

## Parte I:

# Hacia un modelo de indicación de las técnicas operativas, procedurales e intervenciones clínicas en psicoterapia constructivista cognitiva

Ps. Mg. José Luis Rossi Mery<sup>1</sup>

## Resumen

La presente investigación, de carácter teórico, aborda la evolución de la Psicoterapia Constructivista Cognitiva en cuanto a sus fundamentos epistemológicos, teóricos y clínicos. En la primera y segunda parte, se realiza un análisis y descripción de las técnicas psicoterapéuticas operativas y procedurales, e intervenciones clínicas, provenientes de diferentes momentos de evolución del modelo. Posteriormente, en la tercera parte, se revisan antecedentes teóricos provenientes de otros paradigmas clínicos, la investigación en psicoterapia y la evidencia en los fundamentos neurobiológicos de la psicoterapia y los procesos de cambio, para formular, en la cuarta parte y final, un modelo de indicación en Psicoterapia Constructivista Cognitiva. Esta propuesta, considera principalmente las variables del paciente en los criterios de indicación y el énfasis en la aplicación de las técnicas. Posee además un carácter dinámico, que no restringe su aplicación, sino que permite una aproximación dimensional, que favorece la plasticidad del ejercicio psicoterapéutico, en base a consideraciones teóricas y clínicas. Se sugieren finalmente algunas consideraciones anexas en torno a la indicación, las limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación.

**Palabras claves:** Psicoterapia Constructivista Cognitiva, técnicas operativas, técnicas procedurales, intervenciones clínicas.

## Part I. Towards a model indication of technical operational, procedural and clinical interventions in cognitive constructivist psychotherapy

### Summary

The present research, theoretical, addresses the evolution of Cognitive Constructivist Psychotherapy in their epistemological, theoretical and clinical basis. In the first and second part, an analysis and description of operational and procedural psychotherapeutic techniques, and clinical interventions from different times of evolution of the model is performed. Then in the third part, theoretical background from other clinical para-

digms, psychotherapy research and evidence in the neurobiological underpinnings of psychotherapy and change processes are reviewed to formulate, in the fourth and final part, a model of Cognitive Constructivist Psychotherapy indication. This proposal mainly considers patient variables in the indication criteria and the emphasis on the application of the techniques. It also has a dynamic character, which does not restrict its application, but allows a dimensional approach, which favors the plasticity of the psychotherapeutic practice, based on theoretical and clinical considerations. Some related considerations concerning the indication, the study limitations and future lines of research are finally suggested.

**Keywords:** Cognitive Constructivist Psychotherapy, operational and procedural psychotherapeutic techniques, clinical interventions.

## 1. Introducción:

La Teoría Cognitiva Constructivista tiene el objetivo de formular un paradigma integrativo de la psicoterapia. Basándose en una epistemología constructivista, evolutiva y estructuralista, pone su atención en la forma en que los seres humanos adquirimos y organizamos el conocimiento, dando origen a una teoría de la personalidad, la psicopatología y la psicoterapia que opera de un modo integral, incluyendo los aportes teóricos y técnicos de los paradigmas precedentes que, tras un cambio epistemológico, dan origen a una Metateoría Constructivista Cognitiva de la Psicoterapia. Se genera entonces una teoría clínica que cuenta con un amplio espectro de técnicas psicoterapéuticas, derivadas de diferentes momentos de evolución del modelo cognitivo. La aplicabilidad de estas técnicas y los criterios de indicación no han sido abordados por la literatura, en términos de proponer criterios de indicación que dependan de variables idiosincráticas, vinculadas a las características del proceso psicoterapéutico y del paciente. En la Psicoterapia Constructivista Cognitiva este tema no ha sido abordado de manera específica, y las técnicas se utilizan en base al criterio clínico del terapeuta. En este sentido, cobra relevancia definir ciertos criterios que orienten la indicación, que faciliten la toma de decisiones del terapeuta y que se traduzcan en un beneficio para el paciente.

1. Académico Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez. Académico Departamento de Psicología, Universidad de Chile | E-mail: jose.rossi@uai.cl  
Dirección para correspondencia: Av. Presidente Errázuriz 3328, Las Condes, Santiago de Chile.

En la actualidad existe amplia evidencia en torno a que las técnicas utilizadas en psicoterapia deben indicarse considerando las variables individuales del paciente (Gabbard, 2002, Caballo, 2002, Linehan, 2003, Yáñez, 2005, Krause et. al, 2006). Por ejemplo, la psicoterapia psicodinámica propone un continuo que oscila entre la Psicoterapia Expresiva y de Apoyo, definiendo criterios claros de indicación en base a las características del paciente. Además existe evidencia en torno a que ciertas intervenciones podrían llegar a no ser eficaces, incluso tener un efecto iatrogénico en ciertos pacientes, o en un determinado momento de evolución de su condición clínica, como por ejemplo en algunos trastornos psicóticos, trastornos del ánimo o trastornos graves de la personalidad (Gabbard, 2002, Linehan, 2003 Colom &Vieta, 2005, Zagmutt, 2008).

De esta manera, la definición de variables asociadas a los criterios de indicación de las técnicas operativas, procedurales e intervenciones clínicas en psicoterapia constructivista cognitiva podría ser un aporte no sólo en términos de la efectividad, eficiencia del modelo y sus aplicaciones, sino que además permite facilitar la toma de decisiones en torno a los procedimientos clínicos más adecuados para el paciente, su condición actual y motivo de consulta, delimitando un proceso terapéutico que busca disminuir el sufrimiento asociado a los síntomas y que permite optimizar los recursos personales del paciente y el terapeuta.

