



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL:  
MODELO DE PREVENCIÓN PSICOLÓGICA**

**T E S I S A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**P R E S E N T A:**  
ROSA ABELINA JUÁREZ RAMÍREZ

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: MTRO. JUAN JIMÉNEZ FLORES

COMITÉ: MTRO. SERGIO CARLOS EDUARDO OCHOA ÁLVAREZ

MTRO. JOSÉ ALBERTO MONROY ROMERO

LIC. MIGUEL ANGEL MARTÍNEZ BAROJAS

LIC. ESPERANZA ENRIQUEZ CERVANTES



**MÉXICO, D.F.**

**ABRIL 2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

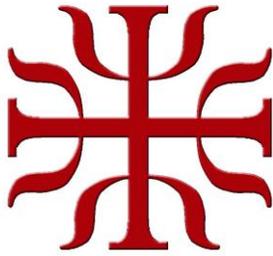


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Programa de Prevención Psicológica

*"Si quieres vivir una vida feliz, átalala a una meta, no a una persona ni a un objeto"*

*A. Einstein*

## AGRADECIMIENTOS

A mis Padres, Celestino y Juanita. Que me han conducido por la vida con amor y paciencia; les agradezco porque sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para educarme, porque sin su ejemplo de superación, comprensión y confianza no hubiera sido posible la culminación de mi carrera profesional. El objetivo logrado también es de ustedes, son la fuerza que me ayudo a conseguirlo, gracias. ¡Los amo!

Herman@s Virginia, Lourdes, Yolanda, Graciela, Beatriz, Israel y Moisés, por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar. Gracias por su cariño, guía también el apoyo, por enseñarme lo que han recogido a su paso por la vida, por compartir mis horas grises, mis momentos felices, ambiciones, sueños e inquietudes. Gracias por ayudarme a salir adelante en la adversidad. No los defraudare, los haré sentirse orgullosos, porque hoy ven forjado un anhelo, una ilusión, un deseo, el haber concluido mis estudios profesionales.

Debo agradecer de manera especial y sincera al Maestro Juan Jiménez Flores por aceptarme para realizar esta tesina bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo, por su capacidad para guiar mis ideas, ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo del trabajo, sino también en mi formación como profesional. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se hubiera podido concebir sin su oportuna participación.

Mi más sincero agradecimiento a los profesores: Sergio Carlos Eduardo Ochoa Álvarez, José Alberto Monroy Romero, Miguel Ángel Martínez Barojas y Esperanza Enríquez Cervantes, por su importante aporte, además de su participación activa en el desarrollo de esta tesina. Por su disposición así como de su paciencia para sugerir, corregir, proponer sus ideas. No cabe duda que su participación ha enriquecido el trabajo realizado.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por haberme forjado como una persona de razonamiento lógico y con espíritu para realizar investigación científica. Gracias a ello, hoy concluyo mis estudios profesionales, permitiéndome tener una carrera profesional al servicio de la población. ¡Con mucho honor llevó la insignia de ser de la Fes Zaragoza y Por siempre la UNAM, será la Máxima Casa de Estudios!

A mis amigos. Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos. A todos aquellos que durante mi camino laboral fueron parte integral de mi vida. Gracias por estar presentes en este momento crucial de mi vida profesional.

*Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer su cariño, amor, amistad, apoyo, ánimo, consejos y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están conmigo y otras en mis recuerdos, en el corazón. Pero sin importa en dónde estén o si alguna vez llegan a leer estas dedicatorias quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado para que yo lograra terminar la carrera profesional, siendo para mi la mejor herencia.*

## ÍNDICE

	Página
RESUMEN .....	5
INTRODUCCIÓN .....	6
<b>CAPÍTULO I: MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL</b>	
1.1 APRENDIZAJE DE LA CONDUCTA HUMANA .....	9
1.2 PRINCIPALES MODELOS DEL APRENDIZAJE .....	11
1.3 REPRESENTANTES DEL MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL .....	18
<b>CAPÍTULO II: PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL</b>	
2.1 LA PSICOLOGÍA CLÍNICA .....	24
2.1.1 EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA .....	25
2.1.2 VÍNCULOS ENTRE LAS ÁREAS DE LA PSICOLOGÍA Y LA PSICOLOGÍA CLÍNICA .....	26
2.2 PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL: FUNDAMENTOS HISTÓRICOS .....	31
2.2.1 PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL .....	39
2.2.2 DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN .....	43
2.2.2.1 DIAGNÓSTICO .....	44
2.2.2.2 EVALUACIÓN .....	49
2.2.2.2.1 EVALUACIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL .....	50
2.2.2.2.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN .....	54
2.2.3.3. INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL .....	66
2.2.3.3.1 LIMITACIONES DEL TRATAMIENTO EN LA PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL .....	69
2.3 TÉCNICAS EN PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL .....	72
2.3.1 TÉCNICAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES .....	73
2.3.1.1 TERAPIA RACIONAL EMOTIVA .....	74
2.3.1.2 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA .....	76
2.3.1.3 ENTRENAMIENTO DE INOCULACIÓN DE ESTRÉS .....	78
2.3.1.4 DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA .....	79
2.3.1.5 DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO .....	80
2.3.1.6 IMPLOSIÓN E INUNDACIÓN .....	82
2.3.1.7 LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS .....	83
2.3.2.8 ENTRENAMIENTO ASERTIVO .....	85
2.3.2.9 MODELAMIENTO .....	86
2.3.2.10 MANEJO DE CONTINGENCIAS .....	87
2.3.1.11 PROGRAMA DE ECONOMÍA DE FICHAS .....	88

2.3.2.12 AUTOMONITOREO .....	90
2.3.2 TÉCNICAS ESPECIALES.....	90
2.3.2.1 RELAJACIÓN .....	91
2.3.3.2 ENTRENAMIENTO AUTÓGENO .....	92
<b>CAPÍTULO III: FUNDAMENTOS DEL MODELO DE PREVENCIÓN PSICOLÓGICA</b>	
3.1 LA CIENCIA DE LA PREVENCIÓN .....	93
3.1.1 PREVENCIÓN PRIMARIA .....	94
3.1.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	95
3.2 FACTORES PRECURRENTES .....	97
3.2.1 FACTORES DE RIESGO.....	97
3.2.2 FACTORES PROTECTIVOS.....	100
3.3 MODELO DE PREVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	104
3.3.1 OBJETIVO Y CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE PREVENCIÓN PSICOLÓGICA .....	104
3.3.2 LA INSTITUCIÓN COMO OBJETO DE INTERVENCIONES.....	108
3.3.2.1 PROGRAMA Y ESQUEMA DEL MODELO DE PREVENCIÓN PSICOLÓGICA .....	110
<b>CONCLUSIONES</b> .....	113
<b>REFERENCIAS</b> .....	116

## RESUMEN

La psicología clínica es un campo de estudio interdisciplinario que abarca desde la investigación, enseñanza, evaluación, tratamiento y prevención, sin embargo, éste trabajo utiliza sólo la terapia cognitiva conductual para el diagnóstico, evaluación e intervención de los trastornos psicológicos. No obstante, el estudio de la prevención psicológica esta dirigido a partir de la ciencia de la prevención.

El objetivo del trabajo radica en una revisión teórica de las bases y métodos aplicados en la psicoterapia cognitiva conductual, además de los principios del modelo de prevención psicológica.

Tiene como propósito sustentar tanto la efectividad como las limitaciones de la psicoterapia cognitiva conductual basadas en las evidencias de la práctica empírica, las evidencias de la evaluación, así como de las evidencias del tratamiento. También, expone una aproximación del modelo de prevención psicológica.

## INTRODUCCIÓN

La psicología clínica pretende ser un “todo” que abarque en rango, en totalidad la conducta humana, se puede definir como una rama de la psicología que investiga, aplica los principios de la psicología a la situación única, exclusiva del paciente, para reducir sus tensiones, también de ayudarlo a funcionar en forma eficaz, con mayor sentido. Además, se preocupa por mejorar la conducta humana. Su aspecto clínico consiste en restablecer la situación de las personas que se encuentran padeciendo un trastorno psicológico, utilizando para ello los conocimientos, los métodos y las técnicas más avanzadas, procurando al mismo tiempo, mediante la investigación perfeccionar las técnicas, así como ampliar los conocimientos para lograr mayor validez en el futuro (Compas y Gotlib, 2003).

El campo de la psicología clínica integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir, aliviar el desequilibrio, la invalidez, la incomodidad; también promueve la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica está enfocada en los aspectos intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos, sociales y del comportamiento humano que funcionan a través de la existencia en las diferentes culturas de todos los niveles socioeconómicos (McFall, 1999).

La gente comúnmente confunde la psicología clínica con el psicoanálisis, los investigadores, los terapeutas, los psiquiatras, etc. En un intento por definir, así como, describir la psicología clínica se ha propuesto: El campo de la psicología clínica comprende investigación, enseñanza, evaluación, tratamiento, prevención -esté examinado desde otro modelo teórico- para la aplicación de los principios, los métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción, el alivio de los trastornos (emocionales, intelectuales, biológicos, psicológicos), aplicados a una gran variedad de poblaciones; en otros casos esta el campo de la consultoría en las escuelas o empresas y el de la administración que lleva la dirección de un departamento escolar o de algún programa de entrenamiento. Sin embargo, para este trabajo no son relevantes estos últimos (Compas y Gotlib, 2003, p.16).

Actualmente, es de total reconocimiento la actividad profesional de la psicología clínica, de su función como mediadora para generar bienestar en el ser humano. No obstante, para lograr la mejoría emplea los procedimientos terapéuticos más utilizados, es decir, aquellos que están estructurados, generando resultados a

corto plazo, son estandarizados, directivos, ordenados, además de ser científicamente comprobados. La Terapia Cognitivo Conductual es uno de estos.

La terapia cognitiva conductual ha tenido mayor auge, ya que abarca la mayoría de las áreas de intervención en el comportamiento humano. Muestra de ello es la expansión de sus bases teóricas que han contribuido a incrementar nuevos hallazgos, así como ser una modalidad terapéutica usada por psicólogos. De hecho, la información ha sido tan extensa en este campo, que la proliferación de artículos, libros, aparte de otros trabajos escritos han permitido que sea imposible mantenerse alejado de estos cambios. Parte de este auge de información en terapia cognitiva conductual, puede ser explicada por la aplicabilidad tan amplia, generalizada en diferentes áreas, contextos y problemas.

Para demostrar la aceptación de esta terapia, solamente basta revisar brevemente los artículos científicos, las revistas y los libros sobre la terapia cognitivo conductual que han surgido en los últimos años, así como también, el surgimiento de instituciones dedicadas al estudio, la enseñanza o al entrenamiento de esta terapia en todo el mundo. Por ello, hoy en día la terapia cognitiva conductual se encuentra a la vanguardia del movimiento de terapias con más fundamento, que ha demostrado su eficacia en un amplio rango de problemas psicológicos que aquejan al ser humano, a la sociedad, es decir, al mundo en general. Sin embargo, tiene sus limitaciones que implica considerablemente las terapias de largo plazo, cuando se utiliza en combinación con un tratamiento farmacológico en trastornos graves, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o el trastorno límite de personalidad, la psicosis (Echeburúa y Corral, 2001). Ya que, está no permite modificar la conducta o racionalizar el pensamiento de toda una población o un individuo vulnerable a padecer el trastorno.

Por lo anterior, los trastornos constituyen una amplia categoría de problemas psicológicos que se encuentran clasificados sólidamente en la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; elaborados por la American Psychiatric Association (1994), porque tienen una elevada prevalencia en la población en general. De esta manera, las intervenciones cognitivo conductual han sido procedimientos de alta eficacia a la hora de tratar estos trastornos, comprendiendo un importante conjunto de técnicas específicas en la orientación psicoterapéutica dirigidas a promover el cambio, a facilitar habilidades de afrontamiento o en el manejo de contingencias, conseguir cambios cognitivos,

asimismo los comportamentales, cambios en la estructura y función del sistema familiar, etc.

Con lo antes mencionado, el presente trabajo tiene como objetivo exponer una revisión teórica de la psicología clínica, de la terapia cognitivo conductual con los métodos y técnicas utilizadas, así también, del modelo de prevención psicológica sus bases teóricas que dan soporte al modelo (porque el propósito del modelo es la investigación de los trastornos psicológicos, la intervención de los mismos, además de encontrar los factores precurrentes a través de la investigación) desde la ciencia de prevención (Jiménez Flores, 2002) aunque promueve el desarrollo integral del ser humano a través de acciones terapéuticas y preventivas.

El propósito del trabajo es sustentar la efectividad de las actividades en la psicoterapia cognitivo conductual, también muestra los fundamentos sobre los cuales un psicólogo actúa en la prevención y las principales herramientas terapéuticas en la práctica de la atención del trastorno. En las cognitivas se encuentran: la terapia racional emotiva, la desensibilización sistemática, la reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, la inundación e implosión, entre otras. En las técnicas conductuales encontramos: entrenamiento asertivo, el modelamiento, de igual forma en el manejo de contingencias, etc. Aunque de igual forma, se emplean las técnicas especializadas en relajación progresiva, hipnosis, meditación, entrenamiento autógeno, y otras.

Concluyendo, el trabajo muestra las bases teóricas necesarias para llevar a cabo la psicoterapia cognitivo conductual; expone la validez, efectividad de los métodos y técnicas por medio de diversas actividades prácticas en el tratamiento, basadas en las evidencias de éste. Sin embargo, a la vez presenta algunas limitaciones que se han encontrado en las investigaciones de los trastornos no efectivos con la psicoterapia cognitiva conductual. Mientras que en el modelo de prevención psicológica se denotan los principios del programa que permiten obtener con la investigación los factores precurrentes de la población vulnerable, aplicar la psicoterapia, asimismo de promover la prevención a través de actividades prácticas en la comunidad.

# CAPÍTULO I

## MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL.

Cualquier psicoterapeuta que estudie el campo de las psicoterapias actuales se enfrenta a una adivinanza, porque han sido propuestas más de 100 formas diferentes de psicoterapia, cada una con sus propios partidarios y afirmaciones de eficacia. Sin embargo las terapias cognitivas conductuales están diseñadas para penetrar este laberinto de procedimientos diversos, proponiendo una teoría del cambio de la conducta que integra diversos enfoques. No obstante, el modelo teórico fundamental para el desarrollo del enfoque cognitivo conductual, fue el modelo del aprendizaje social. Así como los principales representantes contemporáneos para el perfeccionamiento de las técnicas y métodos de las psicoterapias cognitivas conductuales son: Bandura, Meichenbaum, Mahoney, Ellis, Lazarus, Beck (capítulo II) (Meichenbaum, 1995, p.331).

El aprendizaje social de Bandura (capítulo II) (que también recibe los nombres de aprendizaje vicario, aprendizaje observacional, imitación, modelado, o aprendizaje cognitivo social) está basado en una situación social, que al menos, participan dos personas: el modelo, quién realiza una conducta determinada, y el sujeto, que realiza la observación de dicha conducta, cuya observación determina el aprendizaje. Además, el modelo del aprendizaje social, a partir de los conceptos de refuerzos y observación, le concede relevancia a los procesos mentales internos (cognitivos), también a la interacción del sujeto con los demás de su entorno (Morris, 1997).

Sin embargo, para comprender la aportación teórica (no de la práctica basada en evidencias) del modelo de aprendizaje social en el desarrollo del enfoque, así como de las psicoterapias cognitivas conductuales, se hace una revisión de ésta.

### 1.1 APRENDIZAJE DE LA CONDUCTA HUMANA

Con lo antes mencionado, por ser el aprendizaje un elemento importante en la comprensión y modificación de la conducta, que intervienen decisivamente en algunos de los adelantos en el campo de la conducta. Morris y Maisto (2005), definen el aprendizaje como el proceso por el cual la experiencia o la práctica producen un cambio relativamente permanente en la conducta o potencial conductual.

En los últimos años se han logrado algunos principios del modelo de aprendizaje social a los problemas personales y sociales. Los estudios sobre las teorías del aprendizaje no han mantenido en su desarrollo una evolución paralela a los del aprendizaje. Tanto el término aprendizaje como el de teoría resultan difíciles de definir, de ahí que no coincidan los autores en las definiciones de aprendizaje (formuladas según el enfoque psicológico en que se apoyen) ni en las teorías (también con diferentes formulaciones según la concepción que le sirva de base). Así cuando se habla de la teoría del aprendizaje en la práctica, ha sido un intento de integrar en formulaciones sistemáticas la amplia gama de interpretaciones del aprendizaje, sin una preocupación rigurosa de someterse a las exigencias científicas que el término teoría comporta, como indica el hecho de que en la bibliografía al respecto aparezcan indistintamente los vocablos teoría, sistema y modelos (Garrison y Lorede, 2002).

Inicialmente no existía preocupación por elaborar teorías sobre el aprendizaje. Sirve de muestra el hecho de que desde el primer laboratorio de psicología experimental en Leipzig, hasta el final de la Primera Guerra Mundial, las investigaciones se centraban en conseguir un control de lo más exacto posible del aprendizaje mediante la recolección de datos experimentales, sin preocupación teórica alguna, como lo muestran los trabajos de Ebbinghaus, sobre los procesos mentales de memoria y retención; los de Bryan y Harter en la adquisición de destreza en telegrafía, o los de Thorndike sobre el aprendizaje de los animales. Sin embargo, en los primeros años de la década 1950–1960, surge un pequeño cambio en los estudios sobre las teorías del aprendizaje, ya que gran parte de los sistemas de la etapa anterior no cumplían con una de las funciones importantes de toda teoría, como es la de totalizar y concluir leyes, o por la dificultad de someter a verificación empírica los principios teóricos de las mismas (Garrison y Lorede, 2002).

Con el fin de ofrecer una base empírica sólida los estudios actuales sobre el aprendizaje se centran, más que en elaborar teorías, en lograr descripciones detalladas de la conducta en situaciones concretas, cuyo diseño ha sido cuidadosamente preparado en formar micromodelos de comportamiento en un campo o área muy concreto y específico (teorías centradas en los fenómenos), o en aplicar la práctica de los procesos de aprendizaje a terapias cognitivas conductuales (capítulo II), así como en las técnicas de modificación de la conducta. Ya que pueden intentar el esquema de la situación actual desde las teorías del aprendizaje (Pozo, 2004).

