la información en el sistema de cuidado médico es esencial.
3. Todos los clientes involucrados en telesalud deberán ser informados de los procedimientos, sus riesgos y beneficios, de sus derechos y obligaciones. Se debe proveer un adecuado informe de consentimiento adaptado a la modalidad.
4. Los servicios dados a través de telesalud deben suscribirse a la norma básica de calidad y cuidados de la salud, de acuerdo con los parámetros de cada disciplina.
5. Cada disciplina deberá examinar los modos en que sus parámetros de atención se afectan al usar el sistema de telesalud y son responsables de desarrollar sus propios medios y procedimientos para asegurar la competencia de los servicios que se provean con tecnologías.
6. La documentación requerida para proveer de estos servicios deberá desarrollarse de manera que los clientes tengan acceso a ella y que incluyan recomendaciones y tratamientos, que la comunicación con los proveedores de salud sea apropiada y que se respeten los protocolos de confidencialidad de cada paciente.
7. Los lineamientos clínicos en telesalud deberán establecerse sobre la base de la evidencia empírica, cuando se disponga de ella, y del consenso profesional con las disciplinas que intervengan en cada caso.

8. La integridad y el valor terapéutico de la relación entre proveedor de salud y paciente deberá mantenerse y no ir en detrimento por el uso de la tecnología.
9. Los profesionales de la salud no requerirán de licencias adicionales para proveer de estos servicios vía telesalud. Al mismo tiempo, estas tecnologías no podrán usarse como vehículo para otorgar servicios que no estén legalmente autorizados o que sean ilegales.
10. La seguridad de los pacientes y los practicantes de salud deberá estar plenamente garantizada.

De manera complementaria, la Sociedad Nacional para la Salud Mental en Línea, (ISMHO, 2022) sugiere los siguientes principios para la atención en línea de los servicios de salud mental.

1. Respecto al proceso de terapia, se le debe informar lo siguiente:
 - a) *Posibles malentendidos*. El cliente debe estar enterado que los malentendidos son posibles en las modalidades basadas en texto y con el tiempo de respuesta en la videoconferencia.
 - b) *Tiempo de respuesta*. El cliente debe ser informado cuánto tiempo después de que envíe un mensaje puede recibir una respuesta.
 - c) *Confidencialidad del terapeuta*. El terapeuta debe mantener la confidencialidad del paciente y puede restringir el uso de cualquier copia o grabación de las comunicaciones con el paciente.
2. *Respecto al terapeuta*. Cuando entre el paciente y el terapeuta no hay una relación de trabajo positiva, el paciente puede decidir establecer o no una relación terapéutica.
 - a) *El paciente debe conocer el nombre del terapeuta*. El uso de pseudónimos es muy común en la comunicación

- en línea, pero el paciente debe saber el nombre completo de su terapeuta.
- b) *El paciente debe conocer los grados académicos del terapeuta.* Estos son, las áreas de entrenamiento, especialidades y experiencia.
3. *Respecto a los beneficios potenciales.* El paciente debe conocer los beneficios potenciales de recibir un tratamiento psicológico en línea. Esto incluye tanto las circunstancias en que el psicoterapeuta proporciona los servicios en línea de salud mental, como las posibles ventajas de proporcionar esos servicios en línea.
 4. *Respecto a los riesgos potenciales.* El paciente debe conocer los riesgos potenciales de recibir la psicoterapia en línea.
 5. *Respecto a las medidas de seguridad.* El paciente debe conocer las medidas de seguridad que toma el terapeuta contra los riesgos potenciales.
 6. *Respecto a las alternativas.* El paciente debe conocer las opciones de salud mental alternativas a la terapia en línea.
 7. *Respecto a tutores.* Algunos pacientes no están en condiciones para dar su consentimiento al respecto de recibir servicios de salud mental. En esos casos, debe obtenerse el consentimiento firmado de la madre, padre, tutor u otra persona autorizada, y la identidad de esa persona debe verificarse.
 8. *Respecto a las normas de operación y procedimiento.* En general, el terapeuta debe seguir los mismos procedimientos al proporcionar servicios de salud mental en línea, tal cual como lo haría si los proporcionará personalmente, en particular.
 9. *Los límites al involucrarse.* El terapeuta debe permanecer dentro de sus límites de competencia y no intentar involucrarse en un problema, ya sea ético o porque la situación