Se delimitará un marco conceptual que ampliará la teoría clínica actual, principalmente en el ámbito de los fundamentos teóricos que contribuyen a la planificación e implementación del proceso terapéutico, con el objetivo de optimizar los recursos y eventualmente aumentar la eficacia y eficiencia del modelo, lo que podría traducirse en un beneficio para los pacientes, quienes serán receptores de una terapia diseñada en función de su condición clínica y recursos personales.

Se propone de esta manera, la delimitación conceptual de un "*Continuo Operativo-Procedural*", que organiza las técnicas e intervenciones en niveles crecientes de complejidad, generando criterios de indicación en base a consideraciones clínicas, que permiten la flexibilidad de su aplicación. Finalmente, se exponen algunas conclusiones y se genera una discusión con respecto a los beneficios y limitaciones de este modelo.

## 2. Técnicas Psicoterapéuticas e Intervenciones en la Teoría Clínica Constructivista Cognitiva

De acuerdo a Yáñez, las *técnicas psicoterapéuticas* "son procedimientos que se desprenden de una teoría acerca del funcionamiento humano normal y anormal, y que especifican condiciones de la terapia, el terapeuta y la relación terapéutica, para movilizar cambios en el paciente" (Yáñez, 2005 pp. 99). Se han descrito diversas técnicas dentro de los diferentes enfo-

ques psicológicos, las que se pueden utilizar en la medida que se justifiquen desde el modelo teórico al que el terapeuta se adscribe. En este sentido, se debe tener siempre como marco de referencia para la selección y aplicación de una técnica el modelo teórico subyacente, que debe hacer de guía implícita para la consecución del cambio terapéutico. Asimismo, es necesario tomar en consideración la manera en que el terapeuta aplica las técnicas, puesto que esto influye directamente en la relación terapéutica (Beck, 1983).

Desde la Teoría Clínica Constructivista Cognitiva es posible dar cuenta de varias técnicas, que corresponden a distintos momentos del desarrollo del modelo, desde sus orígenes conductuales, pasando por el momento cognitivo clásico y el interpersonal, hasta los avances constructivistas actuales (Yáñez, 2005). Todas estas técnicas son utilizables desde el Constructivismo Cognitivo, considerando su pertinencia y aplicándolas en función del beneficio del paciente.

A continuación se describirán, de manera sintética, los 2 grupos principales de técnicas psicoterapéuticas que se desprenden del modelo: Las Técnicas Operativas y las Técnicas Procedurales.

### 2.1 Técnicas Operativas I

Las técnicas operativas son procedimientos validados experimental y clínicamente, que se desprenden de un modelo teórico cognitivo-conductual y cuya función es abordar un objetivo terapéutico específico, frecuentemente asociado a la sintomatología que presentan los pacientes. Los procedimientos y aplicación de estas técnicas suelen estar secuenciados, paso a paso, en sus distintas fases y objetivos, es decir, cuentan con un modo de aplicación que les es propio y prácticamente manualizado (Yáñez, 2005). Ofrecen una alternativa terapéutica breve, centrada en situaciones actuales, que pueden asociarse con intervenciones psicofarmacológicas u otras. Han demostrado utilidad en diversas etapas del desarrollo y son aplicables en formatos individual y grupal. Pueden ser subdivididas en técnicas conductuales y técnicas cognitivas (en Gómez e Ibañez, 2006; Yáñez, 2005 y Cía, 2006). A continuación se describirán algunas de las técnicas operativas más relevantes.

**2.1.1 Técnicas Conductuales:** Su objetivo es generar un cambio conductual en el paciente, principalmente desde los principios teóricos del condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje social. A través del cambio conductual, pretenden generar un impacto a nivel emocional y cognitivo, generando un proceso de cambio en el paciente. Su eficacia está comprobada y facilitan la intervención del psicólogo en diferentes ámbitos de aplicación. De acuerdo a Beck y Freeman (2005), las metas de las

técnicas conductuales son 3: en primer lugar, el terapeuta necesita a veces trabajar muy directivamente con algunos pacientes graves para modificar conductas muy disfuncionales o autodestructivas. Segundo, si el paciente tiene algunos déficits de diferentes habilidades, la terapia debe incluir un componente de construcción de esa capacidad. Tercero, algunas tareas conductuales que se realizan fuera de la sesión, pueden ser un punto de partida para poner a prueba las cogniciones en la realidad.

A continuación se hace un breve listado y definición de las principales técnicas, en base a la clasificación propuesta por Labrador (2008). Se revisarán las *técnicas de modificación de conducta de uso general*, que son aquellas técnicas cuyo uso puede llevarse a cabo en una amplia gama de conductas y situaciones. Son por tanto, las técnicas conductuales más utilizadas debido a que su uso no está restringido a un tipo de conducta o cuadro clínico.