## 1.2 PRINCIPALES MODELOS DEL APRENDIZAJE

Debido a que la mayoría de la conducta humana es aprendida, el investigar y estudiar los principios del aprendizaje ayuda a entender por qué se comportan los individuos de la manera como lo hacen. El conocimiento del aprendizaje también ayuda a tener mayor entendimiento de la conducta adaptativa, así como de las circunstancias que producen la conducta desadaptativa (que conduce a un trastorno psicológico), de manera que se puedan desarrollar medios más efectivos para la intervención psicoterapéutica a partir del enfoque cognitivo conductual (Navas, 1996).

En este último siglo diversas teorías han intentado explicar cómo se aprende; son teorías descriptivas y cuantitativas que presentan planteamientos muy diversos, pero en todas ellas aún se puede encontrar algunos modelos de estos procesos tan complejos.

**Modelo del conexionismo** (Aprendizaje por Ensayo y Error): El conexionismo fue propuesto por Thorndike, quién plantea que la forma más característica de aprendizaje, tanto de animales inferiores como en hombres se produce por ensayo y error. A partir de estos experimentos Thorndike formuló leyes del aprendizaje que son (Chero, 2010):

- a) Ley de Asociación: Plantea que la asociación es una importante condición del aprendizaje porque la satisfacción o frustración depende de un estado individual de asociación.
- b) Ley del Ejercicio: Plantea que toda conexión es proporcional a la cantidad de tiempo en que tarda en realizarse la conexión, además de la duración de esta conexión, lo cual puede mejorarse mediante la ejercitación.
- c) Ley del Efecto: Plantea que la respuesta se acompaña de satisfacción, se transforma en la conexión fuerte con la situación de aprender y a la inversa, aquellas respuestas acompañadas de displacer generan conexiones débiles.

**Modelo del condicionamiento operante:** El condicionamiento instrumental u operante descrito por Thorndike y Skinner, es el proceso a través del cual se fortalece un comportamiento que es seguido de un resultado favorable (refuerzo), con lo cual aumentan las probabilidades de que ese comportamiento vuelva a ocurrir. El comportamiento puede ser modificado cambiando o controlado, tanto los antecedentes como las consecuencias de la conducta, o bien ambos. Thorndike y Skinner, intentan explicar el aprendizaje a partir de mecanismos comunes para todos los individuos (Compas y Gotlib, 2003).

a) El refuerzo: Se define como un evento, que presentado inmediatamente después de la ocurrencia de una conducta, aumenta la probabilidad de ocurrencia de dicha conducta.

b) El castigo: Es una manipulación de las consecuencias para producir una disminución en la conducta. Existen dos tipos de castigo: el castigo positivo consiste en la aparición de un evento doloroso mientras que el castigo negativo consiste en la desaparición de un evento “bueno”. Finalmente, la eficacia depende de la medida en que se refuercen conductas alternativas.

**Modelo psicogenético de Jean Piaget:** Piaget es gestor de la llamada teoría genética, la cual a partir de los principios constructivistas plantea que el conocimiento no se adquiere solamente por interiorización del entorno social, sino que predomina la construcción realizada por parte del sujeto (Chero, 2010).

En relación a sus conceptos más importantes son (Mazur, 1990):

a) Adaptación e Inteligencia: Según Piaget, la inteligencia consiste en la capacidad de mantener una constante adaptación de los esquemas del sujeto al mundo en que se desenvuelve. Piaget entiende los esquemas como aquellas unidades fundamentales de la cognición humana, los cuales consisten en representaciones del mundo que rodea al sujeto, construido por éste. La adaptación, a su vez, es el proceso que explica el desarrollo y aprendizaje. Esta se produce por medio de los procesos complementarios: Asimilación y acomodación.

- Asimilación: Este proceso consiste en incorporar nueva información en un esquema preexistente, adecuado para integrarla (comprenderla). Esto significa que, cuando un sujeto se enfrenta con una situación nueva, él tratará de manejarla en base a los esquemas que ya posee, que parezcan apropiados para esta situación.
- Acomodación: Al contrario de la asimilación, la acomodación produce cambios esenciales en el esquema. Este proceso ocurre cuando un esquema se modifica para poder incorporar información nueva, que sería incomprendible con los esquemas anteriores.

Estos dos procesos (Asimilación y acomodación) permiten que los esquemas del sujeto se encuentren siempre adaptados al ambiente, permiten el continuo crecimiento. Cuando el sujeto aprende, lo hace modificando la conducta (Mazur, 1990).

b) Equilibración: Tendencia innata de los individuos a modificar sus esquemas de forma que les permitan dar coherencia a su mundo percibido. Piaget considera

que la modificación y equilibración de los esquemas de un sujeto se produce como resultado de su continua interacción con el mundo tanto físico como social.

**Modelo del aprendizaje por descubrimiento:** El psicólogo Bruner postuló, que el aprendizaje es el procesamiento activo de la información y que cada persona lo realiza a su manera. El individuo, atiende selectivamente la información, la procesa, lo organiza de forma particular. Para Bruner, más relevante que la información obtenida son las estructuras que se forman a través del proceso de aprendizaje. Además define el aprendizaje como el proceso de reordenar, transformar los datos que permitan ir más allá de ellos, hacia una comprensión nueva. A esto le llamó Aprendizaje por descubrimiento (Chero, 2010).

Los principios que rigen este tipo de aprendizaje son los siguientes (Mazur, 1990):

- Todo el conocimiento real es aprendido por uno mismo.
- El significado es producto exclusivo del descubrimiento creativo y no verbal.
- El conocimiento verbal es la clave de la transferencia.
- El método del descubrimiento es el principal para transmitir el contenido.
- La capacidad para resolver problemas es la meta principal.
- Cada sujeto es un pensador creativo y crítico.
- El descubrimiento organiza de manera eficaz lo aprendido para emplearlo ulteriormente.
- El descubrimiento es el generador único de motivación y confianza en sí mismo.
- El descubrimiento es una fuente primaria de motivación intrínseca.
- El descubrimiento asegura la conservación del recuerdo.

En base a estos principios Bruner propone una teoría de la instrucción que considera cuatro aspectos fundamentales: La motivación a aprender, la estructura del conocimiento a aprender, las secuencias de presentación y el refuerzo del aprendizaje (Chero, 2010).

**Modelo del aprendizaje significativo de Ausubel:** El modelo de Ausubel se ocupa específicamente de los procesos de aprendizaje de los conceptos científicos, a partir de los conceptos previamente formados por el individuo en su vida cotidiana. Es un modelo teórico-abstracto. Se apoya en el desarrollo cognitivo para aprender los conceptos abstractos (es la base del aprendizaje significativo). También le da una mayor importancia al lenguaje, que sirve para lograr el aprendizaje verbal significativo (Morris, 1997).

Determina que hay dos formas de aprender cognitivamente (Baggini, 2008):

- 1) Mecánicamente: Asimilando los conceptos de modo automático.
- 2) Significativo: Produciendo la reestructuración de los esquemas internos a partir de la asimilación.

Para que se dé el aprendizaje significativo, se requieren ciertas condiciones, que son (Baggini, 2008):

- a) La potencialidad de los contenidos, para poder relacionarlos con las anteriores ideas.
- b) Una estructura cognoscitiva previa del sujeto que permita ser relacionada con los nuevos conocimientos, los subsumidores son los conceptos que vinculan los conocimientos previos con los nuevos.
- c) Una disposición significativa del sujeto, expresada en una actitud activa, de atención y motivación para incorporar con sentido un concepto así como la aplicación.

Ausubel postula que el aprendizaje debe ser significativo, no memorístico, y para ello los nuevos conocimientos deben relacionarse con los saberes previos que posea el aprendiz. También el aprendizaje significativo, tiene que ser también un aprendizaje de interés. El individuo vincula el aprendizaje con su estructura mental cuando se da cuenta del valor que tiene él mismo (Chero, 2010).

**Modelo Socio-constructivismo de Vygotsky:** Su teoría es socio-histórica, el producto final del desarrollo del sujeto, está en función del medio social en donde vive. Todos los procesos superiores consisten en la utilización de estímulos del medio y los recursos del individuo. Vygotsky sostiene que el desarrollo, si bien tiene una base genética, es cultural, así que va a depender del tipo de experiencias que tengan. Se cuestiona el hecho de que para que exista aprendizaje deba existir desarrollo previo (Baggini, 2008). Además considera también los aprendizajes como un proceso personal de construcción de nuevos conocimientos a partir de los saberes previos (actividad instrumental), pero inseparable de la situación en la que se produce (Pozo, 2004).

El modelo de Vygotski, se basa en la internalización de los aspectos que se incorporan, reestructuran al plano interno de la mente. Esa internalización es indirecta, necesita de un intermediario cuyo punto de partida es el medio social. La noción del agente intermediario que desempeña un papel fundamental en los procesos del pensamiento, se funda en la tarea que realiza el hombre cuando actúa con elementos materiales, utilizando herramientas con el fin de transformarlos. Los mediadores son instrumentos que transforman la realidad. Vygotski (1978) (Baggini, 2008) distingue dos clases de instrumentos en función del tipo de

actividad que hacen posible. El tipo más simple de instrumento sería la herramienta que actúa materialmente sobre el estímulo, modificándolo.

La cultura proporciona al individuo las herramientas necesarias para modificar su entorno, adaptándose activamente a él, además proporciona herramientas. La cultura está constituida por un sistema de signos que intervienen en las acciones, que están en la base del lenguaje y otros sistemas simbólicos propios de la comunicación entre los hombres. Pero a diferencia de la herramienta material, el signo no modifica el medio cultural, sino que cambia al sujeto, es decir, a la persona que lo utiliza como mediador y actúa sobre la interacción de esa persona con su entorno. El vector del desarrollo y del aprendizaje iría desde el exterior del sujeto al interior, sería un proceso de internalización o transformación de las acciones externas, sociales, en acciones internas, psicológicas (Pozo, 2004).

En la ley fundamental de la adquisición de los conocimientos, Vygotsky (1978) (Pozo, 2004) afirmó que el individuo comienza siendo siempre objeto de intercambio social, es decir, comienza siendo interpersonal para, luego, internalizarse o hacerse intrapersonal. En el desarrollo cultural del sujeto, toda función aparece dos veces: primero entre personas (interpsicológica), después en el interior (intrapsicológica). Esto puede aplicarse igualmente a la atención voluntaria, a la memoria lógica y a la formación de conceptos. Todas las funciones superiores se originan como relaciones entre seres humanos.

**Modelo de aprendizaje social:** El término de aprendizaje social ha sido empleado globalmente en la psicología contemporánea de dos maneras diferentes, en virtud de la extensión del concepto y de su vinculación a sistemas teóricos determinados. El aprendizaje social se entiende como un conjunto de aprendizajes que hacen referencia a conductas específicas y directamente ligadas a la vida social, como hábitos sociales, actitudes, valores. Se trata de un uso genérico que no señala procesos concretos, sino el ámbito en que se dan. Bandura sostiene que la mayor parte de la conducta social se desarrolla a través del aprendizaje por observación de modelos y que se ejecuta en función de las contingencias del refuerzo ambiental (Compas y Gotlib, 2003).

El modelo de aprendizaje social es una teoría general socio-psicológica que ofrece una explicación sobre la adquisición, el mantenimiento y modificación de la conducta humana. La misma adopta factores sociales, no sociales además culturales que intervienen tanto para motivar y controlar la conducta. Andrews y Bonta (1998) (Akers, 2005), mencionan que los principios del modelo de aprendizaje social no se limitan a explicar la conducta novedosa sino que constituyen principios fundamentales de actuación (que explican), la adquisición,

el mantenimiento y modificación de la conducta. La proposición básica consiste en que el proceso de aprendizaje produce tanto una conducta conforme como una conducta disfuncional, además la probabilidad de que cualquiera de las dos conductas es una función del balance de las influencias de riesgo y protectoras sobre la conducta, no sólo las operativas en una historia individual de aprendizaje, sino también las que funcionan en un determinado momento, en una situación dada, además las que prevén una conducta futura en el contexto de la estructura social.

Por ejemplo, Bandura consideró que la teoría del conductismo (con énfasis sobre los métodos experimentales, es decir, sobre las variables observables, medibles y manipulables, que rechaza todo aquello que sea subjetivo o interno) era muy simple para explicar el fenómeno de la agresión adolescente que observó en sus experimentos, por lo que decide añadir un poco más a la teoría. Sugirió que el ambiente causa el comportamiento, cierto, pero que el comportamiento causa el ambiente también; el mundo y el comportamiento de una persona se influyen mutuamente. Este término lo definió como determinismo recíproco. A partir de esto empezó a considerar a la personalidad como una interacción entre tres cosas: sujeto, ambiente y proceso psicológico (Akers, 2005).

Por lo tanto, para Bandura, el aprendizaje es esencialmente cognitivo, pues implicaba una representación mental activamente elaborada por el observador de un estímulo que ejecuta alguna acción, o sufre las consecuencias de alguna acción, sin que el observador ejecute la conducta. Se basó, también, en la distinción entre aprendizaje latente y ejecución, donde el primer concepto implica que el sujeto no requiere un reforzamiento directo para el aprendizaje de nuevos comportamientos observados, pero es esencial para la ejecución de ese nuevo comportamiento. Es decir, reforzar directamente al sujeto no es necesario para que éste aprenda, sólo se necesita observar a un modelo, pero sí es necesario para que el sujeto ejecute lo que aprendió (Akers, 2005).

Elementos del aprendizaje social (Schunk, 1997.p. 141):

1. Atención. El aprender implica prestar atención a ciertas características del modelo para que la conducta vicaria ocurra posteriormente. Esto tiene que ver con las propiedades del modelo. Si el modelo es colorido y dramático, por ejemplo, prestaremos más atención. Si el modelo es atractivo o prestigioso, o parece ser particularmente competente, prestaremos más atención. Y si el modelo se parece más a nosotros, prestaremos más atención. Este tipo de variables encaminó a Bandura hacia el examen de la televisión y sus efectos sobre los niños.
2. Retención. Transformación activa de lo que hemos prestado atención, es decir, guardamos en forma de imágenes mentales o descripciones verbales las acciones

que hemos visto hacer al modelo. Una vez archivado, podemos hacer resurgir la imagen o descripción de manera que podamos reproducirlas con nuestro propio comportamiento.

3. Reproducción. Debemos traducir las imágenes o descripciones al comportamiento actual. Por tanto, lo primero de lo que debemos ser capaces es de reproducir el comportamiento.

4. Motivación. Con todo esto, todavía no haremos nada a menos que estemos motivados a imitar; es decir, a menos que tengamos buenas razones para hacerlo. El refuerzo adquiere función motivacional, facilita o inhibe la ejecución de lo aprendido.

Según la corriente cognoscitiva social, observar modelos no garantiza el aprendizaje ni la capacidad para exhibir más tarde las conductas, sino que cumple funciones de información y motivación: comunica la probabilidad de las consecuencias los actos, modifica el grado de motivación de los observadores para actuar del mismo modo. Los factores que influyen en el aprendizaje, en el desempeño son; el estadio de desarrollo del aprendiz, el prestigio y la competencia de los modelos, así como las consecuencias vicarias, las metas, las expectativas y la autoeficacia (Schunk, 1997).

Por lo tanto, se dice que el aprendizaje social se da de dos maneras diferentes, la primera se da en virtud de las relaciones con las demás personas en un ambiente social y la segunda se da en la interacción de factores tanto externos como internos, así como el medio que interviene en la conducta personal. Para muchos psicólogos el aprendizaje cognoscitivo social puede darse a través de un proceso de modelamiento, de imitación, observando lo que otros hacen (Akers, 2005).

De hecho, el aprendizaje puede ser vicario. Por medio de la observación del comportamiento de la otra gente y sus consecuencias. En adición a ser un vicario cognitivo, las observaciones del aprendizaje de Bandura se caracterizaron por el concepto de la autorregulación. Él explica que las personas pueden regular su propio comportamiento hasta cierto punto nada más por visualizar las consecuencias. Dentro de su ambiente social, el individuo se forma un modelo teórico que permite predecir su comportamiento, la adquisición de conocimientos, habilidades, actitudes etc. A través de la observación de varios modelos aprende de las consecuencias dependiendo de su ejecución, reforzamiento, motivación, etc. El aprendizaje por observación influye en los integrantes de la sociedad y viceversa a través de las funciones de la autorregulación. La conducta humana se puede encuadrar en unos procesos de interacciones recíprocas entre las variables ambientales, y factores personales (Schunk, 1997).

Además, Rotter introdujo un elemento más cognoscitivo (influencia de lo que se conoce, piensa, cree y espera) en las teorías orientadas hacia el aprendizaje. Remarcó las expectativas del individuo respecto a los resultados futuros y el valor subjetivo de los refuerzos en la situación psicológica de la persona. También destacaron otros autores como Albert Ellis (modelo racional emotivo), Walter Mischel (estudio de las variables que determinan las conductas de los organismos) y Mineka (efecto del aprendizaje observacional) que han demostrado a través de sus teorías y experimentos que gran parte del aprendizaje se adquiere en el medio social. Sus enfoques reflejan un movimiento cognitivo conductual, donde el aprendizaje social se da gracias a que los organismos aprenden por la experiencia indirecta que se percibe de los modelos, dentro de un contexto social mediante procesos cognoscitivos, fijándose en las consecuencias vicarias de su actuar para la ejecución de su comportamiento (Schunk, 1997).

### 1.3 REPRESENTANTES DEL MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL

El aprendizaje social, se enfoca a determinar en que medida aprenden los individuos no solo de la experiencia directa sino también de observar lo que les ocurre a otros, tiene como máximo exponente a Albert Bandura, quién postula una teoría general del aprendizaje por observación que se ha extendido gradualmente hasta cubrir la adquisición y la ejecución de diversas habilidades, estrategias y comportamientos; precedido por Julian Rotter, quien trabaja en las expectativas, valor de reforzamiento, grado del objetivo mínimo y situación psicológica entre otros. También existen otros autores como Albert Ellis, con su modelo racional emotivo, subrayando las variables cognoscitivas y el manejo correcto de pensamiento para conducir el control emocional. Aparece Walter Mischel con su estudio de las variables que determinan las conductas de los organismos y cuyo enfoque es interaccionista. Por último Mineka, quien demuestra a través de un experimento con monos el efecto del aprendizaje observacional (Garzón, 2008).