- del contenido de la sesión se salga de control, pues no lo intentaría si tratara el mismo problema presencialmente.
10. *Los requisitos para practicar.* El terapeuta debe reunir cualquier requisito necesario (por ejemplo, contar con licenciatura) para proporcionar servicios de salud mental del lugar en donde se localiza.
 11. *La estructura de los servicios en línea.* El terapeuta y el paciente deben estar de acuerdo en la frecuencia y modo de comunicación, el método para determinar la cuota, el costo estimado de la terapia, la forma de pago, entre otros.
 12. *La valoración.* El terapeuta debe evaluar al paciente adecuadamente antes de proporcionar cualquier tratamiento de salud mental ofrecido vía Internet.
 13. *La confidencialidad del paciente.* La confidencialidad del paciente debe protegerse. La información sobre el paciente solo debe difundirse con su autorización o en su defecto, se le debe informar sobre cualquier excepción a esta regla general.
 - a) *Los archivos.* El terapeuta debe mantener archivos de los servicios de salud mental en línea. Si esos archivos incluyen copias o grabaciones de comunicaciones con el paciente, el paciente debe saberlo y deberá estar notificado en el Formato de consentimiento.
 14. *Pautas establecidas.* El terapeuta debe seguir las leyes y otras pautas establecidas (como las de organizaciones profesionales y las normas de la institución a la que pertenece).
 15. *Atención a menores de edad.* Se deberá contar con un consentimiento firmado por parte de la madre, padre o tutor para brindar el tratamiento, el cual deberá ser específico para menores de edad.
 16. *Consentimiento informado.* Todo servicio de telepsicología deberá tener un consentimiento informado firmado, donde se puedan leer los datos generales del terapeuta y del tratamiento que se va a brindar.

17. Respecto a las emergencias

- a) *Los procedimientos.* Deben discutirse los procedimientos a seguir en una emergencia. Estos incluyen la posibilidad de que el terapeuta no reciba una respuesta en línea inmediata y pueda solicitar un apoyo local.
- b) *El apoyo local.* Se debe considerar que, si el paciente vive en otra ciudad, o bien, tiene una condición física o mental de cuidado especial, el terapeuta debe contar algún número de emergencia proporcionado desde el inicio de la terapia por el paciente.

En general, es importante señalar que los profesionistas que ofrezcan servicios de salud deben contar con las licencias y certificados necesarios para brindar servicios de psicoterapia y entrenamiento en servicios de psicoterapia. Cada servicio otorgado debe de ser ofrecido bajo lineamientos y valores éticos que favorezcan al paciente y que puedan poner en alto el ejercicio profesional de la psicología.

Consideraciones para terapeutas durante los servicios

A continuación, se describen una serie de elementos que los terapeutas en formación o que se encuentran ejerciendo telepsicología podrán seguir para guiar sus intervenciones.

Inicialmente, se debe considerar si la persona que solicita un servicio de telepsicología es candidata a recibir un tratamiento por esta vía, para lo cual se pueden considerar aspectos como estar familiarizado o tener afinidad con el uso de las herramientas tecnológicas, uso de software para videoconferencia, uso de correo electrónico, uso de mensajería en teléfono móvil y que muestre facilidad por la comunicación por esta vía, así como contar con una

computadora o un teléfono inteligente con conexión a internet; no presentar un trastorno que tenga una consideración de grave o con ideación suicida.

Asimismo, se puede considerar viable atender a personas con telepsicología si presentan dificultades para acudir al consultorio de un profesional de su localidad por cuestiones físicas, psicológicas, de tiempo, organización o disposición del servicio; o bien, para complementar una terapia farmacológica, psiquiátrica o médica.