#### a) Técnicas de Control de la Activación:

**1. Relajación diferencial o progresiva:** Desarrollada inicialmente por Jacobson, en 1929. Su objetivo es lograr que el sujeto identifique las señales de los músculos cuando están en tensión y que una vez cumplida esta tarea, ponga en marcha las actividades aprendidas para reducir la tensión. Se basa en un programa estructurado de contracción-relajación secuencial de la musculatura esquelética, que permitirá conseguir una relajación completa de todo el organismo o una relajación específica de partes de él. El procedimiento original de Jacobson requiere de un amplio período de aprendizaje, por lo que ha sido modificado por diversos autores para hacerlo más breve, intentando mantener los beneficios originales (Wolpe, 1958; Ost, 1987, Puente y Crespo, 1993; Bernstein, Borkoveck y Hazlett-Stevens, 2000, en Labrador, 2008).

**2. Técnicas de control de la respiración:** Distintas condiciones clínicas y no clínicas favorecen el desarrollo de hábitos respiratorios poco adecuados. Como alternativa, un patrón respiratorio caracterizado por una inspiración lenta, regular y con volúmenes elevados de aire, facilita la buena oxigenación del organismo, un menor trabajo cardiovascular, así como una reducción del estado de la activación general del organismo. El objetivo de las técnicas de control de la respiración es enseñar al paciente un adecuado control voluntario de ésta en condiciones óptimas, para después generalizar y automatizar este control en todo tipo de situaciones, en especial aquellas más problemáticas. Hazlett-Stevens y Craske (2003), proponen un entrenamiento breve de la habilidad, en 6 etapas sucesivas, que genera un patrón respiratorio alternativo que puede ser evocado en

situaciones que incrementan los niveles de activación del organismo, fomentando la ansiólisis.

**3. Entrenamiento Autógeno:** Método de Relajación desarrollado por J.H. Schultz en el año 1912, en base a las observaciones del uso de la hipnosis clínica. Se basa en la auto relajación concentrativa, según elementos básicos de eficacia sugestiva, mediante la evocación de imágenes referidas al sistema neurovegetativo, y que se aplican a regiones del organismo particularmente accesibles subjetiva y cognoscitivamente (Schultz, 1969). El método se aplica mediante 6 ejercicios secuenciales de relajación de diferentes partes del cuerpo y requiere de una ejercitación sistemática durante un período de 2 a 3 meses, para lograr una generalización de las distintas sensaciones en todo el organismo y una evocación voluntaria por parte del sujeto en diferentes situaciones.

**4. Biofeedback:** Técnica empleada para controlar las funciones fisiológicas del organismo. Se utiliza un sistema de retroalimentación, mediante recursos electrónicos, que informa al sujeto del estado de diferentes funciones corporales que se desean controlar de manera voluntaria, tales como la tensión muscular, la respuesta galvánica, la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca u otros indicadores de tensión fisiológica o arousal. Esta técnica ha mostrado ser efectiva en el tratamiento de variadas condiciones clínicas tales como ansiedad, insomnio, disfunciones sexuales e incluso enfermedades psicosomáticas, como la hipertensión arterial, incontinencia urinaria y migraña (Compas & Gotlib, 2002).

**5. Hipnosis:** La hipnosis puede ser definida como "Un estado global de integración del sistema neuroendocrino, que afecta tanto los procesos subjetivos-cambios en la conciencia- como en los procesos viscerales, automatizados y operacionales del sujeto" (Ruiz & Santibáñez 2008, pág. 151).

Su principal utilidad es como coadyuvante de otras técnicas, en diferentes modelos psicoterapéuticos, donde la terapia conductual no es la excepción. Ha demostrado ser de gran utilidad en enfermedades orgánicas, trastornos por dolor, adicciones y en los trastornos de ansiedad. En este último caso, la hipnosis puede generar asociaciones más adaptativas hacia los objetos o situaciones evocadores de ansiedad (Gemignani, et al., 2006; Willemsen, 2004; Nobles, 2002; Mc Neal, 2001, en Ruiz & Santibáñez, 2008).

#### b) Técnicas de Exposición

**1. Desensibilización Sistemática:** La desensibilización sistemática (DS) es una técnica dirigida a reducir la respuesta

fisiológica de ansiedad y las conductas motoras de evitación frente a determinados estímulos. Fue creada por Joseph Wolpe en 1958. Esta técnica se fundamenta en los principios de la inhibición recíproca y el contracondicionamiento. La inhibición recíproca postula que dos estados fisiológicos incompatibles no pueden darse de manera simultánea (ej.: relajación y ansiedad). Por otra parte, el contracondicionamiento señala que, al asociarse un estímulo ansiógeno a una respuesta emocional incompatible, se facilita el condicionamiento de ésta, y la sustitución de la respuesta de ansiedad. Sus componentes básicos son: la utilización de la relajación como una respuesta incompatible con la ansiedad y por otra parte, la utilización de exposición graduada, en imaginación, al estímulo evocador del miedo. Cuenta con una amplia tradición clínica y de investigación, y ha sido una de las técnicas más difundidas, estudiadas y utilizadas en la modificación de conducta.

**2. Exposición en vivo:** Lo esencial de la técnica de exposición es impedir que frente a estímulos temidos por el sujeto, la evitación o el escape se conviertan en una *señal de seguridad*, más que impedir el escape por sí mismo. Los mecanismos que explican la reducción del miedo durante la práctica de la exposición se relacionan con la *habituación* (desde una perspectiva psicofisiológica), *extinción* (desde una perspectiva conductual) y con un *cambio en las expectativas*. Esta técnica puede ser aplicada a cuadros clínicos muy diversos, más allá de las fobias, tales como el trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de pánico, alcoholismo y dependencia de drogas, incluso algunos trastornos que tienen que ver con el descontrol de impulsos, tales como la bulimia y la ludopatía.