Estos autores, así como otros no tan relevantes, han demostrado a través de sus teorías, que gran parte del aprendizaje de los organismos se adquiere en el medio social. Observando a los otros, los sujetos aprenden conocimientos, reglas, habilidades, estrategias entre otras.

**Teoría del constructo personal de Kelly:** La Teoría de los Constructos Personales de George Kelly (1905-1967) (Morris y Maisto, 2005), ocupa una interesante posición dentro de la psicología de la personalidad, al insistir en que la clave para entender la personalidad humana y todos sus procesos psíquicos está

en las categorías cognitivas conceptuales que el individuo utiliza para “construir” el mundo. Destaca la manera en que las personas explican e interpretan los acontecimientos. Para Kelly, no hay una verdad objetiva, sólo maneras de interpretar los acontecimientos. El elemento central de Kelly, es el concepto de constructo; una manera de percibir, explicar e interpretar los acontecimientos. Un constructo siempre tiene dos polos, aunque no es necesario que un polo sea el contrario natural del otro (por ejemplo, hostil/tímido; agresivo/tímido). Cualquier constructo que se aplica a los demás se puede aplicar a uno mismos.

La teoría de Kelly, es, por tanto (Feixas y Villegas, 2000):

- 1) Esencialmente ideográfica, centrada en los modos particulares en que un individuo se enfrenta a su mundo.
- 2) Holista, le interesan los aspectos totales de la personalidad, más que modos específicos de funcionamiento, y pretende dar lugar a un sistema psicológico total que elimina aspectos tradicionales como “motivación”, “aprendizaje”, “emoción” o “conducta”.
- 3) Constructivista, por la noción de que un aspecto decisivo en el hombre es su esfuerzo por “construir” conceptualmente su mundo; los fenómenos solamente logran significado cuando se relacionan con el modo en que el individuo los construye.

Kelly dice que los constructos se mantienen más o menos estables a lo largo de la vida. Además de que los constructos se organizan formando un sistema. Esta teoría ha evolucionado mucho desde que la creó. Actualmente ha quedado como referencia, pero no forma parte de la investigación actual (Garzón, 2008).

**Teoría del aprendizaje social de Rotter:** Según Rotter, la expectativa se construye con base en experiencias pasadas que pueden generar una consecuencia satisfactoria o insatisfactoria; es decir que, cuando una persona, se le presenta una situación similar a la que ha vivido en el pasado, espera que le suceda lo mismo que ocurrió en esa ocasión; por consiguiente su libertad de movimiento se ve restringida y la expectativa se refuerza cada vez que el sujeto obtiene la misma consecuencia. Menciona que las expectativas no deben confundirse con la esperanza, puesto que las esperanzas son aspiraciones basadas en la necesidad y el deseo. Además la expectativa se puede convertir en generalizada cuando la situación es muy repetitiva y puede producir distorsión perceptual e incapacidad para discriminar (Garzón, 2008).

Según Rotter (1954) (Garzón, 2008), para entender el aprendizaje y la conducta se tiene que tener en cuenta la formación de expectativas, tasa de aciertos y errores, la calidad del reforzamiento y el valor de reforzamiento. Si el valor de

reforzamiento del objetivo es alto, se genera una expectativa satisfactoria y conduce al individuo a conseguirlo sin importar si es alcanzable o no.

Rotter hace referencia a las expectativas, al valor del reforzamiento, considera que las expectativas del individuo las crea partiendo de experiencias pasadas que le han generado consecuencias satisfactorias o insatisfactorias, lo cual quiere decir que si una persona se encuentra ante una situación que le parece familiar a una pasada, el individuo suele esperar que le pase lo mismo que la situación anterior y si esto sucede se verán reforzadas sus expectativas. Por ejemplo si un estudiante pierde matemáticas con algún profesor estando en quinto grado, si para el sexto grado le vuelve a dar clases dicho profesor, el estudiante posiblemente pensará que nuevamente perderá muchos logros por el solo hecho de que recibirá clases por el mismo profesor (Blanco y Gamarra, 2012).

Rotter dice que para entender el aprendizaje y la conducta es necesario tener en cuenta el valor del reforzamiento para él, si el valor del reforzamiento del objetivo es alto, se genera una expectativa satisfactoria que conduce al individuo a adquirirlo. Por otro lado hace alusión al potencial de necesidades que consiste en un conjunto de conductas con una cualidad direccional común, en el sentido de que se dirige hacia un objetivo determinado. Además, identifica seis necesidades generales: de reconocimiento, dominación, independencia, dependencia, amor-afecto por ultimo de comodidad física (Garzón, 2008).

**Teoría Racional Emotiva de Ellis:** (capítulo II) Establece un modelo racional-emotivo en el cual da cuenta de la importancia de las variables cognitivas, del manejo correcto del pensamiento, las autoverbalizaciones y la interpretación de los hechos, para llevar a cabo un control de los estados afectivos. Ellis también dice que cuando la conducta es emocional, el funcionamiento esta muy deteriorado, solo se puede controlar las emociones cuando la razón prevalezca (Ellis, 2000).

Ellis (2000) presenta un formato simplificado (A-B-C-D) en el cual:

- A) Es la condición activadora, el hecho como una defensa abollada o el rechazo de una cita.
- B) Es el sistema de creencias de la persona que entra en la interpretación de la importancia del hecho.
- C) Son las consecuencias que resultan del proceso interpretativo, la conducta disfuncional.
- D) Es el proceso terapéutico de refutar el sistema de creencias (aprendizaje social).

**Teoría cognitiva del aprendizaje social de Mischel:** Psicólogo austriaco hizo aportes importantes a esta teoría: en cuanto a las variables que determinan la conducta humana, con un enfoque interaccionista. Apoyado en sus estudios, descubrió que las personas pueden diferenciar los estímulos en el medio y, que es posible generar diversas conductas de adaptación para desenvolverse ante variadas situaciones en el medio (Garzón, 2008).

Mischel menciona que, continuamente las personas interactúan con las situaciones. Estas producen actividad cognoscitiva y conducta, pero las acciones también alteran las situaciones. Si no se tienen las cogniciones y habilidades apropiadas, no se puede enfrentar el problema. Sin embargo, el conocimiento así como las habilidades pueden adquirirse a través del aprendizaje por observación, por medio de experiencias vicarias con modelos reales o simbólicos, o a través de las propias experiencias directas. Aquellos procesos pueden incrementar la capacidad que genera cogniciones y habilidades (Morris y Maisto, 2005).

Según Mischel (1981) (Garzón, 2008). las personas seleccionan ciertos aspectos de una situación y rechazan las demás, recuerdan algunas cosas mejor que otras. El efecto que tiene un estímulo en la conducta depende de la atención selectiva, interpretación y clasificación de la información. Las personas usan categorías amplias para agrupar estímulos, para describir lo que observan. Los constructos personales son aquellos conceptos, imágenes, suposiciones y actitudes propias que tienen cada individuo.

**Efectos de activación y aprendizaje emocional, Mineka:** El efecto del aprendizaje observacional, estudiado por Mineka (1992) y su grupo en monos, reside en la posibilidad de provocar activación emocional en los observadores ante determinados estímulos, mediante la simple observación de las reacciones emocionales de los modelos ante esos estímulos.

En este caso se entiende que las interacciones sociales habitualmente implican la expresión emocional de un modelo tiene como resultado no solo un incremento de la emoción en ese momento concreto, sino además y sobre todo que en el futuro estímulos similares tienden a generar el mismo tipo de emoción en el observador, lo cual podría explicar el aprendizaje y la transmisión de comportamientos emocionales en el ambiente familiar y social en el que se desarrolla el individuo (Garzón, 2008).

Mineka a través de su experimento y otros similares, ha demostrado de manera inequívoca que no es necesario ni la experiencia directa, ni el uso del lenguaje para que se produzca el aprendizaje de respuestas emocionales. Por tanto este

efecto amplía los límites de la teoría del aprendizaje observacional y su capacidad explicativa a fenómenos de adquisición, no solo de respuestas externas, sino también de respuestas internas, como es el caso de las respuestas emocionales. Además permite entender la importancia del modelamiento en la adquisición de comportamiento fóbico (Mineka, 1992).

**Teoría cognitivo social de Bandura:** Psicólogo del comportamiento humano, analiza la permanente y dinámica interacción entre el comportamiento y el ambiente que rodea a la persona enlazados por lo que denomina un determinismo recíproco. Su teoría cognitivo social (en un principio, la definió como teoría del aprendizaje social) es de especial relevancia, tanto para analizar los efectos de los medios, como instrumentos observados y productores de imágenes ambientales, como para conocer los mecanismos de modelado social a partir de los medios. Bandura estudió el aprendizaje a través de la observación y del autocontrol, da una importancia muy relevante al papel que juegan los medios (el aprendizaje mediatizado) (Compas y Gotlib, 2003).

Los medios no sólo son susceptibles de ser observados, sino que actúan sobre los procesos psicológicos de la persona en la medida que crean imágenes, representaciones, modelaciones de la realidad, por lo que, consecuentemente, producen o modifican las conductas y el mecanismo cognitivo que precede a las conductas. A través de los medios, esto es, mediante el cambio del medio ambiente social, se pueden variar los comportamientos. Además, los medios, especialmente los audiovisuales, cada vez más determinantes en la percepción de lo exterior, reproducen en sus prácticas narrativas los elementos básicos que desencadenan la actividad de la observación. Al tiempo, son capaces de fijar ciertas marcas o referencias que instruyen los mecanismos de autocontrol del individuo en sus comportamientos (Bandura, 1998).

Según Bandura, uno de los principios del aprendizaje social es la adquisición de respuestas nuevas, mediante el aprendizaje observacional, sostiene que la mayor parte del aprendizaje ocurre en contextos sociales, a través de modelamientos, es decir, los seres humanos aprenden observando la conducta de un modelo (por imitación). Además, este aprendizaje puede ocurrir como consecuencia de un reforzamiento, por medio del ensayo-error, con el reforzador que selecciona la conducta concreta. Además, Bandura hace referencia a la importancia de algunos factores que influyen en el aprendizaje como son los factores internos, los factores externos y el medio en donde de manera mutua estos factores interactúan, a este proceso lo denominó reciprocidad trídica (Bandura, 1998).

Finalmente, la importancia del aprendizaje social, hace referencia a que mediante la tesis del aprendizaje social planteadas por Bandura, Ellis, Rotter y Mischel, se establece que el individuo adquiere conocimientos a través de socializaciones y la interacción con el medio, por lo tanto, en ella se considera relevante el papel de la socialización en el desarrollo del individuo, el cual, puede modificar sus conductas mediante la observación así como la modelación. Además, del modo que tienen los individuos de evaluar las situaciones, fijar expectativas, establecer pautas, recordar selectivamente los eventos y poner en acción rutinas de solución de problemas, son más críticos a la hora de comprender su conducta y formular las intervenciones del tratamiento, porque una gran parte del aprendizaje humano es mediado cognitivamente y responden a las consecuencias ambientales según las representaciones cognitivas de los eventos ambientales (Meichenbaum, 1995).

Los psicólogos y otros profesionales que estudian la conducta de los organismos, lo hacen con el fin de describirla y comprenderla. Específicamente, debido a que una gran parte de la conducta humana es aprendida o adquirida, además el estudio teórico del aprendizaje ha llegado a ocupar un lugar central en el campo de la psicología, y de los principios que dan soporte al enfoque cognitivo conductual. Sin embargo queda un poco rezagado en la práctica basado en las evidencias de las psicoterapias cognitivas conductuales (Meichenbaum, 1995).

Para comprender más la naturaleza del estudio e investigación dentro de las psicoterapias cognitivas conductuales, es importante mencionar el inicio de la psicología clínica como estudio científico, además cómo se va relacionando con el desarrollo de la evaluación, diagnóstico e intervención de los trastornos psicológicos desde el enfoque cognitivo conductual.

## CAPÍTULO II

# PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

### 2.1 LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

La psicología clínica es un campo que abarca tanto la investigación como la práctica relativa a los trastornos psicológicos, a la salud física y mental. Los trastornos psicológicos tienen efectos profundos sobre el comportamiento, las habilidades efectivas de las personas en su vida diaria. El deterioro atribuible a los trastornos psicológicos incluye el pobre aprovechamiento escolar, laboral, los desordenes, el rompimiento de las relaciones personales, así como la disminución de la calidad de vida (Kessler, 1999).

Los objetivos de la psicología clínica son comprender, tratar, prevenir los trastornos, así como sus efectos asociados. La psicología clínica juega un papel central en la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de los trastornos. Por medio del uso de las pruebas psicológicas, de las entrevistas, de la observación del comportamiento, también la psicología clínica ayuda a identificar, a diagnosticar los trastornos mediante la práctica de las diversas formas de tratamiento (terapia cognitivo conductual, psicoterapia interpersonal, terapia de pareja, así como familiar) (Kessler, 1999).

Los psicólogos clínicos están en la primera línea de tratamiento de los factores psicológicos, igualmente los conductuales relacionados con los trastornos. Estos especialistas también se han involucrado en la ejecución de programas que buscan prevenir los trastornos y promueven la verdadera salud física además de la mental (Wilson, 1999).

Los psicólogos clínicos han buscado, mediante la investigación, comprender mejor la naturaleza, al mismo tiempo las causas de los trastornos psicológicos, con el fin de perfeccionar los métodos de evaluación y diagnóstico, así como para desarrollar la evaluación de la efectividad de nuevas técnicas de tratamiento. Además, se han comprometido en un trabajo en el cual hay interés por contribuir a los cambios significativos de las vidas de otros. Al mismo tiempo, el trabajo emprendido por los psicólogos clínicos es difícil y excitante, porque aborda problemas complejos, aunque el nivel de comprensión de la mayoría de los trastornos psicológicos están todavía en fases tempranas de desarrollo (Wilson, 1999). Por lo tanto, este trabajo es una introducción al campo de la psicología clínica para aportar las bases científicas que fundamentan la práctica de la psicología clínica.

## 2.1.1 EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

A lo largo de la historia la psicología clínica ha pasado por definiciones que tienen como objetivo el estudio de los trastornos psicológicos (Tabla 1). Éstos han proporcionado las bases de la actual definición de la Clinical Psychology de la APA del año 2000, la cual menciona que uno de los objetivos fundamentales de la psicología clínica es la aplicación del conocimiento para la mejor comprensión, alivio, más aun de prevención del amplio rango de problemas, trastornos sufridos por los individuos. También incluye trastornos a múltiples niveles del funcionamiento humano intelectual, emocional, biológico, psicológico, social y conductual (Compas y Gotlib, 2003).

Tabla 1  
**Definiciones de la psicología clínica de 1912 – 2000.**

AÑO	DEFINICIONES
1912	1. Lightner Witmer: “Así los métodos de la psicología clínica están necesariamente involucrados siempre que el estado de la mente de un individuo se determine por la observación o la experimentación, y por tratamientos pedagógicos aplicados para producir un cambio, es decir, para el desarrollo de la mente.”
1935	2. American Psychological Association (APA): “La psicología clínica es una forma aplicada de la psicología, la cual apunta a definir las capacidades, así como las características conductuales de un individuo, mediante el uso de metidos de observación, de medición, de análisis; los cuales con base en una integración de éstos hallazgos, con los datos obtenidos a partir de las exploraciones físicas, también de las historias sociales, proporcionan sugerencias y recomendaciones para el ajuste adecuado del individuo.”
1981	3. American Psychological Association (APA): “Un psicólogo clínico es un profesional que aplica principios, procedimientos para comprender, hasta predecir los problemas psicológicos, intelectuales, emocionales y conductuales.”
2000	4. Society of Clinical Psychology de la APA: “El campo de la psicología clínica integra teoría, ciencia y práctica para comprender, predecir, así mismo, aliviar los desajustes, las discapacidades, el malestar, también para promover la adaptación humana, el equilibrio, y desarrollo personal. La psicología clínica se orienta al funcionamiento humano, en los aspectos biológicos, intelectuales, psicológicos, emocionales y conductuales durante el transcurso de la vida, en la diversidad de culturas en todos los niveles socioeconómicos.”

Por lo anterior, la psicología clínica se define como la rama de la psicología dedicada a la generación del conocimiento psicológico, desde la ciencia psicológica, en la comprensión y el mejoramiento del funcionamiento, bienestar psicológico, físico o mental de un individuo, igualmente de un grupo de individuos. La psicología clínica contribuirá a expandir el campo de la psicología, así como de la ciencia de la conducta; también servirá a las necesidades de la gente sólo si sus esfuerzos se someten a las bases científicas (McFall, 1999).

### 2.1.2 VÍNCULOS ENTRE LAS ÁREAS DE LA PSICOLOGÍA Y LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

La psicología clínica comparte un conocimiento básico común a toda la psicología, el conocimiento básico obtenido durante más de 100 años de investigación sobre el comportamiento, la cognición, incluso las emociones del hombre. La psicología proporciona los cimientos de la psicología clínica; un amplio rango de la ciencia psicológica es relevante incluyendo la investigación sobre motivación, emoción, percepción, atención, aprendizaje, memoria, neuropsicología, comunicación, pensamiento, cognición social e influencia social, procesos familiares, también los procesos ambientales y socioculturales (Gregory, 2012).

Algunos de los más importantes modelos para la comprensión de los problemas clínicos se han desarrollado a partir de la teoría y la investigación de otras áreas de la psicología, ejemplo de ello son las teorías sobre la depresión, los procesos cognitivos, la teoría del condicionamiento, la teoría del aprendizaje social, etc. Sin embargo, aunque la psicología clínica se relaciona con el resto de la psicología mediante la investigación, al mismo tiempo, es diferente a otras áreas de esta misma, debido a su desarrollo social, fisiológico, de aprendizaje, además sobre todo en la evaluación psicológica, el tratamiento, la prevención de los trastornos psicológicos (Taylor, Repetti & Seeman, 1997).

Igualmente, así como la psicología se relaciona con la psicología clínica, los psicólogos clínicos se involucran con diferentes actividades para el bienestar del ser humano. Uno de los más interesantes aspectos de la psicología clínica es la diversidad de actividades que incluyen la investigación, la enseñanza, la evaluación, diagnóstico, el tratamiento, además de la prevención.