Una vez establecido contacto con el usuario, ya sea vía telefónica, mensaje o correo electrónico, se deberán señalar datos generales del terapeuta: nombre, grado académico, área de especialización, así como de la terapia que se recibirá.

Es importante que el terapeuta tenga un espacio a solas, iluminado, ventilado y sin interrupciones para llevar a cabo las sesiones; disponer de, al menos, hora y media por sesión; usar un dispositivo con cámara y conexión a Internet; compartir mediante correo electrónico la información general del uso de la telepsicología; compartir las primeras evaluaciones, en formato digital (Google Forms, Survey Monkey, LimeSurvey); generar un evento en el calendario, con las fechas de las sesiones y compartir con el paciente.¹

A continuación, se listan algunas consideraciones para el terapeuta antes y durante la primera sesión, en las sesiones posteriores, después del tratamiento y de seguimiento, posterior a los servicios de telepsicología.

Antes de la sesión

Son las acciones que el terapeuta debe llevar a cabo antes de realizar la primera sesión, entre las que se puedan nombrar:

- Preparar la estrategia de formulación de caso

¹ Para mayor detalle del inicio de un proceso terapéutico se recomienda revisar el capítulo 7 "El proceso terapéutico: contacto inicial", de esta misma obra.

- Hacer una confirmación de la sesión con el paciente
- Revisar la conexión a Internet y el dispositivo que se utilizará
- Calificar y analizar las respuestas a los cuestionarios enviados.

Preparar para la sesión:

- Materiales a utilizar
- Evaluaciones, si fuera necesario a compartir
- Formato de consentimiento (no omitir que las sesiones puedan ser videograbadas)
- Materiales de psicoeducación
- Objetivos de la sesión
- Conectarse al menos cinco minutos antes del inicio de la sesión.

Durante la primera sesión

- Ser tolerante con las dificultades que puedan presentarse por parte del paciente
- Reiterar los datos profesionales del o de la terapeuta, así como el servicio de psicoterapia que va a recibir
- Apegarse a la agenda de intervención en la que se tenga formación
- Comenzar con los objetivos que se esperan lograr en la sesión
- Realizar con el proceso de evaluación²
- Al final, llevar a cabo un resumen de la sesión
- Asignar y explicar claramente las tareas y compromisos para casa

² Para mayor información al respecto, se recomienda revisar los capítulos relacionados con la evaluación en esta misma obra.

- Informar los medios de comunicación y tiempos de respuesta en los días que no son los de la sesión
- Es conveniente señalar los posibles inconvenientes tecnológicos que se puedan presentar, así como las alternativas de solución
- Si el paciente no es candidato a esta modalidad, se debe informar el porqué y ser canalizado a otro especialista presencial
- Hacer un cierre de la sesión.

Sesiones posteriores

- Apegarse a la agenda de intervención en la que se tenga formación
- Comenzar con los objetivos que se esperan lograr en la sesión
- Al final, llevar a cabo un resumen de la sesión
- Asignar y explicar claramente las tareas y compromisos para casa
- Realizar un cierre de la sesión.

Después de las sesiones

- Integrar la información al expediente del paciente
- Si la sesión fue grabada, se debe de archivar la grabación con los datos del paciente y la fecha de la sesión
- Establecer los avances y los aspectos pendientes a ser analizados
- Si se utilizan aplicaciones de apoyo, revisar el seguimiento de las mismas.

Sesiones de seguimiento

- A partir de la intervención que el o la terapeuta esté realizando, deberá programar las sesiones o llamadas de seguimiento
- El paciente debe tener conocimiento de las sesiones o llamadas de seguimiento, su objetivo y periodicidad
- Deberá programar el seguimiento o uso de aplicaciones de apoyo.