A lo largo de los años la aplicación de la técnica se ha mantenido con una metodología casi invariable, a excepción de algunos desarrollos recientes que incluyen la incorporación de la tecnología para evocar los estímulos desencadenantes del temor (exposición asistida por computador, uso de la realidad virtual, etc.). El terapeuta ayudará al paciente a definir los objetivos y a planificar tareas de exposición gradualmente establecidas, así como a evaluar su propio progreso.

Existen múltiples formatos de aplicación y habitualmente se realizan sesiones con una periodicidad semanal (con prácticas entre las sesiones) que tiende a espaciarse en medida que avanza la terapia.

**3. Exposición y prevención de respuesta:** Técnica utilizada principalmente en el trastorno obsesivo compulsivo y se constituye como el tratamiento más efectivo y con menor tasa de recaídas (Foa & Wilson, 1992, en Labrador 2008).

El procedimiento consiste en exponer al paciente al estímulo temido, que puede ser externo (tocar la manilla de una puerta, darle la mano a un desconocido, etc.) o bien, de tipo interno o cognitivo (obsesiones de distintas temáticas, que se acompañan de la fenomenología de la duda). A continuación, se debe impedir por periodos progresivamente mayores la realización del ritual conductual o cognitivo realizado habitualmente por el paciente. Esta estrategia generará en el paciente un cambio de expectativas, pues comprueba que no ocurren consecuencias negativas cuando no ejecuta los rituales tras haberse expuesto a los estímulos temidos, lo que suele llevar a la extinción de tales rituales o compulsiones. Puede ser utilizada también en el tratamiento de algunos trastornos por control de impulsos, como por ejemplo en el caso de la tricotilomanía.

**4. Exposición interoceptiva:** técnica utilizada para pacientes con trastorno de pánico, con el objetivo de "reaprender" que las propias sensaciones viscerales no son peligrosas (Cia, 2006). El procedimiento consiste en exponer al paciente a sensaciones físicas desagradables, induciendo voluntariamente los estímulos psicofisiológicos temidos. Esta exposición debe ser prolongada y se debe evitar la emisión de conductas de escape o reaseguramiento, con el objetivo de que el sujeto desconforme sus pensamientos catastróficos con respecto a las propias sensaciones corporales. Se recomienda realizar una concatenación de pequeños ensayos, aumentando progresivamente el tiempo de exposición, con descansos intermitentes que buscan la recuperación de la normalidad de las constantes biológicas.

#### c) Técnicas basadas en el condicionamiento operante

**1. Programas de reforzamiento:** Los programas de reforzamiento son sistemas de organización de contingencias que permiten fortalecer (haciendo más frecuentes o más duraderas) determinadas conductas que ya están presentes en el repertorio conductual del sujeto. Al establecer cualquier programa de reforzamiento es necesario tener en cuenta una serie de consideraciones que permitirán optimizar los resultados del programa y seguir los siguientes pasos:

- Definición de la conducta: Definir el comportamiento esperado en términos operativos, observables y cuantificables, incluyendo si es posible, dónde y cuándo se va a realizar la conducta.
- Búsqueda y selección de reforzadores: Generalmente se utilizan diferentes reforzadores para evitar el problema de la saciación. Es importante además que los reforzadores resulten "agradables" para ese sujeto en particular, que estén disponibles en su medio habitual y que sean regulados por el administrador del programa.

- Elegir el programa de refuerzo: Se denomina *programa de refuerzo* a la regla que especifica qué emisión de la conducta, dentro de un conjunto de ellas, va a ser reforzada. Los programas de refuerzo pueden ser *continuos* (se refuerzan todas las emisiones de la conducta) o *intermitentes* (se reforzarán sólo algunas emisiones de la conducta), que se dividen en programas de razón y programas de intervalo (que pueden ser fijos o variables).
- Considerar aspectos contextuales: Se debe considerar cómo, cuándo, y dónde se llevará a cabo el programa, además de considerar quien estará a cargo de su implementación.

Los programas de reforzamiento resultan muy útiles para fortalecer conductas que ya existen en el repertorio del sujeto y tienen múltiples aplicaciones clínicas, principalmente en el ámbito de la clínica infanto-juvenil y de parejas (Labrador, 2008)

Existen además otras técnicas que permiten desarrollar conductas que no existen en el repertorio conductual del sujeto, denominadas *técnicas de instauración: moldeamiento, encadenamiento y desvanecimiento*.

**2. Moldeamiento:** Se denomina también *aprendizaje por aproximaciones sucesivas* y es un procedimiento que consiste en reforzar las sucesivas aproximaciones a la conducta objetivo, y la extinción de las respuestas previas que no resultan funcionales. Al aplicar el moldeamiento en la psicoterapia es importante definir la *conducta inicial* (conducta que ocurre con frecuencia suficiente como para que pueda ser reforzada y que tenga alguna característica similar a la conducta que se quiera instaurar), las *conductas intermedias* (que deben ser de fácil acceso y progresiva dificultad), y la *conducta final* (que incluye todas las características de la conducta deseada y las circunstancias en las que debe y no realizarse).