**Investigación:** La mayor parte de la investigación en psicología clínica la llevan a cabo miembros calificados de las universidades, los colegios, aunque puede haber algunas investigaciones que se den en hospitales o las clínicas. La investigación

es excesivamente variada en proyectos, que van desde investigaciones de los problemas que pueden observarse, estudiarse en animales en un laboratorio, hasta la eficacia de cierto tipo de psicoterapia para un trastorno específico con pacientes de comunidades clínicas, así como de hospitales (Barlow, 2001).

La investigación ofrece a los psicólogos clínicos una base de conocimiento para entender los fenómenos de interés, incluyendo los trastornos psicológicos, la relación entre estos, de igual manera, las enfermedades físicas. La investigación también proporciona un cuerpo de evidencia para guiar la práctica clínica, los métodos validados empíricamente que evalúan a la gente, los métodos sustentados empíricamente en la prevención, además de los tratamientos. Las pruebas psicológicas y otros métodos de evaluación usados en la práctica clínica deberían basarse en los estudios que han establecido su confiabilidad, su validez, así como, los hallazgos de la investigación también identifican aquellas intervenciones que no han demostrado ser efectivas, ya sea por el tratamiento u otra forma alternativa de tratamiento. Asimismo, la investigación informa a la práctica clínica, de igual forma, las experiencias clínicas proporcionan una fuente de ideas e hipótesis para la investigación (Hunsley & Bailey, 1999).

**Enseñanza:** Los psicólogos clínicos que trabajan en universidades y colegios, también están relacionados con la enseñanza, con estudiantes que se están especializando en psicología, con estudiantes graduados, aspirantes en maestría o el doctorado en psicología clínica. Por lo general, la psicología clínica permite impartir cursos de psicología anormal, personalidad, introducción a la psicología clínica en adultos e infantil. La mayor parte de la enseñanza se lleva a cabo por medio de la instrucción en los salones de clases o por medio de la instrucción individual en la investigación.

No obstante, los psicólogos clínicos de enseñanza clínica se involucran en la supervisión, en la experiencia de la investigación psicológica, en la evaluación e intervención, es decir, los estudiantes se entrenan en la evaluación psicológica, en la psicoterapia y en los lugares de la práctica clínica. Por lo general, la práctica se observa por medio de la cámara de gessel, de las cintas de grabación en las sesiones que tiene el estudiante. No obstante, el psicólogo clínico tiene que revisar el proceso de ellas (Bouton, Mineka y Barlon, 2001).

**Evaluación:** Desde sus orígenes la psicología se ha dedicado exclusivamente a medir las diferencias entre individuos con relación a características cognitivas, de la personalidad. El estudio de las diferencias entre individuos en pruebas y medidas psicológicas comenzó con los trabajos de Sir Francis Galton, James Catell, Alfred Binet, además de Theodore Simon. La consecuencia de las pruebas

de medición consiste en que se colocó a los psicólogos como expertos para medir, en forma práctica las características de los individuos.

Una de las habilidades características de los psicólogos clínicos implica destreza, manejo, preparación para llevar a cabo evaluaciones psicológicas detalladas. La evaluación incluye la administración, la interpretación de las pruebas psicológicas estandarizadas, el uso de las entrevistas clínicas, estructuradas, la sistemática observación del comportamiento del paciente y un análisis de los espacios del ambiente donde funcionaba cotidianamente el individuo. Los psicólogos clínicos que trabajan en la práctica clínica, ya sea en un hospital, clínica o en consultorio particular, dedican cantidades variables o muy largas de tiempo a la evaluación para proporcionar un tratamiento psicoterapéutico (Compas y Gotlib, 2003).

**Tratamiento:** Una de las primeras formas en que los psicólogos se involucraron en el tratamiento de problemas psicológicos, fue el movimiento de orientación de los niños en la primera etapa del siglo XIX. Sin embargo, en la Segunda Guerra Mundial renovó la necesidad de que los psicólogos evaluaran a miles de hombres para dar tratamiento al trastorno padecido y reconocido tiempo después como trastorno de estrés postraumático. Por lo anterior, el papel de los psicólogos actualmente dirigiendo psicoterapia se amplió al ser capacitados, así como, calificados en los nuevos tratamientos.

El psicólogo clínico conduce una psicoterapia individual, grupal o familiar como parte del tratamiento psicológico, utilizando cualquiera de las docenas de enfoques psicoterapéuticos. El tratamiento puede ser en forma individual con niños, adolescentes, adultos, o bien con parejas, familias y grupos de personas con trastornos o problemas similares. La psicología clínica coloca un creciente acento en el uso de los tratamientos válidos en la investigación empírica, que han sido estandarizados por medio de manuales que describen con detalle los métodos de tratamiento (Chambless y Hollon, 1998).

**Prevención:** Los programas de prevención (capítulo III) incluyen la enseñanza de habilidades sociales para niños de edad escolar, la enseñanza de las formas adultas para enfrentar el estrés relativo al trabajo, así como sus consecuencias, la colaboración con familias que enfrentan posibles efectos del divorcio, la enseñanza acerca de cómo enfrentar las enfermedades y los efectos secundarios adversos del tratamiento a pacientes que padecen enfermedades físicas. Los psicólogos están comprometidos con las actividades relacionadas con la prevención, como parte de sus responsabilidades en los centros de salud mental, además en conferencias con organizaciones como escuelas, así como negocios.

La prevención de los trastornos médicos, psicológicos puede ser, a la larga mucho menos costosa que el tratamiento de los trastornos una vez que estos aparecen.

Los psicólogos clínicos han desempeñado un papel esencial en la creación de programas de prevención para reducir la incidencia de nuevos casos de una amplia gama de trastornos psicológicos. Los programas de prevención se centran principalmente en niños, mientras que los psicólogos intentan prevenir la aparición de trastornos en una etapa temprana de la vida de los niños. La prevención incluye algunos programas para evitar el comportamiento agresivo, el trastorno de conducta (Compas y Gotlib, 2003).

La prevención en adultos considera la promoción del comportamiento positivo, así como la prevención de los trastornos. La mayor incidencia de cualquier trastorno tiene implicaciones para las intervenciones, es decir, el tratamiento no reduce la incidencia de nuevos casos debido a que se concentra en problemas que ya se han manifestado. Solo los esfuerzos de promoción y prevención pueden disminuir el inicio de nuevos casos de algún trastorno o problema. La prevención de los trastornos que aumentan su frecuencia es uno de los mayores desafíos que enfrentan la psicología clínica, además de otras ciencias conductuales. Por ejemplo, tal es el caso del virus de inmunodeficiencia humana, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, las enfermedades de transmisión sexual, la depresión mayor, la violencia contra las mujeres, etc., que son problemas, además de trastornos no controlados, de mayor incidencia, pero que se pueden prevenir con programas específicos para modificar los factores de riesgo y protectivos (capítulo III), mediante las intervenciones psicológicas a temprana edad; las cuales incluyen las conductas de alto riesgo, la exposición a condiciones de estrés, las adversidades, los valores y creencias sociales. La psicología clínica puede contribuir a cambiar todos esos factores (Compas y Gotlib, 2003).

Hay suficiente conocimiento de los procesos, de los factores de riesgo para predecir el riesgo de una variedad de problemas sociales, físicos, de trastornos psicológicos. Este conocimiento puede usarse como sustento del desarrollo de intervenciones preventivas bien planeadas para abordar fuentes de riesgo o mejorar mecanismos de protección. Sin embargo, los psicólogos clínicos están más involucrados en la evaluación psicológica (incluyendo pruebas psicológicas, de la observación sistematizada de la conducta), y en el tratamiento psicológico (psicoterapias individuales, familiares o grupales, basadas en cualquier modelo teórico) ejercidas en diversos contextos, que de realizar programas para promocionar la prevención (Norcross, Krag y Prochaska, 1997).

En conclusión, el desarrollo histórico de la psicoterapia clínica se menciona como una sucesión de propuestas, de enfoques teóricos que permiten visiones distintas de los problemas humanos y de la forma de abordarlos psicológicamente. De hecho, cada uno ha desarrollado una terminología propia, de tal forma que el diálogo entre ellos resulta confuso. El problema va incluso más allá de la cuestión terminológica, epistemológica, así como, la visión del mundo constituye una barrera potencial para la comunicación entre los enfoques teóricos (Feixas y Miró, 1993: 34).

Sin embargo, la pertenencia a una orientación teórica o escuela determinada deviene de una importante actitud de identidad para muchos psicoterapeutas. Así aparece reflejado en algunos profesionales que indican su adhesión a alguna teoría determinada. Esta adhesión tiene sin duda ventajas para el terapeuta. Porque un modelo teórico no sólo proporciona una visión determinada de los problemas humanos, de cómo intervenir psicoterapéuticamente en su resolución, sino también un lenguaje y una estructura científico-social de apoyo (congresos, revistas, sociedades, etc.), que ejerce un importante rol afiliativo en el desarrollo profesional del psicoterapeuta. (Feixas y Miró, 1993).

En este sentido, los psicólogos clínicos deben adoptar, asimismo desarrollarse en una teoría o en un enfoque conceptual, para explicar más ampliamente por qué y cómo ocurren los trastornos. La teoría o enfoque que utilicen determinará la manera en que evalúen e intervengan sobre los diferentes trastornos. También les permitirá identificar a las personas con alto riesgo de desarrollar esté. Así proponer programas preventivos al individuo, grupo o población vulnerable. Sin embargo, aunque, no son pocas las teorías de la conducta humana que explican las causas de los trastornos. Para este trabajo, se analiza la psicoterapia cognitiva conductual, así como sus fundamentos históricos (Chappell y DiMartino, 2000).

## 2.2 PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL: FUNDAMENTOS HISTÓRICOS

Resulta incomprensible tratar de elaborar una teoría de la conducta humana congruente, dejando a un lado los procesos cognitivos, siendo estos los que le dan al hombre su principal característica como ser pensante. La comprensión del comportamiento humano como producto de una relación entre estímulos y respuestas, desconociendo el rol de los procesos cognitivos como variables mediadoras o que intervienen entre estos dos eventos, reflejando un reduccionismo que no permite explicar satisfactoriamente el comportamiento humano. Para superar, así como para trascender esta visión tan simplista, reduccionista, mecanicista, además ambientalista, se fue desarrollando dentro del enfoque de comportamientos, la corriente cognoscitiva, configurándose de esta forma los modelos mediacionales (Mahoney, 1998). Una variable mediacional es un factor inferido (no observado) que relaciona el estímulo de entrada con la respuesta de salida. Inferido significa no observado, o no observable (Jiménez Flores, 2005).

Los psicólogos del enfoque cognitivo han explorado, analizado sistemáticamente la denominada «Caja Negra de Skinner», es decir, han estudiado la estructura, asimismo, el funcionamiento de estos aspectos (privados, internos, ocultos) del ser humano. Por esto, el conocimiento psicológico ha evolucionado y es necesario reconocer que existen modelos más actualizados dentro del enfoque comportamental, debido a las limitaciones de los modelos inicialmente propuestos (no mediacionales, mecanicistas, reduccionistas), lo cual representa el proceso lógico del desarrollo científico. También, el ser humano posee un mundo público y un mundo privado. El primero hace referencia a los comportamientos manifiestos, públicamente observables; el segundo, a los comportamientos encubiertos como los pensamientos, los sentimientos, los recuerdos (Compas y Gotlib, 2003).

Como tal, la terapia cognitivo conductual, se aboca a modificar comportamientos, así como pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente, investiga el funcionamiento actual, no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica, pone énfasis en los trastornos actuales de los pensamientos, igualmente de las conductas. El énfasis de la terapia cognitiva conductual está puesto en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”. Muchas veces, el explorar expresamente, asimismo conocer cuáles son los motivos de lo que ocurre, no alcanza a brindar una solución, no es suficiente para producir un cambio (Kazdin, 1996).

Se utilizan terapias a corto plazo. Además, ponen énfasis en la cuantificación, se pueden medir los progresos obtenidos. Desde la primera sesión se administran cuestionarios en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido, igualmente de que se cumplieron los objetivos desde el comienzo de la terapia (Kazdin, 1996).

Sin embargo, para comprender la terapia cognitiva conductual conviene conocer el proceso histórico desde la teoría conductista, cognitiva, los avances basados en hechos, así como, las evidencias, para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de la psicología clínica. De igual forma, conocer las limitaciones, las dificultades, así como en papel de la negación, que impiden la eficiencia de las intervenciones de la psicoterapia cognitiva conductual.

Históricamente, el conductismo, al igual, los procedimientos de terapia conductual dominaron el pensamiento, la práctica de la psicología clínica, a partir de la década de 1930, cuando Watson, luego Skinner desarrollaron sus teorías conductuales, hasta los inicios de la década de 1970. En 1974 Dember describió lo que llamó una revolución cognitiva, en la psicología clínica, reconceptualizada en fechas más recientes por Meichenbaum (1995) como una evolución cognitiva. Independientemente de su movimiento de revolución o evolución, la psicología prestó cada vez más su atención a los modelos de procesamiento de información de la cognición, ya que hubo una insatisfacción creciente con el modelo simple de aprendizaje estímulo-respuesta del conductismo. Como Mahoney (1984) (Meichenbaum, 1995), afirmó, que la terapia conductual, como la psicología en general, se había vuelto cognitiva.

Los primeros esfuerzos de Mahoney por incluir un énfasis cognitivo explícito en las terapias conductuales, intentó incorporar factores cognitivos en los tratamientos conductuales existentes. El trabajo de Bandura sobre el aprendizaje por observación representó un paso importante en la integración de los procesos cognitivos, simbólicos en la terapia conductual. En los principios de la modificación de la conducta, Bandura destacó la importancia del modelamiento o aprendizaje por observación, para la comprensión del desarrollo de algunas formas de ansiedad, además del tratamiento de esos problemas. Bandura argumentaba que todo 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 de otro y de sus consecuencias. Al sugerir que el cambio conductual puede ser mediado por cogniciones, Bandura desarrolló una de las primeras formas de terapia cognitiva conductual (Compas y Gotlib, 2003).

La teoría, así como los estudios de aprendizaje por observación de Bandura ofrecieron las bases para integraciones subsecuentes de los aspectos cognitivos y conductuales de la terapia. Mahoney (1998) desarrolló aún más el papel de la cognición como mediadora del cambio en la terapia conductual, además fortaleció la práctica de la terapia cognitivo conductual. Casi al mismo tiempo, Albert Ellis y Aaron Beck perfeccionaban su modelo de terapias para trastornos emocionales, que no solo incluían un fuerte componente cognitivo, sino que, resaltarían las cogniciones disfuncionales de pensamiento, como causa directa del malestar psicológico, por lo tanto la cognición sería un punto crucial para producir el cambio terapéutico. Además el mayor énfasis en la cognición de esas teorías, de los tratamientos y la prevención, dio lugar a que fueran conocidas como terapias cognitivo conductuales (Kinoy, 2001).

Cuando aparecen por primera vez las descripciones acerca de las técnicas de modificación cognitivo conductuales en la literatura psicológica, alrededor de la mitad de la década de 1970's estas crearon expectativas positivas. Sin embargo el soporte empírico de estas intervenciones fue bastante ligero en este punto. No obstante las intervenciones utilizadas en las décadas siguientes fueron elaboradas con investigaciones continuas acerca de esas técnicas, así que sirvieron de guía para crear bases empíricas o suficientemente sólidas para los requerimientos iniciales. Las intervenciones elaboradas por el enfoque cognitivo conductual representan mucho más que una "luz de esperanza" en los rumbos terapéuticos (Compas y Gotlib, 2003).

Sin embargo, el doctor Aaron Beck, de la Universidad de Pensilvania, a comienzos de los años sesenta, desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento para depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente, destinado a resolver problemas actuales, a modificar el pensamiento, así como las conductas disfuncionales. Las observaciones de Beck de que los sueños de los pacientes estaban repletos de contenido negativo, lo llevaron a plantear que los pensamientos negativos juegan un papel central en el inicio y curso de la depresión. Postuló que las personas deprimidas tienen una visión negativa de si mismas, del mundo, además que no tienen esperanza acerca del futuro. Beck propuso, que las personas deprimidas desarrollan esquemas cognitivos negativos o estructuras por medio de las cuales perciben e interpretan sus experiencias. Esos esquemas negativos siempre forman parte de una persona que es susceptible a la depresión, pero son ante todo inconscientes; se activan cuando el individuo experimenta un acontecimiento estresante (Beck, 2000).

Beck (2000) menciona que para erradicar los pensamientos, es necesario que el terapeuta emplee estrategias y técnicas oportunas; tal es el caso del uso de las

preguntas como instrumento terapéutico, pues éstas permiten obtener datos acerca del paciente, proporcionan una idea general sobre la situación problemática que éste muestre, logran la obtención y evaluación de aquellos factores, así como las situaciones que generan la depresión, además determinan el significado que el paciente le asigne a las situaciones o circunstancias que configuran la demanda terapéutica. Todos los usos que se les da a las preguntas, se conjugan para generar métodos de resolución a los problemas que presenta el paciente a partir de la reformulación de sus distorsiones cognitivas. Así para lograr un tratamiento efectivo, es conveniente considerar un conjunto de elementos para fortalecer la relación terapéutica a la hora de la intervención:

- Primero es la aceptación, que hace referencia a la preocupación sincera, al interés que el terapeuta muestra hacia el paciente, ya que, esto permite contribuir a corregir determinadas distorsiones cognitivas que se formulan en función de la relación terapéutica que se tenga.
- Segundo consiste en la forma en que el terapeuta puede entrar al mundo del paciente, para ver y experimentar la vida como lo hace éste. Mediante esto el terapeuta podrá entender cómo el paciente estructura ciertos eventos y cómo responde ante éstos. Así Beck aclara que esto se conforma de un componente intelectual, en el que es necesario saber y conocer la base cognitiva de los sentimientos del paciente, sin rechazarlos por la carencia lógica en los pensamientos que los desencadenan, es decir, que el terapeuta deberá de rescatar toda aquella base cognitiva que muestre el paciente a la hora de la terapia sin juzgar e incomodar, con la finalidad de que él mismo pueda reestructurar aquellas cogniciones distorsionadas que presenta.
- Tercera es la autenticidad, permite vislumbrar a un terapeuta capaz de ser honesto consigo mismo y con el paciente, éste deberá poseer la capacidad de comunicar su sinceridad con asertividad, permitiendo así la penetración de confianza y honestidad en los comentarios que emita hacia aquellas distorsiones que presente el paciente, a fin de transmitir una imagen realista y facilitando la corrección de ideas poco razonables y conductas que puedan ser contraproducentes.