Finalmente, se considera pertinente que el terapeuta se mantenga actualizado, o bien, bajo supervisión constante. Asimismo, es fundamental identificar cuándo es conveniente cesar esta modalidad y canalizar a otro servicio, derivado de inconvenientes tecnológicos o terapéuticos constantes, casos de ideación o intentos suicidas, o bien, por situaciones de violencia.

Conclusiones

Uno de los argumentos más importantes al hablar de telepsicología es que no pretende de modo alguno suplir a los servicios de psicología llevados a cabo de manera presencial; se visualiza sobre todo como una alternativa de tratamiento para personas con deseos de servirse de una psicoterapia y que por cualquier motivo no lo han podido lograr, o bien, un servicio para personas familiarizadas y motivadas por el uso de tecnologías, así como una estrategia para disminuir listas de espera por restricciones de espacio en instituciones que brindan servicios de psicoterapia.

En México, han sido numerosos los esfuerzos por desarrollar, investigar y diseminar servicios de telepsicología bajo el objetivo de brindar atención a personas que desean asistir con un profesional en salud mental, ya que representa una alternativa cómoda y eficaz

para los profesionales en psicología clínica (De la Rosa *et al.*, 2019), contribuyendo de esta manera a la promoción de la salud mental, no solo con la revisión del estado actual de este fenómeno, sino promoviendo una psicología con más y mejores herramientas.

En todo momento, debe vigilarse que los servicios de telepsicología se alineen con las consideraciones éticas vigentes, cuidando la privacidad y confidencialidad de la información que se genere en las sesiones. Por ello, resulta fundamental que dentro de los centros educativos se promueva, desde la licenciatura, el uso ético de los servicios que se brindan vía Internet para evitar un uso incorrecto de la información tanto de pacientes como de terapeutas.

Finalmente, cabe señalar que la pandemia por la covid-19 a nivel mundial aumentó la demanda de los servicios de psicología vía Internet y modificó la manera en la que las personas se relacionaron con la tecnología, haciendo de su uso algo antes opcional ahora obligatorio, para algunos casos (Olivella-López *et al.*, 2020). En el mundo existen diversos esfuerzos para abordar problemáticas psicológicas, por lo que será conveniente continuar con las investigaciones para hacer plataformas y aplicaciones más accesibles para la población en general.

Resumen

1. La telepsicología o psicoterapia vía Internet es un proceso terapéutico mediado por la tecnología, prescrito por un profesional en salud mental, bajo un esquema organizado y probado científicamente.
2. En las alternativas de telepsicología se pueden encontrar programas totalmente autoaplicados, o bien, espacios de conexión con un terapeuta definidos de manera semanal.

3. Los servicios de psicoterapia ofrecidos vía Internet deberán apegarse a intervenciones basadas en evidencia científica y la capacitación del o de la terapeuta que los brinde.
4. Los tratamientos psicológicos ofrecidos con tecnologías son alternativas efectivas para quienes deciden brindar y recibir servicios de salud mental.
5. Condiciones como problemas de salud, distancias físicas, condiciones psicológicas que imposibiliten a las personas, son algunas de las situaciones en las que se recomienda recibir un tratamiento vía Internet.
6. No todas las personas son candidatas a recibir intervenciones psicológicas vía Internet, por ejemplo, cuando existe un diagnóstico de evaluación grave o severo, será conveniente valorarlo.
7. Existen algunas limitaciones en este tipo de intervenciones, como las relacionadas con la tecnología, su funcionamiento y fallas. Sin embargo, pueden ser solventadas y sobre todo advertidas al inicio del proceso.
8. Existe evidencia científica en cuanto a la eficacia y efectividad de las intervenciones vía Internet, tanto de terapias de segunda como de tercera generación.
9. Todas las intervenciones psicológicas vía Internet deberán apegarse al *Código Ético del Psicólogo* y considerar aspectos puntuales vinculados a servicios de salud mental mediados por tecnologías.
10. Las sesiones autoaplicadas o sincrónicas deberán ser organizadas y apegadas a un modelo de intervención.
11. El uso de las TIC facilitará el acceso a servicios de salud y de psicoterapia a personas que se encuentren imposibilitadas, ya sea por cuestiones personales o por diversos fenómenos (pandemias, incendios, inundaciones, temblores).