El moldeamiento se utiliza en el ámbito clínico, principalmente en el entrenamiento en habilidades sociales, y en el desarrollo de habilidades en condiciones clínicas especiales como el retraso mental y trastornos generalizados del desarrollo.

**3. Encadenamiento:** En esta técnica las conductas complejas deben descomponerse en otras más sencillas, que serán trabajadas por separado. Cada una de las conductas sencillas constituye un "eslabón" de la cadena que conforma la conducta compleja. Una cadena conductual puede ser definida como "una sucesión de estímulos discriminativos (Ed) y respuestas (R) en la que cada una de estas, excep-

to la última, supone un Ed para la siguiente; y la última respuesta es seguida por un reforzador. Por otro lado, cada respuesta (excepto la primera) funciona como reforzador condicionado de la respuesta anterior" (Labrador, 2008, pp. 299). Es importante comenzar por definir todos los pasos o eslabones conductuales que componen la tarea y reforzar inicialmente el primer paso, posteriormente administrar el refuerzo y enseñar el segundo paso. Después, administrar el refuerzo cuando se emite el primer y segundo paso juntos, y así sucesivamente hasta terminar la secuencia completa. Resulta particularmente útil su implementación en el desarrollo de habilidades en niños con necesidades especiales y en la adquisición de habilidades sociales.

**4. Desvanecimiento:** Esta técnica permite la mantención de conductas en ausencia de un apoyo externo. El procedimiento consiste en introducir una ayuda para que el sujeto adquiera un comportamiento y posteriormente la ayuda se retira progresivamente una vez que la conducta se ha aprendido y consolidado. El procedimiento consta de dos fases:

- a. Fase aditiva: Se proporcionan las ayudas hasta que el sujeto consigue emitir la conducta objetivo.
- b. Fase sustractiva: Las ayudas se retiran gradualmente hasta que la conducta pueda emitirse sin ninguna influencia externa. La retirada puede realizarse de tres maneras: disminuyendo su intensidad, demorando su aparición o disminuyendo la extensión de la ayuda.

En ambas fases se proporciona un refuerzo continuo y contingente a los avances del sujeto en la emisión de la conducta. Algunas ayudas o *señales instigadoras* pueden ser la guía física (ayudar físicamente al paciente), gestos (señalar con el dedo), modelado (mostrar la conducta correcta), guías verbales (utilizar palabras como pistas o claves), estímulos instigadores ambientales (preparar el entorno físico para favorecer la emisión de la conducta), entre otras.

Es una técnica particularmente útil en el trabajo clínico con pacientes autistas o con retraso mental y también en la terapia sexual, favoreciendo el reacondicionamiento de intereses sexuales, mediante el desarrollo e incremento de nuevas preferencias (Olivares & Méndez, 1998).

**5. Control estimular:** Técnica utilizada principalmente en el abordaje clínico de las adicciones y consiste en evitar la exposición a claves ambientales que se asocian a un alto riesgo de consumo. En esta técnica no se pretende controlar las reacciones interoceptivas del paciente, sino más bien reestructurar su medio ambiente, de tal manera que disminuya la probabilidad de emisión de las conductas problemáticas (Caballo, 2002).

**6. Extinción operante:** Consiste en la supresión del reforzamiento de una conducta que ha sido previamente reforzada. El reforzador (ya sea material o social) deja de seguir de manera contingente a la conducta que se desea reducir. Es el procedimiento más eficaz para reducir conductas operantes en el mediano y largo plazo, pero exige un amplio control de las condiciones ambientales y requiere de un largo tiempo de aplicación para producir los efectos deseados. Por otra parte su uso puede facilitar el surgimiento de emociones negativas como malestar, ira o agresividad. Es una técnica que ha mostrado efectividad en la psicoterapia infanto-juvenil y de pareja.

**7. Tiempo fuera de reforzamiento:** Consiste en retirar al sujeto de la situación en la que está actualmente recibiendo un reforzamiento de manera contingente a la conducta que se desea reducir o extinguir. Puede ser utilizada cuando se han identificado los reforzadores que mantienen la conducta, cuando no se puede controlar la emisión de estos y se sugiere su uso en situaciones en las que no es posible utilizar la extinción, pues tiende a ser menos eficaz en comparación con esta, pues cuando el sujeto se reincorpora a las condiciones habituales, la conducta vuelve a aparecer. Se aconseja por lo tanto que su utilización sea de manera momentánea, generando cambios en el ambiente y desarrollando repertorios conductuales alternativos a los que se quieren reducir (Caballo, 2002).

**8. Costo de respuesta (castigo negativo):** Este procedimiento consiste en la retirada de un reforzador de manera contingente a la emisión de una conducta que se desea eliminar. Se anticipa que las consecuencias negativas de la retirada de un reforzador serán más importantes que los efectos positivos de los reforzadores que están manteniendo la conducta. Este procedimiento produce efectos rápidos de reducción de la conducta, pero con reacciones emocionales similares al tiempo fuera de reforzamiento. Puede ser utilizada en la extinción de conductas que se vinculan con un ineficiente control de impulsos tales como adicciones, trastornos de la conducta alimentaria y agresividad.

**9. Saciación y práctica negativa:** En la saciación se realiza una presentación repetida de un estímulo con propiedades reforzadoras, hasta que el estímulo pierde su valor reforzante. En la práctica negativa la conducta se repetirá muchas veces en lapso de tiempo corto hasta que la realización de esta conducta resulte desagradable. Ambos procedimientos dan origen a un *período temporal de seguridad*, que es un período de tiempo en el que no se emitirá la respuesta y durante el cual se deben desarrollar conductas alternativas más adaptativas, para lograr el cambio deseado y evitar la recuperación espontánea. (Labrador, 2008).