Bandura (1969, 1997), los estudios del reconocimiento de eventos desconocidos mediante el aprendizaje por observación, retoma del proceso de aprendizaje, sobre un cambio basado del modelo simplista de E-R, al de un modelo E-O-R, en el cual la O representa los procesos cognitivos mediadores en la adquisición y regulación de la conducta. Este nuevo modelo abre el camino para incrementar el énfasis sobre la cognición de los procesos terapéuticos. La teoría del aprendizaje social de Bandura representó uno de los trabajos más notables, así después

aplicados al dominio clínico. Otros importantes teóricos han desarrollado diversas formas de terapia cognitiva conductual, como la modificación cognitiva conductual de Meichenbaum (1995) y la terapia multimodal de Lazarus (2000).

Con el inicio de las terapias cognitivo conductuales, muchas de las estrategias terapéuticas fueron utilizadas a los trastornos en adultos que presentaban una baja “conductual”, las cuales fueron nombradas simplemente como “terapias cognitivas”. Aunque hasta el momento sólo existen pequeñas distinciones hechas entre estas intervenciones o sobre los enfoques que son cognitivo conductuales, y aquellos que son cognitivos, las definiciones parecen reflejar un fuerte énfasis de los componentes operantes de la intervención (Hart, 2000).

Existen algunas características que son clave en las intervenciones cognitivo conductuales (Kendall & Norton, 1999):

- La primera característica es obvia, el enfoque representa combinaciones de lo que típicamente se conoce como enfoques conductuales o de aprendizaje con factores que tradicionalmente han sido denominados como terapias cognitivas o “semánticas”.
- Una segunda característica es que las variables cognitivas (creencias, cogniciones, atribuciones, expectativas, imágenes) son aspectos que dominan en el enfoque conductual.
- Una tercera característica es el consenso acerca de cuál metodología debiera ser la más apropiada para el estudio de eventos internos no observables, esto es de qué manera las cogniciones podrían ser analizadas en el mismo modelo empírico que caracteriza la investigación de la conducta motora en la literatura de la modificación de la conducta.
- La cuarta característica distintiva del enfoque cognitivo conductual se refiere a la explicación del reconocimiento de una perspectiva mediacional en el análisis cognitivo conductual (una controversia acerca de los eventos cognitivos que intervienen en el aprendizaje y en la conducta).
- La quinta característica es la aseveración de que las cogniciones y conducta mantienen una influencia recíproca.

Si las cogniciones son funcionalmente utilizadas para el cambio de conducta (aprendizaje), los eventos internos podrían ser utilizados para el cambio utilizando las técnicas que también influyen sobre las conductas observables –técnicas basadas sobre los principios de aprendizaje-. El ambiente no unitario de sus principios podrían ser denominados como los principios de aprendizaje, estos aunque no ubicados sobre una teoría podrían sustentar sus bases en la teoría del aprendizaje (Compas y Gotlib, 2003).

Además, dos líneas específicas de teoría e investigación han contribuido al surgimiento del enfoque de la terapia cognitivo conductual. Una línea deriva de los esfuerzos de los teóricos cognitivos semánticos tales como George Kelly, Albert Ellis y Aaron Beck. La segunda línea deriva de los recientes desafíos sobre la adecuación de los procedimientos de la terapia de conducta basada en la teoría del aprendizaje, como ha quedado reflejado en los trabajos de Julián Rotter, Albert Bandura, Walter Mischel, Michael Mahoney y Donald Meichenbaum (Hart, 2000).

La terapia cognitiva semántica es un término genérico que se refiere a una variedad de enfoques terapéuticos, cuyo principal modo de acción es modificar los patrones erróneos de pensamiento del paciente y actitudes subyacentes a estas cogniciones. El foco de la terapia está en el contenido ideacional envuelto en el síntoma. Por tanto los terapeutas cognitivos, intentan familiarizarse con el contenido del pensamiento, los estilos de pensamiento, los sentimientos y las conductas de los pacientes con el fin de comprender su interrelación.

El terapeuta semántico que más atención ha recibido es Albert Ellis, quien desarrolló la terapia racional emotiva (TRE). La premisa básica de la terapia racional emotiva, es en gran parte, si no todo el sufrimiento emocional, es debido a los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo y a las creencias irracionales que mantienen. Dichas creencias conducen a pensamientos, sentimientos autoderrotistas que ejercen un efecto adverso sobre la conducta. En consecuencia, la tarea del terapeuta de la teoría racional emotiva, encierra tres tipos de acción. Primera, debe determinar los eventos que perturban al paciente. A continuación, el terapeuta debe ayudar al paciente a descubrir las pautas específicas de pensamiento, así como las creencias subyacentes que constituyen a la respuesta interna a estos eventos, después que dan nacimiento a las emociones negativas. Tercera, el terapeuta ayuda al paciente a alterar estas pautas de pensamientos, así como las creencias y a prevenirlas (Hart, 2000).

Ellis (1992c) plasma la dirección de su enfoque terapéutico de la siguiente manera: En términos cognitivos, la TRE enseña al cliente los A-B-C de la información de la personalidad y la creación del trastorno. Demuestra a las personas que sus Consecuencias emocionales (punto C) no se derivan directamente de los eventos Activadores (punto A) en sus vidas, sino de sus sistemas de Creencias (punto B) acerca de estos eventos Activadores. Cuando los clientes se sienten perturbados, su sistema de Creencias consiste, primero en un conjunto de Creencias irracionales basadas en hechos empíricos (punto B). En la TRE, el terapeuta o profesor enseña a las personas a cómo retar, cuestionar y disputar (punto D) enérgicamente sus creencias irracionales. Se les demuestra

cómo preguntarse a sí mismos, si las personas disputan persistente y fuertemente sus ideas insanas adquirirán un Efecto cognitivo nuevo (punto E).

La TRE se convirtió en una teoría, así como una práctica orientada cognitiva y conductualmente, poniendo énfasis especial en la intervención activa, directiva, sistemática en el aquí y ahora. Pero no desdeña la influencia (multimodal reconocida por Arnold Lazarus) de los factores biológicos, genéticos, culturales, ambientales sobre el funcionamiento humano, pero enfatiza las capacidades innatas del ser humano para cambiar su pensamiento con el fin de vivir una vida más feliz y productiva (Ellis, 1998).

También, desde la perspectiva cognitiva (Beck, 1967, 2000) el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se lo conoce como la tríada cognitiva. El paciente se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos, así como de frustraciones. Dado que la persona con depresión se siente desesperanzada, cree que las situaciones venideras serán incontrolables; responde entonces con pasividad, resignada a no poder modificarlas. El tratamiento cognitivo conductual de la depresión está orientado a cambiar las contingencias que mantienen el estado de ánimo depresivo; pues es frecuente que el paciente no reciba reforzamiento ambiental ni por las tareas que lleva a cabo ni en sus relaciones interpersonales. Comúnmente, el paciente no siente deseos de llevar a cabo actividades por lo cual se establecen objetivos pequeños al principio que se transforman progresivamente en otros de mayor complejidad. Los procedimientos conductuales más utilizados incluyen (Beck, 2000):

- Programación y ejecución de actividades graduales.
- Reforzamiento de las pequeñas acciones realizadas.
- Entrenamiento en resolución de problemas.
- Aprendizaje de habilidades de afrontamiento para situaciones estresantes.
- A medida que el paciente percibe que tiene dominio de las actividades que realiza y que disfruta de las mismas, va recuperando la confianza en sí mismo. De este modo, se anima a llevar a cabo tareas que hace tiempo había abandonado tales como el ejercicio físico, hobbies, estudios, etc.

El tratamiento cognitivo conductual de la depresión tiene como objetivo la reestructuración de los pensamientos distorsionados que generan malestar en el paciente. El terapeuta enseña al paciente a reemplazarlos por otros más realistas y positivos.

Sin embargo, desde la otra línea la teoría e investigación, es decir, los principios del aprendizaje social intentan explicar la conducta desviada en términos de clases de fenómenos, que parecen tener la misma importancia para el establecimiento de pautas no desviadas de respuesta. Este enfoque da por supuesto que la distinción entre conducta desviada y no desviada representa un juicio de valor, y que este tipo de juicios categóricos de valor, aunque son importantes para determinar las decisiones, así como las acciones de los agentes de control social, apenas tiene significación teórica. Intenta explicar el desarrollo de todo tipo de conducta social en términos de fenómenos y antecedentes de estimulación social, tales como las características de comportamiento de los modelos sociales, las contingencias de refuerzo de su historia de aprendizaje y los métodos de instrucción que se han utilizado para desarrollar y modificar la conducta social del individuo (Bandura, 1997).

Según la teoría del aprendizaje social, los modos que tienen los individuos de evaluar las situaciones, fijar expectativas, establecer pautas internas, recordar selectivamente los eventos, poner en acción rutinas de resolución de problemas, son críticos a la hora de comprender su conducta y formular las intervenciones del tratamiento. De acuerdo a la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1997):

1. Una gran parte del aprendizaje humano es mediado cognitivamente.
2. En lugar de responder a las consecuencias ambientales, los humanos responden principalmente a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales (el individuo atiende selectivamente e interpreta eventos).

Bandura (1987, 1997) utilizó el término “determinismo recíproco” para describir la interacción multimodal continua entre las variables conductuales, cognitivas, afectivas, fisiológicas y ambientales. Los conceptos que provienen de las terapias semánticas, así como la teoría del aprendizaje social proporcionan las bases para el desarrollo de enfoque cognitivo conductual de los trastornos y del cambio de conducta.

En general, el enfoque cognitivo conductual incluye una serie de lineamientos éticos, de bases filosóficas, así como metodológicas determinadas, acordes a la precisión y especificidad de las ciencias comportamentales, que son designadas para preservar lo mejor de las intervenciones conductuales del área clínica, las cuales reconocen las experiencias “interiores del individuo” (Beck, 2000). También, Dobson y Block (1998) (Compas y Gotlib, 2003) plantean una serie de factores para hacer posible el desarrollo de la psicoterapia cognitivo conductual:

1. Insatisfacción con los enfoques no mediacionales, para la explicación de toda conducta humana.
2. Rechazo del modelo psicodinámico de la personalidad y la terapia.

3. Determinados problemas eran difícilmente abordables por procedimientos no cognitivos.
4. La importancia de la investigación de la psicología cognitiva, especialmente los modelos del procesamiento de la información para la cognición.
5. La publicación de estudios sobre la eficacia demostrada de los procedimientos cognitivos conductuales.

De esta manera, surgió el enfoque cognitivo conductual para conservar la eficacia de la modificación de la conducta, así como para incorporar las actividades cognitivas del paciente a los esfuerzos de producir un cambio terapéutico. Las actividades cognitivas adoptadas por este enfoque varían desde los pensamientos específicos o autoafirmaciones, hasta un nivel más extenso de creencias subyacentes y asunciones o hasta procesos más complejos como el procesamiento de la información, la resolución de problemas (D'Zurilla, 1993). Además, la psicoterapia cognitivo conductual como tal, se definió como un modelo que se refiere a las terapias que incorporan tanto las evaluaciones, intervenciones y tratamientos: conductuales (intentos directos de disminuir las conductas, emociones modificando el comportamiento), las cognitivas (intentos de disminuir las conductas, emociones modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo), también utiliza una variedad de técnicas de intervención y de prevención de otros enfoques psicoterapéuticos, es una forma de selección de técnicas, aunque las formas principales de intervención son la persuasión verbal y la comprobación empírica de hipótesis (Bandura, 1997).

### 2.2.1 PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Actualmente es de total reconocimiento la actividad profesional de la psicología y de su función como mediadora para generar, así como proteger el bienestar en el ser humano. De igual forma, para lograr este bienestar, los procedimientos terapéuticos interdisciplinarios utilizados, son aquellos que están estructurados, generan, mantienen resultados a corto plazo, son estandarizados, directivos, ordenados y científicamente comprobados: la Terapia Cognitivo Conductual es uno de estos modelos.

La terapia cognitivo conductual ha madurado de manera considerable, ya que virtualmente abarca la mayoría de las áreas de intervención en el comportamiento humano. Muestra de ello es la expansión de sus bases teóricas que han contribuido a incrementar nuevos hallazgos empíricos, así como a ser legítimamente una modalidad terapéutica usada por psicólogos. De hecho, la explosión de la información ha sido tan extensa en este campo, que la proliferación de

investigaciones, artículos, libros y otros trabajos escritos han permitido que sea imposible mantenerse alejado de estos cambios. Parte de este auge de información en terapia cognitivo conductual, puede ser explicada por la aplicabilidad tan amplia, generalizada que se ha hecho de su tecnología en diferentes áreas, contextos y problemas (Contreras y Oblitas, 2005).

En los últimos años, por razones de las diferencias culturales y socioeconómicas de cada país, los terapeutas cognitivo conductuales latinoamericanos, en particular México, han tenido que adaptar la información teórica y clínica de otras latitudes (anglosajonas y europeas) con características culturales diferentes. Debido a estas circunstancias, muchos autores se han formado, así como han adaptado sus propios modelos, llevándolos a ser "punta de lanza" en el manejo clínico de investigación (Sánchez, Rosa y Olivares, 1999).

Hoy en día la terapia cognitivo conductual se encuentra a la vanguardia del movimiento de terapias con más fundamento empírico basada en evidencias, que las terapias psicodinámicas, y que ha demostrado su eficacia en un amplio rango de problemas psicológicos que aquejan al ser humano, a la sociedad, al mundo en general (Contreras y Oblitas, 2005).

Para corroborar el uso de la terapia cognitivo conductual basada en evidencias, un grupo de psicólogos del área de Medicina Conductual de la Facultad de Psicología de la UNAM (Contreras y Oblitas, 2005), encuestaron a 50 científicos destacados en el área de la salud, de diversas instituciones educativas e institutos nacionales, sobre las técnicas de intervención más frecuentemente aplicadas. El estudio comprobó que los procedimientos de intervención cognitivo conductual son en un 61% los más usados, por ser técnicas confiables y válidas de manera empírica.

Por lo tanto, la terapia cognitivo conductual es un modelo de tratamiento, a corto plazo, activo, directivo, estructurado, así como dinámico que plantea una nueva manera de conceptualizar la psicoterapia, de cómo los diversos factores en los que se desenvuelve el hombre interactúan para dar paso a un estilo de vida. Ya que, todos los seres humanos hacen tres cosas constantemente: sienten, piensan y se comportan. De manera que el principal objetivo de este sistema terapéutico es que el individuo aprenda a dirigir, controlar sus respuestas mentales, emocionales y conductuales, estimulando el ejercicio de un esfuerzo sistemático, también una práctica diligente, aplicando para ello una metodología estructurada. Para corregir las conductas desadaptativas, las distorsiones cognoscitivas, los errores habituales y específicos, la terapia cognitivo conductual utiliza una mezcla de técnicas interdisciplinarias de modificación de conducta y de procedimientos verbales. Estas técnicas están diseñadas para ayudar al paciente en la identificación, la

corrección, asumiendo que si piensa, actúa en forma más realista y adaptativa con énfasis en el "aquí y el ahora" de los problemas, tanto situacionales como psicológicos, se espera que el paciente experimente una mejoría en los síntomas, en consecuencia, en la conducta (Contreras, 2009).

La terapia cognitivo conductual tiene tres principios importantes según Contreras y Oblitas (2005) enfocados cada uno de ellos en el paciente. Dichos principios son:

1. Un paciente tratado bajo esta terapia, debe aprender a distinguir entre la realidad y la percepción de esa misma realidad.
2. Esta percepción de la realidad se ve modificada y está sujeta a diversos procesos de aprendizaje, que son en sí mismos fruto del error.
3. Lo anterior supone conseguir que el paciente asuma y contemple sus creencias como hipótesis, que puede convertir en un fenómeno sujeto a verificación, negación y modificación.

El paradigma de la psicología cognitiva conductual (y las terapias cognitivas conductuales) consiste en el principio de la mediación. Sintéticamente, la reacción (o respuesta emotiva o conductual) ante una situación (o estímulo) está mediada por el proceso de significación (o evaluación) con relación a los objetivos (metas, deseos) de cada persona. Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas esquemas, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas, además del aprendizaje generado por medio de las experiencias vividas, propias de cada persona (Gregory, 2012).

En general, la psicoterapia cognitivo conductual consiste en una serie de terapias que incorporan, procedimientos tanto conductuales como cognitivos; los primeros pretendiendo modificar la conducta mediante intervenciones directas, los segundos intentando modificar esa conducta y las emociones correspondientes por medio de la modificación que el paciente hace, y de las pautas automáticas del pensamiento. También se basa en el principio de aprendizaje; esto es, que un aprendizaje anterior ha llevado a una conducta determinada, siendo ésta desadaptativa para el momento y la cuestión que se vive o para el contexto en el cual se encuentra la persona. De tal manera que, se enseña al sujeto a reaprender nuevas formas de respuesta ante la situación apremiante o disminuir el malestar o la conducta no deseada, guiándolo hacia la adquisición de conductas más adaptativas (Hernández y Sánchez, 2007).

Algunas de las características prácticas más destacadas de este modelo psicoterapéutico basado en las evidencias son (Contreras y Oblitas, 2005):

- Se destaca de otras terapias por su brevedad y evidencia.
- Está centrado en el presente (en el "aquí y ahora"), en el problema, en su solución y prevención.
- Su carácter preventivo de futuros trastornos observados.
- Va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados basados en evidencia.
- En la gran mayoría de los casos no es necesario investigar el pasado ni los "orígenes" para lograr los resultados. Por eso pueden omitirse tales incursiones.
- Paciente y terapeuta hablan, se comunican y colaboran activamente (estilo de cooperación) y por igual en el proceso.
- El proceso incluye tareas de auto-ayuda que se realizan entre sesiones.
- Si el paciente realiza las actividades acordadas entre las sesiones, el proceso es notoriamente más breve que lo habitual en otras corrientes.
- Pese a lo breve y sencillo del método, resulta realmente profundo y logra modificaciones importantes y perdurables.
- El enfoque es altamente didáctico, por lo cual el paciente queda entrenado para resolver y prevenir futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente al terapeuta.
- Contrariamente a lo supuesto por algunos, este enfoque apunta al acceso a estructuras muy profundas, a su modificación, con resultados comprobados y perdurables.