Referencias

- Abbot, J., Klein, B., & Ciechowski, L. (2008). Best practices in online therapy. *Journal of Technology in Human Services, 26*(2-4), 360-375. <https://doi.org/10.1080/15228830802097257>
- Álvarez, L. (2007). *Diseño, construcción y prueba de un programa de cómputo orientado hacia la mejora del desempeño cognitivo en personas con Depresión* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM. https://repositorio.unam.mx/contenidos/diseño-construcción-y-prueba-de-un-programa-de-computo-orientado-hacia-la-mejora-del-desempeno-cognitivo-en-personas-c-92470?c=B2KDaj&d=false&q=*&i=3&v=1&t=search_0&as=0
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy, 47*(3), 175-80. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.010>
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable, and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 55*, 70-78. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.001>
- Armayones, M., Boixadós, M., Gómez, B., Guillamón, N., Hernández, E., Nieto, R., Pousada, M. y Sara, B. (2015). Psicología 2.0: oportunidades y retos para el profesional de la psicología en el ámbito de la salud. *Papeles del Psicólogo, 36*(2), 153-160. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5122216>
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-Analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services, 26*(2-4), 109-160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Bee, P. E., Bower, P., Lovell, K., Gilbody, S., Richards, D., Gask, L., & Roach, P. (2008). Psychotherapy mediated by remote communication technologies: A meta-analytic review. *BMC Psychiatry, 8*(60). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-60>
- Bell, V. (2007). Online information, extreme communities and Internet therapy: Is the Internet good for our mental health? *Journal of Mental Health, 16*(4), 445-457. <https://doi.org/10.1080/09638230701482378>
- Bermejo, A. (2001). Valoración y aplicación de la terapia psicológica vía Internet. *Información psicológica, 75*, 65-71. <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottiif/index.php/leonardo/article/view/540/469>
- Bermejo, F. (1999). Adicción a Internet. *Revista Información Psicológica, 70*, 27-30.
- Botella, C., Guillén, V., Baños, R., García-Palacios, A., Gallego, M., & Alcañiz, M. (2007). Telepsychology and Self-help: Treatment of Fear of Public Speaking. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*(1), 46-57. <https://eric.ed.gov/?id=EJ796816>
- Botella, C., Quero, S., Baños, R. M., García-Palacios, A., Breton-Lopez, J., Alcaniz, M., & Fabregat, S. (2008). TelePsychology and self-Help: The treatment of phobias using the Internet. *CyberPsychology and Behavior, 11*(6), 659-664. <https://doi.org/10.1089/cpb.2008.0012>
- Cárdenas, G., Botella, C., Baños, R., Quero, S., Durán, B. y De la Rosa, A. (2014). La validación transcultural de Intervenciones clínicas basadas en la evidencia para el tratamiento de trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica, 19*(3), 185-196. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.3.2014.13900>
- Cárdenas, G., Botella, C., Quero, S., Baños, R., Durán, X., De la Rosa, A., Flores, L. y Molés, M. (2016). Efectividad del programa de tratamiento virtual flight con población mexicana. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 25*(2), 145-156. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946990005.pdf>
- Cárdenas, G., Botella, C., Quero, S., De la Rosa, A. y Baños, R. (2014). Programa de telepsicología para el tratamiento de la fobia a hablar en público en población mexicana. *Revista Psicología Iberoamericana, 22*(1), 45-54. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133944229006.pdf>
- Cárdenas, G., Serrano, B., Flores, L., & De la Rosa, A. (2008). Etherapy: A training Program for development of clinical skills in distance psychotherapy. *Journal of Technology in Human Services, 26*(2-4), 470-483. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15228830802102180>
- Cárdenas, G., Vite, S. y Villanueva, L. (2007). *Ambientes Virtuales para la Educación y Rehabilitación Psicológica*. UNAM.