**10- Modelado:** Consiste en un proceso de aprendizaje a través de la observación de la conducta de otros sujetos, que exhiben los comportamientos adecuados que se espera desarrollar (Cormier & Cormier, 2000). Permite la adquisición de nuevos repertorios conductuales, aprender o cambiar el valor de los reforzadores y modificar la conducta, las emociones y actitudes, pues requiere del despliegue de las relaciones simbólicas, más que de una imitación simple de conductas motoras. En el ámbito clínico se utiliza para el desarrollo de habilidades parentales, entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de resolución de problemas, instauración de repertorios de conductas de autocuidado y lenguaje en niños con trastornos generalizados del desarrollo, reducción de conductas agresivas, tratamiento de fobias, entre otros. (Caballo, 2002).

**11. Programa de economía de fichas:** La economía de fichas (EF) es un procedimiento que permite organizar las contingencias externas y se dirige a establecer un control estricto sobre un ambiente determinado, de tal manera que permita el control de la conducta de un sujeto o de un grupo en ese entorno particular. Para esto será fundamental establecer un control efectivo y exclusivo sobre los reforzadores que se emiten en dicho ambiente. Es similar a un sistema económico, en el que se "paga" o "cobra" una cierta cantidad de fichas (en vez de dinero) por la emisión de determinadas conductas. Las fichas serán un reforzador generalizado que se introduce de manera artificial y que será aplicado de manera contingente cuando aparezcan las conductas adecuadas (refuerzo positivo) o se retiren cuando se emitan las conductas no deseadas (refuerzo negativo). Si el reforzador es generalizado (tal como en el caso del dinero), puede cambiarse por diversos reforzadores de apoyo (objetos, permisos, reforzadores sociales, etc.). En este sentido la ficha (que puede ser cambiada por autoadhesivos de colores, bonos, símbolos u otros) funciona como un "puente" temporal hasta la llegada del reforzador de apoyo. La EF se ha utilizado con éxito en diversas instituciones como colegios, centros de reinserción social, cárceles, hospitales psiquiátricos, incluso en ambientes virtuales a través de internet (Pear & Crone-Todd, 1999; Pear & Martin, 2004, en Labrador, 2008). En el ámbito clínico se ha utilizado principalmente en el área infanto-juvenil para tratar trastornos de conducta, en los problemas de pareja y familia y en los centros clínicos de tratamiento de la dependencia de drogas.

**12. Contratos conductuales:** Un contrato conductual consiste en un documento escrito en el que se especifican las conductas que una o varias personas están de acuerdo a realizar, y las consecuencias que se obtendrán por su reali-

zación o por no realizarlas. Se basan en el establecimiento de un sistema de contingencias normado que permite controlar de manera precisa la emisión de las conductas objetivo. Los CC intentan solucionar este problema estableciendo de manera precisa las conductas que han de realizarse y las consecuencias que les seguirán (Gelfand & Hartman, 1988; Kirschenbaum & Flanery, 1983; Obanian & Whaley, 1981; Houmnafar, Maglieri & Roman, 2003, en Labrador, 2008). De esta manera tanto las conductas objetivo como las contingencias deben quedar establecidas mediante un acuerdo entre las distintas partes. El CC debe plasmarse físicamente en un documento que debe ser firmado por las personas implicadas como una manera de establecer un compromiso.

Esta técnica tiene múltiples aplicaciones en la psicoterapia, como por ejemplo, fomentar la abstinencia de consumo de sustancias en pacientes adictos, formas de alimentación en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, tiempo de exposición en pacientes fóbicos. Particularmente resulta relevante su uso para solucionar problemas en las relaciones interpersonales (padres-hijos, parejas). El uso de contratos en este tipo de problemas clínicos permite una solución particularmente expedita a diversas conductas y permite explicitar las expectativas implícitas de las partes involucradas.

**13. Programación de actividades:** Técnica utilizada principalmente en los cuadros depresivos. Sirve para contrarrestar la disminución de la motivación en el paciente, su inactividad y las distorsiones cognitivas. En un inicio de la terapia esta técnica permite obtener datos concretos para realizar una evaluación realista de la capacidad funcional del paciente. El terapeuta puede elegir entre otorgar al paciente un programa de actividades y/o registrar las actividades que realiza actualmente a lo largo del día, incorporando una jerarquía de "tareas graduales" a las actividades diarias (Beck, A., 1983). Al aplicar este horario, el paciente debe evaluar el nivel de agrado y sensación de dominio de cada actividad. De acuerdo a Gómez e Ibáñez (en Riquelme & Quijada, 2006) esta técnica permite también una evaluación a nivel cognitivo, pues permite identificar pensamientos automáticos, procesamiento metacognitivo como la rumiación y distorsiones cognitivas que interfieren en las actividades, interrumpiendo cadenas cognitivo-afectivas que dan origen a conductas disfuncionales.