Por lo tanto, la terapia cognitivo conductual es cada vez más dominante entre las propuestas psicoterapéuticas e interdisciplinarias, así su eficacia en la práctica clínica es reconocida en las investigaciones sobre diversos trastornos, tales como: fobias, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, adicciones, ansiedad, trastorno de angustia, agorafobia, disfunciones sexuales, etc., así como en muchos problemas, tales como la violencia, la ira, las inhibiciones, los conflictos de pareja y otros (Hernández y Sánchez, 2007).

Con lo antes mencionado, la aparición en los últimos años de innumerables evidencias científicas e interdisciplinarias, diversos instrumentos de detección, diagnóstico y tratamientos psicológicos para los distintos trastornos, ha aportado un enorme progreso tanto al conocimiento de los trastornos como a la optimización o limitación de los resultados de sus tratamientos. Las evidencias científicas recopiladas han sido clasificadas de acuerdo con los niveles de evidencia, por lo que se refiere a los distintos tipos de tratamiento psicoterapéutico

existentes para estos trastornos. Así que, según el enfoque cognitivo conductual los métodos, los instrumentos de diagnóstico, intervención, evaluación empleadas en el modelo de prevención psicológica, permite la aplicación de la teoría y la práctica basadas en evidencias (Contreras y Oblitas, 2005).

La intervención terapéutica en terapia cognitivo conductual se estructura en tres pasos. El primero contempla la evaluación cuidadosa del caso, se refiere al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona y trazar los objetivos del tratamiento. Esas hipótesis conducen a la segunda fase, la intervención propiamente dicha, el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados. Finalmente, la tercera fase, el seguimiento, consiste en la evaluación de la aplicación del programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios. Además, la construcción de las pruebas, el desarrollo de las técnicas para el análisis de los trastornos, no han ocurrido en el vacío, es decir, la vida cotidiana se ha tornado altamente compleja, razón por la cual no es posible comprender el comportamiento humano sino existen procesos y sistemas de medición ajustados a esas necesidades de evaluación e intervención (Kazdin, 2001).

## 2.2.2 DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

La clasificación de la gente y sus problemas ha sido un tema importante a lo largo de la historia de la psicología clínica. Por un lado los profesionales de la salud han argumentado que la clasificación o los sistemas de diagnóstico son necesarios para facilitar la comprensión de la gente, sus problemas, para proporcionar una base que facilita la comprensión de la etiología, así como el curso de diferentes tipos de problemas, para proporcionar el tratamiento adecuado a quienes necesiten ayuda (Clark, Watson y Reynolds, 1995). Sin embargo, Kutchins y Kirk, (1997) han afirmado que los sistemas de clasificación son inherentemente problemáticos porque pueden conducir a la deshumanización de las personas, así como contribuir al desarrollo de estereotipos, quienes son colocados en ciertas categorías de diagnóstico. Además, Turcker (1998), menciona que las etiquetas surgidas de los sistemas de clasificación se acompañan de estigmas y otras actitudes negativas.

Este debate puede fundamentarse por un cuerpo grande de investigación que sugiere que la tendencia a clasificar, así como categorizar la información acerca del mundo, incluyendo la información sobre la gente, es un rasgo inherente a la manera que los seres humanos procesan el conocimiento. Los investigadores en

la psicología cognitiva conductual, la psicología social y la ciencia cognitiva han demostrado que la gente organiza y agrupa la información sobre la base de la similitud percibida de los elementos en una variedad de dimensiones diferentes. La búsqueda de patrones, de estructuras en la información que se recibe es necesaria si se quiere manejar el cúmulo de estímulos e información que se confronta a cada momento. Aunque las personas no estén conscientes de que obran así, sin los esfuerzos constantes por organizar la información de entrada, se verían abrumadas por los estímulos del ambiente, y serían incapaces de formular juicios, así como tomar decisiones efectivas. Los psicólogos se enfrentan con esta misma necesidad básica de estructurar, así como de organizar la información cuando intentan identificar semejanzas, diferencias entre las personas a las que tratan con los diferentes tipos de problemas conductuales, emocionales o cognitivos (Compas y Gotlib, 2003). La combinación de las habilidades del terapeuta basadas en la búsqueda de la mejor evidencia científica y la capacidad para evaluar, jerarquizar la evidencia disponible integrándola con la propia experiencia o juicio profesional para así poder ofrecer al paciente las mejores alternativas de tratamiento constituyen los objetivos más importantes de la evaluación basada en la evidencia (Turcker, 1998).

### 2.2.2.1 DIAGNÓSTICO

Al realizar un diagnóstico se debe tener presente que éste obedece a propósitos de carácter general y a propósitos derivados del caso específico que se esté tratando. Dentro de los primeros destacan aquellos que hacen referencia a un sistema de clasificación. Cuando una persona es derivada al psicólogo para su evaluación, se espera que determine “qué es lo que tiene el sujeto”, es decir, que lo ubique en una clasificación que permita identificarlo por otros profesionales de la salud, para poder proporcionarle los servicios adecuados (Benedett, 1998).

Durante el diagnóstico el psicólogo especifica sus marcos de observación, define los aspectos que son necesarios a evaluar. Si se limita a un solo dominio, descuidando otros, su evaluación será parcial y por lo tanto poco útil para el establecimiento de un programa de intervención. Desde diferentes perspectivas se han ido agregando dominios que en su conjunto dan como resultado que el diagnóstico sea más integral. Benedett (1998) propone tres niveles de evaluación: el de las conductas manifiestas; el de los procesos cognitivos, el del estado del cerebro y su organización funcional.

Desde el punto de vista del enfoque medico-biológico, la clasificación de los trastornos mentales es una característica fundamental de la ciencia, ya que se

identifican las estructuras, los patrones que existen en la naturaleza, incluyendo los que se reflejan en la conducta, los pensamientos y las emociones de la gente. El desarrollo de un sistema de clasificación confiable y válida, llamado taxonomía, es un paso necesario para el avance de cualquier ciencia de la conducta humana (Buenrostro, Palacios y Verdiguél, 1994).

Los orígenes de los sistemas de clasificación de la psicopatología de mayor uso en la actualidad se encuentran en los trabajos de Emil Kraepelin, quién asumió que la identificación y la clasificación de los trastornos psicológicos específicos eran necesarios para determinar la causa particular de cada uno. Supuso, además, que cada forma de enfermedad mental era distinta a todos los otros trastornos, que se presentaba con un conjunto particular de síntomas y seguía un curso único, predecible. Más todavía, tal como se hace evidente creía que los diferentes trastornos psicológicos requerían de un tratamiento distinto. Kraepelin formuló una distinción fundamental entre demencia precoz, un término temprano para los que ahora se conoce como esquizofrenia, y la enfermedad maniaco-depresiva, un síndrome que ahora se conoce como trastorno bipolar. Aunque las formulaciones y las categorías de clasificación de Kraepelin han cambiado en el transcurso de los años, los sistemas actuales de diagnóstico desarrollados por la Organización Mundial de la Salud y por la American Psychiatric Association son descendientes directos de Kraepelin (Compas y Gotlib, 2003).

El propósito del diagnóstico no se restringe únicamente a proporcionar información confiable acerca de la situación o problemática en la que se desenvuelve la persona. También debe ofrecer indicaciones o recomendaciones que permitan satisfacer las necesidades que se detectan en este proceso. Para decirlo en otros términos, debe brindar la información necesaria que sirva de base para la elaboración de un programa de intervención, ya sea en el área de prevención, optimización o remedio. El diagnóstico variará dependiendo de los objetivos específicos que se planteen al inicio del proceso interdisciplinario. El motivo de la evaluación, la edad, el carácter de la institución donde se labora (preventivo, correctivo, etc.) son algunos de los factores que determinan los propósitos específicos de la evaluación, la amplitud de ésta y la selección de las pruebas correspondientes (Medin y Heit, 1999).

**El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)**, elaborado por la American Psychiatric Association (APA, 1994), se basa en la conducta observable y las descripciones clínicas de un sujeto. Las categorías son más teóricamente neutrales, por ejemplo, en lugar de neurosis e histeria, se utiliza el término trastorno individual de ansiedad. Para la revisión del DSM-IV en 1994, la APA recurrió a los resultados de estudios empíricos de la psicopatología, y por

sus hallazgos en la investigación, ahora existe una distinción entre la depresión unipolar y el trastorno afectivo bipolar, dado que esos dos tipos de depresión tienen cursos diferentes, así como responden a tratamientos distintos. En particular, el DSM-IV se fundamenta en los resultados de numerosos ensayos de campo, en los cuales se probaron criterios de diagnóstico para los diferentes trastornos en clínicas, además en escenarios sólo observables de investigación, luego se modificaron de acuerdo a los resultados de esos ensayos. Otras categorías de diagnóstico también han sufrido cambios importantes a lo largo de las cuatro ediciones del DSM (Maser, Klaeber y Weise, 1991).

El DSM-IV es un sistema de clasificación multiaxial (Tabla. 3.1) cuenta con cinco dimensiones amplias, o ejes de diagnóstico, en los cuales puede clasificarse la conducta y funcionamiento actuales del individuo. Esas dimensiones se refieren a diferentes aspectos de los individuos, su conducta, sus situaciones vitales. Dos ejes se interesan en las categorías de diagnóstico, mientras que los tres ejes restantes permiten la recopilación de datos relevantes acerca del individuo. El uso de cinco ejes refleja el reconocimiento de que una visión amplia de la vida observada de la persona contribuirá a decisiones más eficaces acerca del tratamiento de lo que resultaría de un solo diagnóstico (Compas y Gotlib, 2003).

Sin embargo, para poder diagnosticar es necesario que un profesional reconozca un trastorno mental y de acuerdo al DSM-IV se define como: un síndrome o patrón conductual o psicológico, clínicamente significativo que ocurre en un individuo, que se asocia con malestar presente (un síntoma doloroso) o discapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o con un riesgo significativamente aumentado de sufrir muerte, dolor, discapacidad o una pérdida importante de libertad. Además, este síndrome o patrón debe no ser una sola respuesta esperable y culturalmente sancionada a un suceso particular, por ejemplo, la muerte de un ser amado. Cualquiera que sea su causa original, deber ser actualmente considerado (según categorías de antemano prescritas) una manifestación de una disfunción conductual, psicológica o biológica en el individuo. Ni la conducta desviada (por ejemplo, política, religiosa o sexual) ni los conflictos que ocurren entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales a menos que la desviación o conflicto sea un sistema de una disfunción en el individuo (Gregory, 2012).

No obstante, una definición más clara de los trastornos psicológicos es expuesta por Kazdin (1996), él menciona que los trastornos psicológicos, son un conjunto de patrones sociales, emocionales y de comportamiento manifestados por el sujeto, que provocan un deterioro significativo en el funcionamiento cotidiano en su medio, o bien las conductas se consideran como inmanejables por las personas significativas del entorno del sujeto.

Tabla 3.1

**Perspectivas de las categorías del DSM-IV**

EJES	CATEGORÍAS
<p><b>Eje I:</b></p>	<p><b>Síndromes clínicos</b></p> <p>Trastornos que a menudo se hacen evidentes en la infancia, la niñez o la adolescencia (el retraso mental, los trastornos generalizados del desarrollo, las conductas perturbadoras y los trastornos de atención, entre otros)</p> <p>Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos (la demencia del tipo Alzheimer, entre otros)</p> <p>Trastornos relacionados con sustancias (los trastornos por el uso de alcohol, los trastornos por el uso de la cafeína y los trastornos por el uso de cocaína, entre otros)</p> <p>Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (la esquizofrenia, tipo catatónico y los trastornos delirantes, entre otros)</p> <p>Trastornos del estado de ánimos (los trastornos depresivos: el trastorno depresivo mayor, recurrente y el bipolar I, entre otros)</p> <p>Trastornos de ansiedad (la agorafobia, los trastornos de estrés postraumático, entre otros)</p> <p>Trastornos somatomorfos (la hipocondriaca y trastorno corporal, entre otros)</p> <p>Trastornos facticios</p> <p>Trastorno disociativos</p> <p>Trastornos sexuales y de la entidad sexual (trastorno del deseo sexual, pedofilia, entre otros)</p> <p>Trastorno de la conducta alimentaria (la anorexia nerviosa y las bulimia nerviosa, entre otros)</p> <p>Trastorno del sueño (el insomnio primario y las pesadillas, entre otros).</p> <p>Trastornos del control de impulsos no clasificados (la cleptomanía y la piromanía, entre otros)</p> <p>Trastornos adaptativos con estado de animo deprimido</p>
<p><b>Eje II:</b></p>	<p><b>Trastornos de la personalidad</b></p> <p>Paranoide, esquizoide, esquizotípica, antisocial, límite, histriónica, narcisista, por evitación, por dependencia, obsesiva-compulsiva</p>
<p><b>Eje III:</b></p>	<p><b>Condiciones médicas generales</b></p>
<p><b>Eje IV:</b></p>	<p><b>Problemas psicosociales y ambientales</b></p> <p>Problemas con el grupo de apoyo primario</p> <p>Problemas relacionados con el ambiente social</p> <p>Problemas educacionales</p> <p>Problemas ocupacionales</p> <p>Problemas de vivienda</p> <p>Problemas económicos</p> <p>Problemas con el acceso a los servicio médicos</p> <p>Problemas relacionados con la interacción con el sistema legal</p>
<p><b>Eje V:</b></p>	<p><b>Evaluación global de la escala de funcionamiento</b></p>

Por lo antes mencionado, a pesar de su uso generalizado, el DSM-IV, algunos de los pacientes no pertenecen a las categorías circunscritas y bien definidas; debido a sus criterios estrictos, así como al énfasis en categorías. El punto general es que como cualquier sistema de clasificación por categorías, excluye algunas personas que de hecho pueden pertenecer a una categoría particular, o incluso en la misma categoría de personas que pueden diferir entre sí de manera importante en los trastornos psicológicos (Gregory, 2012).

Sin embargo, una etiquetación, como la que propone el DSM-IV, tiene poca aplicación en la práctica diaria de la terapia cognitivo conductual, que se centra en las conductas concretas del paciente. Por ejemplo, decir que un paciente tiene fobia social, ayuda a los profesionales a conocer las líneas generales de su problema, además, necesita saber las situaciones que evita, los pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones que se dan en esas situaciones, las personas envueltas, etc. Para realizar el diagnóstico del trastorno psicológico, la herramienta que utiliza el enfoque cognitivo conductual, es el análisis funcional, que consiste en analizar las conductas que constituyen el núcleo del problema del paciente, que lo genera o mantiene; sus antecedentes y sus consecuentes junto con el contexto en el que se dan (García, 2012). Además se tiene como objetivo identificar la conducta problema en toda su extensión, intentando pormenorizar al máximo sus características. Algo ayuda la taxonomía de enfermedades mentales clásica, pero lo cierto es que cuanto más libertad se tiene para descubrir en qué consiste realmente el problema del sujeto sin estar sometido al enclaustramiento de categorías diagnósticas estandarizadas, es más real la visión de las cosas que afectan el bienestar del individuo, por lo tanto es más eficiente la intervención. El diagnóstico, pues, surge evidentemente de la evaluación, pero para que sea funcional y manejable se intenta que sea lo más concreto posible haciendo referencia a estímulos-respuestas porque son la clave de la intervención. El diagnóstico es, pues, fundamental, forma parte del proceso psicoterapéutico y aunque cobra especial importancia en el momento de la evaluación inicial sigue estando presente, así como sujeto a posibles modificaciones (Morris, 2008).

También, los diagnósticos cognitivo conductuales pueden estar basados en algún sistema de clasificación vigente, como los manuales psiquiátricos; no obstante, pueden implicar también otro sistema de nomenclatura fiable y válido para definir, describir aquellos problemas que son “alteraciones clínicamente significativas”, o sea, malestares que afectan persistentemente la vida de la persona en las áreas afectiva, social, laboral, académica o familiar. Por ejemplo, criterios de evaluación para categorizar “habilidades sociales” o “autoestima”. Es necesario algún método que agrupe los problemas presentados en categorías, para permitir que los clínicos evalúen la probabilidad de extrapolación de las muestras estudiadas, en el contexto de investigación, a su propia práctica. Sin alguna categorización, la síntesis de la evidencia es sumamente difícil. Cualesquiera sean las deficiencias y limitaciones de los sistemas diagnósticos vigentes, los críticos aún tienen que sugerir alguna alternativa factible que sea mejor. La evaluación cognitivo conductual es la construcción del análisis funcional, así como, identificar los métodos de evaluación que utilizará el psicoterapeuta acerca de la psicoterapia (García, 2012).

## 2.2.2.2 EVALUACIÓN

La evaluación psicológica es una actividad importante para los psicólogos clínicos, evaluar el funcionamiento psicológico del paciente, incluyendo su personalidad, funcionamiento intelectual, y conductual, es el primer paso del psicólogo clínico para decidir sobre los tipos de tratamientos que pueden ser mejores para él. Desde su conceptualización más actual, la evaluación psicológica se entiende como un proceso de toma de decisiones y recogida sistemática de información orientada a la generación de un modelo funcional teórico de sujeto o grupo. En otras palabras, la evaluación psicológica tiene como objetivo articular un conjunto de hipótesis acerca del funcionamiento psicológico de un sujeto o grupo en particular; algo así como producir una microteoría para un caso singular. Por supuesto, la articulación de hipótesis puntuales y específicas se fundamenta en el conocimiento que tienen los psicólogos evaluadores de las teorías psicológicas generales (Rivadeneira, Dahab y Micini, 2005).