- Carlbring, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of CBT vs relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(2), 129-140. [https://doi.org/10.1016/s0005-7916\(03\)00026-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7916(03)00026-0)
- Cavanagh, K., & Shapiro, D. (2004). Computer treatment for common mental health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 239-251. <https://doi.org/10.1002/jclp.10261>
- Christensen, H., Griffiths, K., & Jorm, A. (2004). Delivering interventions for depression by using the Internet: randomized control trial. *BMJ*, 328(265). <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.37945.566632.EE>
- De la Rosa, A. y Cárdenas, G. (2012). Trastorno por estrés postraumático: eficacia de un programa de tratamiento mediante realidad virtual para víctimas de violencia criminal en población mexicana. *Anuario de psicología*, 42(3), 377-391. <https://www.redalyc.org/pdf/970/97026839008.pdf>
- De la Rosa, A. (2021). Telepsicología: beneficios en el proceso de intervención y consideraciones éticas. *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 3(1), 32-38. <https://cuved.unam.mx/revistas/index.php/RRDCR/article/view/370>
- De la Rosa, A. y Flores, A. (2019). "Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) como escenario de práctica supervisada para estudiantes de Psicología en línea". En: *Licenciatura en psicología SUAyED. Perspectivas y retos para su consolidación en el marco de su XV aniversario* (pp. 149-164). FES Iztacala, UNAM.
- Distefano, M., Cataldo, G., Mongelo, M., Mesurado, B. y Lamas, M. (2018). Conocimiento y uso de tecnologías digitales en psicoterapia entre los psicólogos de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología*, 15(1), 65-74. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6535809>
- Dominguez-Rodriguez, A., De La Rosa-Gómez, A., Hernández-Jiménez, M. J., Arenas-Landgrave, P., Martínez-Luna, S. C., Alvarez Silva, J., García Hernández, J. E., Arzola-Sánchez, C., & Acosta Guzmán, V. (2020). A self-administered multicomponent web-based mental health intervention for the mexican population during the COVID-19 pandemic: Protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 9(11), e23117. <https://doi.org/10.2196/23117>
- Greist, J. H., Marks, I. M., Baer, L., Parkin, J. R., Manzo, P. A., Mantle, J. M., Wenzel, K. W., Spings, C. J., Kobak, K. A., Dottl, S. L., Bailey, T. M., & Forman, L. (1998). Self- Treatment for obsessive-compulsive disorder using a manual and a computerized telephone interview: a US-UK study. *MD Computing*, 15(3), 149-57.
- International Society for Mental Health Online!: ISHMO (2022). *Standards for online practice*. <https://ismho.org/>
- Jones, G., & Stokes, A. (2009). *Online counselling: A handbook for practitioners*. Palgrave Macmillan.
- Kaltenhaler, E., Brazier, J., De Nigris, E., Tumor, I., Ferriter, M., Beverley, C., Parry, G., Rooney, G., & Sutcliffe, P. (2006). Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 10(33), 1-10. <http://doi.org/10.3310/hta10330>
- Kavoor, K., & Chakravarthy, T. J. (2020). Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102074>
- Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S., Sharp, D., Araya, R., Hollinghurst, S., & Peters, T. (2009). Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care. A randomized controlled trial. *Health Technology Assessment*, 10(33). [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61257-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61257-5)
- Königbauer, J., Letsch, J., Doebler, P., Ebert, D. D., & Baumeister, H. (2017). Internet-and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 223, 28-40. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.021>
- Kraus, R., Zack, J., & Stricker, G. (Eds.) (2004). *Online Counseling A Handbook for Mental Health Professionals* (2nd ed.). Elsevier Academic Press.
- Lange, A., van de Ven, J., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. (2001). Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the Internet: A controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32(2), 73-90. [https://doi.org/10.1016/s0005-7916\(01\)00023-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7916(01)00023-4)
- Löhr, H., Wynn, R., & Rosenvinge, J. (2007). E-therapy as an adjunct to face-to-face therapy in the treatment of patients suffering from chronic psychiatric disorders. *Journal on Information Technology in Healthcare*, 5(2), 67-79.
- Marks, I., Cavanagh, K., & Gega, L. (2007). *Hands-on help. Computer-aided psychotherapy*. Psychology Press.