#### d) Técnicas de reducción de conductas operantes

Básicamente se intenta reducir o eliminar conductas operantes de dos maneras: :

1. Interviniendo sobre el ambiente de tal manera que a estas conductas no le sigan contingencias positivas: *técnicas de*

*control de estímulos reforzadores.* Dentro de estas técnicas es posible mencionar, la *extinción, tiempo fuera de reforzamiento, costo de respuesta o castigo negativo, saciación y práctica negativa* (ya revisadas).

2. Una vez que se emite la conducta indeseada, ésta debe ser seguida por contingencias negativas: *técnicas de presentación de estímulos aversivos.* Dentro de estas técnicas es posible mencionar, *castigo, procedimientos de escape, procedimientos de evitación, condicionamiento clásico con estímulos aversivos*, entre otras.

En todos los casos en los que el objetivo es reducir una conducta, será necesario desarrollar una conducta alternativa en lugar de la que se quiere reducir, que habitualmente es una conducta más adaptativa. La reducción de una conducta supone siempre una pérdida de reforzamiento para el sujeto, incluso las conductas desadaptadas. Por lo tanto, si no se genera un reforzamiento adicional (asociado a las conductas alternativas), el sujeto volverá a emitir la conducta con la que previamente obtenía reforzamiento. Por otra parte, puede dejar de emitir todo tipo de conducta (depresión o inhibición conductual), o bien emitirá una conducta diferente, que puede ser incluso más desadaptativa que aquella conducta que se desea eliminar. Por lo tanto siempre que se busca extinguir una conducta operante, se deben desarrollar conductas alternativas, mediante las cuales el sujeto pueda obtener un reforzamiento de características similares al que obtenía con la emisión de la conducta anterior.

#### e) Otras técnicas conductuales basadas en el Modelado

En este caso el proceso de aprendizaje se logra a través de la observación de la conducta de modelos que exhiben los comportamientos adaptativos que el paciente debería adoptar (Cormier & Cormier, 2000). De acuerdo a Bandura (1987) la mayor parte de los comportamientos humanos se adquieren por aprendizaje observacional y en este proceso se pueden adquirir nuevos repertorios conductuales, aprender o cambiar el valor de los reforzadores, las actitudes e incluso las respuestas emocionales frente a un estímulo. Estas técnicas están en un estadio de transición entre el momento conductual y el momento cognitivo, por lo que implican también intervención directa sobre los procesos cognitivos del sujeto. Dentro de sus aplicaciones es posible mencionar las siguientes técnicas operativas:

1. *Entrenamiento en asertividad:* En general, abarca todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del paciente para adoptar una conducta socialmente "efectiva", lo que implica la expresión de sentimientos positivos y negativos. Estas técnicas tienen dos beneficios prin-

cipales: en primer lugar la respuesta asertiva permite inhibir recíprocamente la ansiedad (Wolpe, 1977). Por otra parte el sujeto que logra comportarse de manera más asertiva desarrollará una mayor capacidad de lograr recompensas sociales significativas, lo que implica no solo el incremento de la sensación de satisfacción personal sino que también un impacto positivo en el autoconcepto y la concepción de sí mismo. Es una técnica compleja que implica diferentes procedimientos (entrenamiento en habilidades, reducción de la ansiedad, reestructuración cognitiva, entre otros) y que puede ser implementada en modalidad grupal o individual. Se emplea principalmente con pacientes que tienen dificultades sociales vinculadas a la ansiedad interpersonal, la inhibición conductual o el exceso de conductas inadecuadas, por lo tanto tiene aplicaciones en diferentes condiciones clínicas como las fobias sociales, trastornos de la personalidad, algunos cuadros psicóticos como la esquizofrenia, trastornos generalizados del desarrollo, entre otros.

- 2. *Role playing y dramatización:*** La dramatización puede utilizarse para desarrollar actitudes y superar inhibiciones. Cuando el tema abordado en psicoterapia tiene carga emocional, por lo general se suscitan cogniciones disfuncionales. Al respecto resulta muy útil la inversión de roles, donde el terapeuta "modela" la conducta adecuada, y también visualiza con más facilidad la perspectiva de los otros. La inversión de roles es un componente esencial del entrenamiento en empatía.
- 3. *Inoculación del estrés:*** Procedimiento que enseña al paciente a afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes. Se desarrollan habilidades que permitan un control efectivo de la tensión o activación emocional, así como la modificación de los contenidos cognitivos más característicos que ocurren antes, durante y después del enfrentamiento con las situaciones problema. El entrenamiento parte desde la enseñanza de las técnicas de respiración profunda y la relajación progresiva, de forma tal que ante una situación generadora de estrés pueda desplegar la habilidad in situ. Se elaborará previamente una lista de situaciones estresantes, ordenándola desde las situaciones de menor estrés a las de mayor. Luego, se hará que el paciente evoque en su imaginación cada una de esas situaciones, mientras aplica las técnicas de respiración y relajación. En segundo lugar, se deberá crear toda una serie de pensamientos de afrontamiento del estrés, los que deberán ser utilizados para contrarrestar los pensamientos automáticos habituales. Una vez establecido un adecuado nivel de afrontamiento en un contexto controlado, se pasará a implementar la utilización en situaciones de la vida real. (Meichenbaum, 1977).