Desde esta perspectiva, la evaluación psicológica se revela como una bisagra entre la formulación de teorías generales por un lado y el estudio del caso particular, por el otro. La evaluación psicológica constituye un pasaje desde los modelos explicativos amplios acerca del funcionamiento, los procesos psicológicos hacia las personas concretas que consultan, además son evaluadas por los psicólogos. Este proceso se caracteriza por una serie de seis pasos (Compas y Gotlib, 2003):

1. Decidir si se está evaluando ideas irracionales, emociones o conductas.
2. Determinar las metas de evaluación, en razón de las ideas irracionales, emociones o conductas.
3. Seleccionar estándares para la toma de decisiones
4. Recabar los datos de evaluación
5. Tomar decisiones y emitir juicios
6. Comunicar la información

Si bien la terapia cognitivo conductual se nutre fuertemente de la psicología y, por ende, comparte los principios formulados a propósito de la evaluación psicológica, el tipo de evaluación llevada a cabo en terapia cognitivo conductual posee algunas características diferenciales. Así, la evaluación en terapia cognitivo conductual, está orientada hacia un cambio comportamental, emocional o cognitivo. Posee un objetivo claramente pragmático, este es ayudar a las personas a realizar un cambio en los pensamientos, emociones y comportamientos que le generan malestar e interfieren con su desarrollo personal, social, laboral; deteriorando su calidad de vida y provocando sufrimiento subjetivo. En otras palabras, no se

evalúa para conocer a la persona ni para que la persona se conozca a sí misma; tampoco para emitir un pronóstico laboral o educacional. Aunque éstas suelen ser consecuencias secundarias derivadas que tienen su mérito y utilidad, el objetivo primordial de la evaluación cognitivo conductual es obtener, analizar, sintetizar la información para desarrollar un programa terapéutico que promueva el cambio comportamental deseado (Rivadeneira, Dahab y Micini, 2005).

El enfoque cognitivo conductual y la investigación psicológica son los dos factores principales que moldean el proceso de evaluación clínica, a través de cuestionarios sobre la frecuencia de las ideas irracionales y estilos de pensamiento disfuncional, que lo hacen más sistemático e interdisciplinario, que la manera en que la gente se forma impresiones de los demás en la vida cotidiana. Los psicólogos cognitivos conductuales utilizan procedimientos, así como medidas de evaluación que han sido demostradas en la investigación empírica proporcionan información precisa y verdadera, es decir, los métodos de evaluación deben generar información confiable, válida, útil para tomar decisiones clínicas, de tal forma que, buscar, recoger, sintetizar la información publicada es un proceso dirigido a obtener la mejor evidencia posible sobre cómo tratar lo más eficaz y eficientemente posible el problema psicológico detectado. Para ello, lo primero que hace falta es definir concreta y operativamente el problema con todas sus circunstancias relevantes, dado que en muchos casos los factores relacionados con la eficacia de los tratamientos pueden ser relativamente amplios (Frías y Pascual, 2003).

Además, dependiendo de los propósitos de la evaluación, se encuentran a disposición cierto número de estrategias para una adecuada evaluación de los trastornos. Una evaluación integral habitualmente incluye la entrevista clínica, la admiración de medidas de autoinforme, de escalas de clasificación clínica, y evaluaciones cognitivas, emocionales y conductuales. También se puede evaluar rasgos asociados o relacionados con un diagnóstico diferencial. El proceso de evaluación involucra la recolección de la información necesaria para comprender mejor la naturaleza y el grado del problema de manera tal que pueda formularse mejor el tratamiento (Aguado, Manrique y Silberman, 2003).

#### 2.2.2.2.1 EVALUACIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL

El desarrollo de la evaluación cognitivo conductual, se caracterizó por una fuerte adherencia de a los principios del conductismo radical, lo que significa un énfasis exclusivo en los eventos externos observables. Los eventos internos, entre ellos, los pensamientos, los aspectos no observables de las emociones, se

consideraban como constructos hipotéticos irrelevantes para desarrollar una comprensión científica de la conducta y el cambio conductual. Las teorías conductuales empezaron a reconocer lentamente la importancia de otros aspectos del funcionamiento de los individuos. En particular, un número creciente de investigaciones demostraba una fuerte asociación entre la conducta y las cogniciones (Compas y Gotlib, 2003). Una consecuencia importante de esta demostración fue que los procedimientos conductuales empezaron a aplicarse a la evaluación de las cogniciones, llevando al desarrollo de la evolución cognitivo conductual basado en las evidencias. El uso de métodos (explicados en el siguiente apartado) de evaluación cognitivo conductual se ejemplifica mejor considerando las técnicas utilizadas en la evaluación de los trastornos o problemas.

Sin embargo, lo primero es, la decisión de lo que se va a evaluar. El psicólogo formula una pregunta o un conjunto inicial de preguntas sobre la problemática. Esas preguntas se desarrollan como una respuesta a una petición de ayuda hecha por el individuo o por otros que hablen por él. Las preguntas enfocadas a las ideas irracionales o disfuncionales, emocionales, además conductuales, proporcionan un punto de partida para recabar información. Las preguntas de canalización ayudan al psicólogo clínico acudir a la teoría e investigación (del enfoque cognitivo conductual), con el objeto de formular un conjunto más completo de preguntas iniciales para guiar la evaluación formal. Es por esto, que el enfoque cognitivo conductual reconoce múltiples niveles de funcionamiento que son relevantes para entender cualquier comportamiento. Es decir que, debe evaluar al paciente y sus problemas a niveles diferentes, incluyendo aspectos de la persona, el ambiente en el que funciona. Ya que, los aspectos principales de la persona que son posibles objetivos de evaluación son, los procesos biológicos, las cogniciones, las emociones y la conducta (Beck, 2000).

También se determinan los objetivos de la evaluación para el terapeuta y paciente. El psicólogo genera un conjunto de objetivos para reunir la información, esto es, lo que espera lograr durante el proceso de evaluación. Los objetivos de evaluación se realizan con decisiones, juicios del enfoque cognitivo conductual, con base en la información recabada. Los objetivos pueden incluir clasificaciones de diagnósticos, determinación de la gravedad de un problema, detección de riesgos de futuros problemas, evaluación de los efectos del tratamiento y predicciones acerca de la probabilidad de ciertos tipos de conducta futura. La descripción de cada una de las características de la clasificación son (Compas y Gotlib, 2003):

- Diagnóstico: Implica que se apliquen ciertos procedimientos o pruebas a un individuo para clasificar su problema, si es posible, identificar las causas,

prescribir el tratamiento. Las decisiones diagnósticas a menudo son el primer objetivo del proceso de evaluación.

- **Gravedad:** Llegar a un diagnóstico es con frecuencia un primer paso importante en la evaluación psicológica, sin embargo, no es suficiente saber si se cumplen los criterios para el trastorno, ya que pueden existir diferencias sustanciales entre individuos con un trastorno similar. La discriminación de la gravedad de los trastornos requiere de métodos (los métodos expresivos, productivos, inferenciales, de aprobación, así como de observación directa) de evaluación sensibles a las variaciones en la frecuencia, intensidad y duración de síntomas específicos. Además, un factor importante en la determinación de la gravedad de un trastorno es el grado de deterioro presente en la vida diaria de la persona.
- **Detección por el paciente con ayuda del terapeuta:** Identifica la presencia de problemas o predice el mayor riesgo de probabilidad de desarrollar un trastorno en algún momento futuro.
- **Predicción:** Además de descripciones detalladas del funcionamiento actual de un individuo, se requiere que los psicólogos pronostiquen cómo puede comportarse una persona en algún momento futuro. Esas predicciones pueden abarcar periodos muy cortos o predicciones a largo plazo acerca de un riesgo subsecuente de presentar un trastorno.
- **Evaluación de la intervención:** A menudo se piensa que la evaluación es un paso inicial en la formulación de una idea de los trastornos del paciente o un diagnóstico, así como el desarrollo de un plan de tratamiento, sin embargo, la evaluación efectiva no termina una vez que inicia el tratamiento, más bien, los métodos de evaluación deberían aplicarse a intervalos regulares para supervisar, evaluar, además predecir los efectos del tratamiento. Al obtener información previa al tratamiento o línea base, sobre la naturaleza, asimismo de la gravedad del trastorno del paciente, puede efectuarse evaluaciones de seguimiento con los mismos instrumentos interdisciplinarios, con el fin de permitir la evaluación de los cambios o comparaciones que hayan resultado del tratamiento.

Por lo consiguiente, la selección de estándares para la toma de decisiones. Implica la identificación de estándares multimodales que servirán para interpretar la información reunida. Para tomar decisiones, formular juicios acerca de la persona, el psicólogo debe tener un conjunto de criterios interdisciplinarios. Esos estándares pueden implicar la comparación del individuo con una muestra relevante de otras personas (estándares normativos) o comparar a la persona consigo mismo en otro punto del tiempo (estándares autorreferidos) (Linscott y DiGiusepp, 1998).

Los estándares normativos: La aplicación de la información normativa en las decisiones individuales es un proceso complejo. Nunca ningún individuo se ve representado a la perfección por los datos obtenidos, de ideas irracionales, estilos de pensamiento, conductas disfuncionales, de grandes muestras de personas. Por ello, los terapeutas se ven obligados a realizar conjeturas sobre un individuo, sustentadas a partir de conocimientos acumulados acerca de la gente en general. En sus comparaciones el terapeuta debe determinar el grado en que el individuo particular es similar a la muestra normativa, en características tales como las demográficas (edad, sexo, el origen étnico, la educación, la posición económica).

Estándares autorreferidos: Algunos de los juicios formulados como parte del proceso de evaluación clínica no implican comparaciones con otros. Más bien, es importante que el paciente, así como el terapeuta consideren qué tanto o qué tan poco ha cambiado en el transcurso del tiempo mediante situaciones diferentes. Además, también se utilizan para ayudar a determinar las metas iniciales de un paciente, además el grado en que éste está satisfecho con los logros obtenidos en el tratamiento (Compas y Gotlib, 2003).

Para la obtención de los datos de la evaluación. Se incluye obtener información acerca de la persona y el ambiente, así como describir, registrar con cuidado lo que se observa. La información puede obtenerse usando cualquiera de los métodos diferentes, incluyendo, entrevistas, pruebas psicológicas, observaciones directas de la conducta. Los terapeutas deben decidir cuál de los métodos será utilizado en la evaluación de los objetivos seleccionados. Esas elecciones incluyen el uso de entrevistas clínicas estructuradas o no estructuradas, revisiones de la historia escolar del individuo o de sus registros médicos, mediciones del funcionamiento fisiológico, una amplia gama de pruebas psicológicas, autorreportes del individuo, informes de otras personas significativas en la vida del individuo, así como métodos para la observación directa de la conducta en el ambiente natural, también en condiciones simuladas en la oficina del psicólogo (los métodos de evaluación serán explicados en el apartado siguiente). La elección de los métodos se ve influida por una serie de factores. Por ejemplo, la edad del paciente es una consideración importante (Linscott y DiGiusepp, 1998).

En cuanto a la toma de decisiones y emitir juicios. Involucra tomar decisiones, así como emitir juicios a partir de los datos recogidos. Esas decisiones y juicios pueden incluir un diagnóstico formal, un análisis funcional de la conducta presente o una predicción acerca de la conducta futura. Las metas de la evaluación (diagnóstico, detección, predicción y evaluación de la intervención) determinan los tipos de decisiones que se tomen. Las decisiones tomadas con base en evaluaciones psicológicas pueden tener efectos profundos en la vida de las

personas. El proceso de toma de decisiones es complejo, por lo tanto, es importante entender los factores que influyen en las decisiones, así como en los juicios hechos por los terapeutas y las formas de optimizar la calidad de esas decisiones (Compas y Gotlib, 2003).

Además la comunicación de la información. Después de recoger la información pertinente para la evaluación de un individuo, así como del ambiente en que funciona y después de calificar las medidas utilizadas e interpretar las puntuaciones, el terapeuta se enfrenta a la tarea final de la evaluación clínica; comunicar con otros profesionales (psiquiatras, médicos, maestros, etc.) una corte legal o miembros de la familia responsable del paciente, esos juicios y decisiones, por lo general en la forma de un reporte psicológico escrito. No obstante, el psicólogo se enfrenta a muchos desafíos al transmitir la información de una evaluación, incluyendo la necesidad de ser preciso, de explicar en qué se fundamentan sus juicios y de comunicar sus tecnicismos. El reporte debe empezar con una introducción del caso, los métodos o procedimientos de evaluación utilizados, éstos deben describirse con detalle para que el lector pueda entender, también evaluar su claridad. Los resultados se reportan en un resumen claro, conciso de los datos, por ultimo, se presenta un análisis e interpretación interdisciplinaria de los mismos, incluyendo recomendaciones para una futura evaluación o intervención (Compas y Gotlib, 2003).

#### 2.2.2.2.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los instrumentos y métodos de evaluación se agrupan de acuerdo a determinadas características: (Buenrostro, Palacios y Verdiguél, 2004).

Linscott y DiGiuseppe (1998), describen los métodos de evaluación cognitiva conductual. Además ofrecen cuatro categorías de métodos utilizados para evaluar las cogniciones y cinco para evaluar las conductas.

Los métodos para evaluar las cogniciones (Gotlib y Neubauer, 2000):

1. Los métodos expresivos requieren que el paciente piense en voz alta mientras realiza una tarea. De esta forma, el terapeuta tiene acceso a los pensamientos de manera directa, conforme ocurren. Una adaptación de este procedimiento es el paradigma de pensamientos articulados en situaciones simuladas creado por Davidson (1995). En esta tarea los pacientes escuchan cintas de audio relevantes para su problema, luego verbalizan sus pensamientos cuando la cinta se detiene.

2. Los métodos productivos requieren que los pacientes registren sus pensamientos acerca de un acontecimiento particular. Este procedimiento de evaluación se utiliza en la terapia cognitiva para identificar cogniciones disfuncionales o inadaptadas que los pacientes tienen acerca de los eventos que suceden en sus vidas. Se alienta a que lleven un registro de los acontecimientos y de sus pensamientos acerca de ellos.
3. Los métodos inferenciales que miden las cogniciones se usan más a menudo en la investigación que en la práctica clínica. Esos métodos intentan evaluar esquemas cognitivos, o expectativas, que guían las percepciones e interpretaciones del paciente sobre las experiencias de su medio ambiente. Se propone que los esquemas cognitivos funcionan fuera de la conciencia del individuo, lo que dificulta su medición.
4. Los métodos de aprobación son los que le presentan al paciente un conjunto predeterminado de reactivos (aseveraciones escritas en un cuestionario), le piden que califique cada afirmación en términos de su aplicabilidad. Los métodos de aprobación se han empleado para evaluar un rango amplio del funcionamiento. Esta categoría de métodos de evaluación se conoce como evaluación por cuestionarios o evaluación por inventarios de autorreporte. Para evaluar aspectos cognitivos se encuentran los cuestionarios de pensamientos automáticos, escala de actitudes disfuncionales, el cuestionario de estilo explicativo, el cuestionario de temor, el índice de sensibilidad a la ansiedad, inventario de trastorno alimentario y la escala de compulsión a la comida.

Los métodos para evaluar las conductas (Haynes y O'Brien, 2000):

1. En el análisis funcional de la conducta se identifican las relaciones funcionales significativas, controlables, causales entre conductas objetivo especificadas y características situacionales. Al análisis funcional se le conoce también como el establecimiento del ABC de la evaluación conductual, es decir, identifica antecedentes, conductas, consecuencias.
2. La entrevista conductual se utiliza para obtener información que ayude a formular un análisis funcional de la conducta. Esto significa que se concentra en la descripción, comprensión de las relaciones entre antecedentes, conductas, consecuencias. Las entrevistas conductuales tienden a ser más directivas, permitiendo al entrevistado obtener descripciones detalladas de las conductas problemas, así como del ambiente actual del paciente.
3. La observación conductual permite al terapeuta documentar la frecuencia e intensidad de conductas específicas, así como de las variables contextuales que provocan, así como mantienen la conducta. Este énfasis dual de la conducta y del ambiente permite un examen de los antecedentes situacionales de las consecuencias de la conducta problema. Las conductas pueden

observarse en el ambiente que ocurren de manera natural o en situaciones simuladas creadas en la oficina del psicólogo. Para documentar las conductas observables se usan los registros por intervalo y los registros de eventos.

4. Automonitoreo se instruye a los pacientes que observen, registren su propia conducta tal como ocurre. Debido a que el observador no puede seguir al sujeto todo el día, el automonitoreo es muy útil sobre todo para obtener información acerca de la tasa, la magnitud de una conducta y las circunstancias que rodean su ocurrencia en casos en que la conducta ocurre de manera, hasta cierto punto infrecuente.
5. Escalas de registro y listas de verificación conductual intentan proporcionar información sobre una gama de las conductas de un individuo en un periodo más prolongado del que es posible la observación directa. Las escalas se han desarrollado con la intención de evaluar conductas problemáticas en niños, adolescentes y adultos.

A los métodos de evaluación cognitiva conductual, se agregan los instrumentos básicos para evaluar la población de México, en particular se expondrán los utilizados en el modelo de prevención psicológica para la psicoterapia cognitiva conductual.

La entrevista clínica: Es una técnica que permite obtener información multimodal acerca de los antecedentes, asimismo de la situación actual de la persona examinada. Hace uso de una guía o de un cuestionario con la finalidad de darle orden. Además se obtiene información relevante al observar la conducta no verbal, la actitud hacia el problema; la apariencia personal, el tono de voz, el grado de ansiedad de las personas entrevistadas. Aunque, si se entrevista a los padres de un niño, el propósito es desarrollar una historia clínica con base en una serie de preguntas acerca del problema, de la familia, de la situación escolar, de la historia de salud, de la historia de desarrollo, de la situación socioeconómica, etc.

Haynes y O'Brien (2000), indican que las entrevistas clínicas tienen tres metas principales: a) recabar información acerca del paciente; b) obtener los datos necesarios para llegar a un diagnóstico o para tomar otras decisiones importantes; c) establecer una relación con el paciente que permita una evaluación e intervención continua si se requiere. Mientras algunas entrevistas se diseñan para cumplir estas tres metas, otras intentan lograr sólo una de ellas.

Compas y Gotlib (2003), mencionan que una entrevista clínica debe contener:

- Preguntas cerradas: Se utilizan para obtener información y aclaración. Con frecuencia suelen ser respondidas con un "sí o no" o con muy pocas palabras.

- Preguntas abiertas: Tienen un enfoque más amplio que las cerradas, se utilizan para facilitar la apertura, la autoexploración del paciente. Este tipo de preguntas requieren de respuestas más detalladas y extensas.
- Parafraseo: Implica repetir la esencia o los aspectos más destacados de las afirmaciones más recientes del paciente. El parafraseo puede ofrecer un sentido de la dirección de las afirmaciones del paciente, promover una mayor apertura, supervisar la comprensión que tiene el terapeuta de lo que ha dicho el paciente.
- Reflexiones sobre los sentimientos. Cumple la misma función que el parafraseo, con la excepción de que al reflejar el sentimiento se enfoca la atención en el contenido emocional de las verbalizaciones del paciente. Las reflexiones sobre el sentimiento implican una síntesis, así como la repetición de lo que el terapeuta percibe como el tono emocional, tanto del contenido de lo que reporta el paciente acerca de sus sentimientos, asimismo de la expresión facial, la postura corporal y las expresiones de emociones.
- Resumen: Implica sintetizar un segmento entero de la comunicación del paciente, también influyen en el curso de la entrevista. La meta de resumir es proporcionar al paciente una integración del contenido y la emoción que ha transmitido a lo largo de un periodo de varios minutos, o más tiempo.