- Muñoz, S. y González, M. (2008). *Desarrollo y evaluación de un simulador virtual para el tratamiento de la fobia social: Miedo a hablar en público* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/195677>
- Olivella-López, G., Cudris-Torres, L. y Medina-Pulido, P. L. (2020). La telepsicología: una perspectiva teórica desde la psicología contemporánea. *Desbordes*, 11(1). <https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/desbordes/article/view/4078>
- Oravec, J. (2000). Online counselling and the Internet: Perspectives for mental health care supervision and education. *Journal of Mental Health*, 9(2), 121-135. <https://doi.org/10.1080/096382300500009122>
- Pauley, D., Cuijpers, P., Papola, D., Miguel, C., & Karyotaki, E. (2021). Two decades of digital interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis of treatment effectiveness. *Psychological Medicine*, 1-13. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001999>
- Pierce, B. S., Perrin, P. B., Tyler, C. M., McKee, G. B., & Watson, J. D. (2021). The COVID-19 telepsychology revolution: A national study of pandemic-based changes in U.S. mental health care delivery. *American Psychologist*, 76(1), 14-25. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000722>
- Pousada, M., Valiente, L. y Boixadós, M. (2006). Intervención en la salud en la Red: estado de la cuestión y perspectivas de futuro. *Revista sobre la sociedad del conocimiento*, (4), 68-73.
- Ramos, R., Aleman, J., Ferrer, C., Miguel, G., Prieto, V. y Rico, C. (2017). *Guía para la práctica de la telepsicología*. Consejo General de la Psicología.
- Reed, G., McLaughlin, C., & Milholland, K. (2000). Ten interdisciplinary principles for professional practice in telehealth: Implications for psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(2), 170-178. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.31.2.170>
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329-342. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.004>
- Sociedad Mexicana de Psicología (SMP). (2009). *Código ético del psicólogo* (4ª ed.). Trillas.
- Soto-Pérez, F., Franco, M., Monardes, C. y Jiménez, F. (2010). Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 15(1). 19-38. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.1.2010.4082>
- Stamm, B. H. (1998). Clinical applications of telehealth in mental health care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(6), 536-542. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.6.536>
- Suler, J. (2000). Psychotherapy in cyberspace. A 5-dimensional model of online computer-mediated psychotherapy. *Cyberpsychology and Behavior*, 3(2), 151-160. <http://doi.org/10.1089/109493100315996>
- Valencia, C. L. y Vargas-Nieto, J. C. (2017). ¿Es efectiva la terapia administrada vía Internet para la depresión? Una Revisión Sistemática. *Revista Enfoques*, 2(1), 83-116. <http://dx.doi.org/10.24267/23898798.210>
- Wootton, R., Yellowlees, P., & McLaren, P. (Eds.). (2003). *Telepsychiatry and e-mental health*. Royal Society of Medicine Press Ltd.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

INTEGRACIÓN Y DESAFÍOS DEL SIGLO XXI

es una obra editada y publicada por la **Universidad Nacional Autónoma de México** en la Coordinación Editorial de la **Facultad de Estudios Superiores Iztacala**, Av. de los Barrios n.º 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla de Baz, CP 54090, Estado de México, México. Se terminó de producir en marzo de 2023, en las instalaciones de la FES Iztacala. En la composición tipográfica se utilizaron las familias Minion Pro y Optima Std.

El cuidado de la edición estuvo a cargo de
José Jaime Ávila Valdivieso

Pedidos:

Librería FES Iztacala: 55-5623-1194
Coordinación Editorial: 55-5623-1203
Correo-e: josejav@unam.mx

Los Reyes Iztacala, 2023