**4. *Técnicas de solución de problemas:*** Intervención cognitivo conductual que se centra en el entrenamiento de actitudes y habilidades adaptativas para resolver problemas. Tiene el objetivo de reducir y prevenir la psicopatología, ayudando a los individuos a lidiar de una manera más efectiva con los problemas estresantes de la vida cotidiana. La técnica fue creada inicialmente por D'Zurilla en el año 1977 y se basa en el supuesto de que los problemas psicológicos son consecuencia de conductas de afrontamiento inefectivas. Posteriormente, la estructura de la técnica ha tenido una serie de modificaciones (D'Zurilla, 1986; D'Zurilla & Nezu, 1999, 2007; Nezu, Nezu, Friedman, Faddis, & Houts, 1998; Nezu, Nezu, & Perri, 1989, en Bell & D'Zurilla, 2009). En la actualidad el procedimiento consta de los siguientes pasos:

- Orientación hacia el problema
- Definición y formulación del problema
- Generación de soluciones alternativas
- Toma de decisiones
- Puesta en práctica y verificación de la solución

**5. *Evocación de las experiencias de la niñez:*** Esta técnica resulta útil, por ejemplo en el tratamiento de los trastornos de la personalidad y busca vislumbrar los orígenes de las pautas inadaptadas de la conducta y cognición, aumentando la perspectiva del paciente al evaluar las situaciones. Al recrear situaciones "patógenas" se otorga la oportunidad de reestructurar las actitudes que se configuraron en esa etapa. Al revivir la escena, los pacientes experimentan una vivencia emocional significativa, lo que favorece el cambio de esquemas cognitivos profundamente arraigados. La justificación teórica de evocación de episodios específicos de la niñez es parte del concepto de "aprendizaje dependiente del estado", pues la reexperimentación del episodio facilita la emergencia de las estructuras esquemáticas dominantes y las hace más accesibles. De esta manera se configura el punto de partida para que el paciente pueda corregirlas (Beck & Freeman, 2005)

## Discusión:

En el presente trabajo se realizó una introducción al modelo Constructivista Cognitivo en Psicoterapia, revisando algunos elementos relevantes en relación a sus fundamentos epistemológicos, paradigmáticos y la teoría clínica, con énfasis en las herramientas técnicas con las que cuenta el modelo en la actualidad, revisando las técnicas basadas en las teorías conductuales. En una segunda parte de este trabajo se continuará con la descripción de las técnicas, derivadas del modelo cogni-



tivo clásico y posteriormente, de los aportes de la teoría cognitiva interpersonal y el constructivismo cognitivo. Si bien esta es una revisión exclusivamente teórica, tiene una importancia fundamental en cuanto a generar una sistematización de los elementos técnicos propios de la psicoterapia cognitiva, para posteriormente formular un *modelo de indicación* que ponde-

re diferentes variables al momento de la elección de las técnicas e intervenciones terapéuticas. Se planteará una aproximación dimensional al problema de la indicación que se fundamentará en base a la evidencia en psicoterapia, la contribución teórica de otros modelos de indicación, y la conceptualización de los procesos de cambio desde una perspectiva neurocientífica.

## Bibliografía

1. Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
2. Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Ed. Desclée de Brouwer.
3. Beck, A. & Freeman, A. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Argentina, Ed. Paidós.
4. Bell, A. & D'Zurilla, T. (2009). *Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis*. *Clinical Psychology Review* 29, 348-353.
5. Caballo, V. (2002) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos Psicológicos*. Vol. 1 y 2. Ed. Siglo XXI.
6. Cía, A. (2006). *Cómo superar el pánico y la agorafobia*. Ed. Polemos.
7. Colom & Vieta. (2005). *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Ed. Paidós.
8. Compas, B. E. & Gotlib, E. (2002). *Introduction to Clinical Psychology, Science and Practice*. Ed. Macgraw Hill.
9. Cormier, W.; Cormier, L. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Ed. Desclée.
10. Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Ed. Paidós.
11. Hazlett-Stevens, H., & Craske, M.G. (2003). *The catastrophizing worry process in generalized anxiety disorder: A preliminary investigation of an analog population*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 387-401.
12. Krause, M. & Dagnino, P. (2006). *Evolución del cambio en el proceso psicoterapéutico*. *Revista Gaceta Universitaria* 2, 2, (3) 287- 298
13. Labrador, F. (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Ed. Pirámide.
14. Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid, España. Ed. Gedisa
15. Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*. New York and London. Ed. Plenum Press.
16. Olivares, J. & Méndez, F. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva.
17. Riquelme, R. & Quijada, M. (2006). *Psiquiatría y Salud Mental*. Ed. Soc. Chilena de Salud Mental.
18. Ruiz, J. C., Santibáñez-Hidalgo, G. (2008). *Definiendo la Hipnosis desde la Psicobiología: Algunas Líneas de Desarrollo Científico de los Fenómenos Hipnóticos*. *Cuad. Neuropsicol.* Vol.2 N°2
19. Schultz, J. H. (1969). *El entrenamiento autógeno*. Barcelona, España. Ed. Científico Médica.
20. Wolpe, J. (1977). *Práctica de la terapia de la conducta*. (ed. 1979) México. Ed. Trillas.
21. Yáñez, J. (2005). *Constructivismo cognitivo: Bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al Grado de Doctor, Escuela de Postgrado, Universidad de Chile.
22. Zagsmutter, A. (2008). *Psicoterapia y Procesos Empáticos*. Conferencia plenaria ofrecida en el VII° Congreso Latinoamericano de Psicoterapias Cognitivas y II° Congreso Uruguayo de Psicoterapia Cognitivo Conductual, Montevideo, Uruguay.