La motivación, el parafraseo y las reflexiones sobre el sentimiento son una respuesta o una parte de lo que el paciente presenta durante la entrevista, además le proporciona, al mismo tiempo, un reforzamiento selectivo.

Los psicólogos clínicos con orientación cognitivo conductual recopilan una amplia historia personal y familiar del paciente. Cuando se trata de niños, esta historia incluye una entrevista extensa a los padres para determinar los acontecimientos que rodearon el embarazo, el nacimiento, el desarrollo temprano, el logro de hitos de desarrollo, la historia escolar y la presencia de estresores importantes en la familia. Cuando se trata de adultos se recolectan datos de su historia clínica de salud mental, desempeño escolar o laboral, sus relaciones interpersonales y los acontecimientos estresantes significativos (Marlatt, 2007).

Registros observacionales: Es uno de los medios más importantes y adecuados. Constituye una herramienta útil e indispensable a lo largo del proceso de la evaluación. Por lo tanto, la evaluación conductual utiliza en cada uno de sus pasos la observación como medio adecuado para la intervención objetiva, confiable. La observación puede realizarse en escenarios controlados o naturales, proporcionando una muestra de la conducta del individuo, de su interrelación con otras personas. Una ventaja de esta técnica es que permite una observación directa de la conducta realizada en condiciones naturales en las que ocurre, así, obtienen

datos objetivos, también miden los cambios que se producen en una conducta. Sin embargo, si es de forma individual se hace una evaluación de la apariencia general, la conducta del paciente, los procesos de habla y pensamiento, la conciencia, el estado de ánimo, el afecto, la percepción, la orientación, la memoria, la atención, la concentración, la información general, la inteligencia, la introspección y el juicio (Marlatt, 2007).

La evaluación de la apariencia general y la conducta incluye observaciones de la vestimenta del paciente, su postura, su modo de andar, sus gestos, su higiene y cuidado personal. Los síntomas de algunos trastornos pueden observarse directamente en la conducta durante la primera entrevista. La evaluación del habla y el pensamiento se concentra en si el paciente se expresa de manera coherente, normal en su progresión, espontánea, entendible. El estado de ánimo y el afecto se evalúan por el contenido de las descripciones que expresa el paciente sobre su estado de ánimo actual, además, las observaciones de la postura del cuerpo, la expresión facial pueden proporcionar información adicional acerca del estado afectivo del paciente. La memoria se evalúa con los recuentos de acontecimientos recientes o distantes que pueden evaluarse mediante la comparación con otros registros o informantes. Se advierten las desviaciones en la atención, la concentración, incluyendo el grado en que el paciente se distrae con facilidad o parece preocupado. Se determina una estimación aproximada de la inteligencia a partir de la evidencia obtenida en la entrevista, incluyendo el nivel educativo obtenido, el cúmulo de conocimientos general y los poderes del razonamiento (Gregory, 2012).

A pesar de los procedimientos de evaluación estrictamente cognitivos conductuales, los inventarios de autorreporte tienen propiedades psicométricas estandarizadas (confiabilidad y validez), con el fin de evaluar aspectos cognitivos de la depresión, los terapeutas cognitivos conductuales emplean escalas como el cuestionario de pensamientos automáticos, la escala de actitudes disfuncionales y el cuestionario de estilo explicativo. Para evaluar los trastornos de ansiedad, por lo general, se aplica el cuestionario de temor y el índice de sensibilidad a la ansiedad. Y la evaluación de los trastornos alimentarios incluye el uso del inventario de trastorno alimentario, entre otros (Linscott y DiGiuseppe, 1998).

Además, las pruebas psicológicas implican el uso de instrucciones estandarizadas, la presentación de estímulos que requiera que los sujetos respondan de una manera preestablecida. La estandarización de la prueba es fundamental en todos los aspectos de la evaluación psicológica, esto es, la aplicación y calificación de una prueba, así como la interpretación de los resultados debe hacerse de la misma manera sin importar quien la esté presentando. La estandarización es

esencial para las comparaciones que se harán entre muchos individuos diferentes que pueden presentar la prueba. La estandarización de la aplicación y calificación de una prueba psicológica también es esencial para establecer la confiabilidad del instrumento (Anastasi, 2009).

Pruebas estandarizadas: Son instrumentos que informan acerca de la ejecución del individuo, comparándola con la ejecución de un grupo normativo, a través de puntuaciones estandarizadas. Estas pruebas han constituido, durante mucho tiempo, la base del diagnóstico. Una prueba se define como un procedimiento estandarizado con base en categorías o puntuaciones (evidencias). Además, la mayoría de las pruebas incluyen normas o estándares que permiten utilizar los resultados para predecir otras conductas más importantes (Gregory, 2012).

Para este trabajo se presentan las pruebas estandarizadas de mayor uso, desde el enfoque cognitivo conductual. Están divididas para niños y para adultos.

Si bien se cuenta en la actualidad con la cuarta revisión de las Escalas para Niños y Adolescentes (WISC IV) (y con la tercera revisión para Niños Preescolares y de educación primaria -WPPSI III), son una prueba de administración individual que requiere aproximadamente de una hora o dos horas para aplicarse, dependiendo de la edad y el nivel intelectual del niño.

WISC-IV se trata de un instrumento clínico de aplicación individual, para evaluar la inteligencia en niños. Proporciona cuatro puntuaciones índice que representan el funcionamiento intelectual en dominios cognoscitivos específicos (índice de comprensión verbal, índice de razonamiento perceptual, índice de memoria de trabajo e índice de velocidad de procesamiento), así como una puntuación compuesta que representa la capacidad intelectual general del niño (escala de CI total). WISC-IV conserva 10 subpruebas de WISC-III: diseño con cubos, semejanzas, retención de dígitos, claves, vocabulario, comprensión, búsqueda de símbolos, figuras incompletas, información y aritmética, las cuales fueron revisadas. Se desarrollaron 5 subpruebas nuevas: conceptos con dibujos, sucesión de letras y números, matrices, razonamiento con pistas y registros. El contenido, los materiales de la prueba han sido actualizados, modernizados constituyendo una opción novedosa de evaluación de la inteligencia infantil. Además es la primera de las Escalas Wechsler estandarizada a nivel nacional en el territorio mexicano por lo que cuenta con las normas acordes a la población. Esta ampliación del número de escalas persigue, según los autores, efectuar un análisis detallado de los diferentes procesos implicados en el rendimiento intelectual, así como establecer relaciones con diferentes trastornos clínicos y del

aprendizaje. Ello supone un importante avance a la hora del diagnóstico, en la toma de decisiones para la intervención (Flanagan y Kaufman, 2006).

También el WISC–IV proporciona algo más que los CI. Se trata de información esencial sobre el funcionamiento cognitivo general de los examinados (CI total) y sobre su funcionamiento en las principales áreas específicas de la inteligencia (compresión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento).

Las pruebas neuropsicológicas examinan el funcionamiento cerebral. Benton (1994) (Flanagan y Kaufman, 2006) menciona que el propósito principal de la evaluación neuropsicológica es inferir las características estructurales y funcionales del cerebro de una persona evaluando su conducta en situaciones estímulo-respuesta definidas. Estas pruebas se utilizan para medir conductas observables que reflejan o son influidas por la estructura, su función subyacente del cerebro y del sistema nervioso central. Estas pruebas pueden proporcionar información sobre el lenguaje receptivo, expresivo, la memoria a corto y a largo plazo, el procesamiento de información visual, espacial, las funciones táctiles, motoras y cognitivas de orden superior (Gregory, 2012).

Test gestáltico viso-motor (Bender, 1995): El propósito es evaluar el nivel de madurez perceptual, diagnosticar lesión cerebral e identificar perturbaciones emocionales del niño. La prueba contiene 9 figuras que se presentan una por una para que las reproduzca. Los dibujos elaborados por lo niños se evalúan por madurez perceptual (distorsión de la forma, rotación, integración, perseverancia); lesión cerebral (trazo de ángulos, curvas, puntos y círculos, desproporción de las partes, rotación) y perturbaciones emocionales (orden, sustitución de círculos por rayas, tamaño, trazo, expansión).

Método de evaluación de la percepción visual (Frostig, 1990): El propósito es evaluar cinco habilidades perceptuales. La prueba consta de 41 reactivos con cinco definiciones operacionales de habilidades perceptuales: coordinación motora ojo-mano, figura fondo, constancia de forma, posición en el espacio y relaciones espaciales.

Exploración del nivel lingüístico en edad escolar (Nieto, 1996). El propósito es evaluar el lenguaje en sus diferentes aspectos. La prueba consta de 14 pruebas agrupadas en 3 sistemas. El sistema de comunicación gestual, el sistema fonológico y el sistema integrador superior. La prueba proporciona un nivel de desarrollo, expresado en años y porcentajes para cada uno de los sistemas, además de un nivel lingüístico global.

Las técnicas de evaluación para el diagnóstico en adultos:(Padmal y Stalnley, 1995)

Escala de inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS-R). Se dispone de menos pruebas para medir la inteligencia en adultos, la prueba consta de subtests verbal, de desempeño y de la escala completa. Aunque muchas de las tareas son iguales a las del WISC-R, los reactivos son más complejos para distinguir entre adultos que varían en su funcionamiento intelectual. La prueba se aplica de manera individual, siguiendo un conjunto de instrucciones estandarizadas. La prueba se utiliza en la mayoría de los casos como parte de una batería de pruebas cuando existen preguntas concernientes a un deterioro neurológico o una lesión cerebral como resultado de un trauma (Compas y Gotlib, 2003).

Descripción del test

Escala Verbal	Escala Manual
1) Información	7) Símbolos
2) Comprensión	8) Completar
3) Aritmética	9) Cubos
4) Semejanzas	10) Ordenación
5) Dígitos 9 y 8 series	11) Ensamblaje
6) Vocabulario	

En todos los subtests manuales y en el de aritmética se controla el tiempo, existiendo un tiempo límite para aceptar la respuesta y, en algunos casos, bonificación (puntos adicionales) para las respuestas correctas dadas en tiempos menores. Aplicación del test. Se acostumbra pasar las 11 subpruebas en el mismo orden que se detalla más arriba. El tiempo que demora la aplicación depende de la capacidad y personalidad del examinado y de la destreza y práctica del examinador. Puede administrarse en una o dos sesiones (Gregory, 2012).

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI-2) representa la primera revisión del MMPI original para el uso específico de la evaluación psicológica de adolescentes. Como el MMPI-2, fue construido tomando los aspectos más útiles del original, manteniendo la estructura del instrumento. Se crearon nuevas escalas para evaluar a los adultos, más ajustadas a la validez del instrumento, y nuevas escalas de contenido y especiales para evaluar problemáticas propias de esta edad. Se obtuvieron normas específicas para adultos. El número de reactivos del formato original (567), puede calificarse usando los primeros 370 (Bucher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989).

Tanto en el MMPI original como en el MMPI-2 se generan dos categorías amplias de escala a partir de los reactivos: las escalas de validez y las clínicas. Las

escalas de validez se utilizan para evaluar el estilo de presentar la prueba y la actitud del participante y como su nombre lo implica, evalúan si las respuestas del examinado a los reactivos son validas. Las escalas de validez se diseñaron con el fin de evaluar la apertura, honestidad, cooperación y disposición del individuo a compartir información personal; las escalas clínicas se elaboraron para evaluar el estado psiquiátrico y las características de personalidad del examinado (Graham, 2006).

Bucher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer (1989), desarrollaron las escalas de validez a partir de la suposición de que ciertos patrones de respuesta a los reactivos de verdadero o falso representan respuestas no confiables o sesgadas que podrían invalidar las puntuaciones en las escalas clínicas. Además ellos concibieron las escalas del MMPI-2 como dimensiones que reflejan problemas o trastornos particulares como la depresión, la esquizofrenia o la paranoia.

En la revisión del MMPI-2, se mencionan cuatro escalas de validez principales. La escala de no poder contestar, es el número total de reactivos dejados en blanco, aunque por un alto rango se invalida la prueba; la escala de mentiras, es una medida de tendencia a presentarse de manera abiertamente favorable, es decir, afirmar que es mucho más virtuoso, ético o moral que lo que marcan las normas de la población; la escala de infrecuencia, es una medida de la tendencia a reivindicar un número exorbitante de problemas psicológicos o exagerar los problemas de ajuste; y la escala de defensividad es un indicador de la defensividad de la prueba, se usa para detectar pacientes que se describen en términos abiertamente positivos (Bucher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989).

Las escalas clínicas permiten evaluar distintas dimensiones de la personalidad y obtener información acerca de probables patologías. Después de determinar que se ha obtenido un perfil válido, se obtiene la puntuación total del examinado en cada una de las 10 escalas clínicas (Compas y Gotlib, 2003).

Escalas clínicas (Butcher, 2005):

- a) Hs (hipocondriasis): Esta escala refleja preocupaciones por la salud, así como por la enfermedad. Están compuestas por quejas somáticas, vagas, específicas por lo que puntajes elevados en dicha escala pueden ser interpretados como una preocupación importante por la salud física.
- b) D (depresión): La escala D es una medida del grado de insatisfacción general con la propia vida, incluyendo sentimientos de desesperanza, apatía.

- c) Hy (histeria): Esta escala incluye la evaluación en dos áreas: preocupaciones somáticas y negación de los problemas por un lado, y la necesidad de aceptación y aprobación por otro.
- d) Pd (desviación psicopática): La escala Pd se construyó sobre la base de respuestas de mujeres y hombres jóvenes que presentaban abuso de alcohol, robo, promiscuidad sexual.
- e) Mf (masculinidad-femineidad): Los puntajes elevados en esta escala, en los varones, indican la presencia de patrones o intereses femeninos, y en las mujeres la presencia de intereses masculinos. Además se observó que opera como un inhibidor en las conductas de acting out.
- f) Pa (paranoia): Esta escala apunta a señalar sintomatología paranoide, su contenido está relacionado con ideas de referencia, suspicacia, sentimientos de persecución. También se encuentra asociada con agresividad y acting out.
- g) Pt (psicastenia): El contenido de esta escala apunta a una amplia variedad de Sintomatología. Se observó que estaba relacionada con un alto grado de auto-crítica, ansiedad, tensión y nervios.
- h) Sc (esquizofrenia): La escala Sc incluye la presencia de pensamientos bizarros, percepciones peculiares, aislamiento social, alteraciones en el ánimo, asimismo en la conducta, dificultades en la concentración y en el control de los impulsos.
- i) Ma (hipomanía): Esta escala fue diseñada para evaluar la presencia de sentimientos de grandiosidad, irritabilidad, egocentrismo, estado de ánimo elevado, hiperactividad y taquipsiquia.
- j) Si (introversión social): La escala Si evalúa problemas de interacción social. Los puntajes altos se encuentran asociados con introversión social, la baja autoestima, son tímidos, que evitan situaciones de contacto social.

Se dispone de numerosos cuestionarios que evalúan de manera rápida y eficiente varios trastornos. Los cuestionarios pueden completarse en el consultorio del psicólogo, además requiere de una mínima instrucción o entrenamiento. Éstos incluyen el cuestionario de temor o miedo para evaluar cambios en la severidad fóbica a lo largo del tiempo (Marks y Mathews, 1979), el cuestionario de sensaciones corporales, el cuestionario de cogniciones agorafóbicas para medir la sensación física y los pensamientos catastróficos, la escala obsesivo-compulsivo.

Éstos y otros cuestionarios proporcionan medidas globales de síntomas de ansiedad que pueden aplicarse antes, durante, también después del tratamiento para supervisar, evaluar de manera eficiente los cambios en los síntomas del trastorno. Además la mayoría de los cuestionarios pueden usarse para generar puntuaciones que reflejen aspectos específicos de los trastornos de ansiedad, como temores específicos, conductas de evitación y sensibilidad a síntomas físicos asociados con la ansiedad y pánico (Compas y Gotlib, 2003).

El cuestionario de miedos (Fear Questionnaire): fue desarrollado por Marks en 1979 a partir del cuestionario de Gelder y Marks, con objeto de disponer de un instrumento de autoevaluación de fobias. Se trata de un cuestionario auto-administrado. Consta de tres apartados. En el primero el paciente describe su fobia principal, así como valora su grado de evitación para él y otras situaciones potencialmente fóbicas. Consta de 17 ítems mediante una escala de 0 a 8 puntos (las puntuaciones 1, 3, 5 y 7 no llevan etiqueta verbal). En el segundo debe indicar el grado de molestia que le producen ciertos síntomas no-fóbicos, consta de 6 ítems, pero asociados a los trastornos afectivos, con el mismo tipo de escala que en el apartado anterior. En el tercero debe evaluar el nivel de interferencia que le producen los síntomas fóbicos en su vida diaria. Este instrumento ha sido aplicado básicamente en pacientes agorafóbicos, fobia social, trastornos de ansiedad en general, alcoholismo y población general (Aguado, Manrique y Silberman (2003).

Inventario de Resolución de Conflictos (IRC) (D´Zurilla, 1993). Es un inventario diseñado para conocer cómo reacciona la gente normalmente ante los problemas o sucesos en sus interacciones diarias. Se habla de problemas personales que surgen de vez en cuando, como el sentimiento de depresión, la relación con los amigos, la elección de una vocación o decidir un divorcio. El inventario consta de 35 ítems o afirmaciones, se contesta con la frase y sus niveles o alternativas de completamente, moderadamente, levemente de acuerdo o en desacuerdo.

El inventario de Resolución de Conflictos ha sido descrito como una medida de autoevaluación de la capacidad de resolver conflictos. Incluye 35 ítems del tipo Likert para diagnosticar las cogniciones de la orientación del conflicto y varias capacidades específicas para resolver conflictos, con énfasis en las primeras. Aunque sólo haya evidencia limitada de la relación del IRC con la ejecución resolutoria, se correlaciona con una amplia gama de medidas de ajuste positivo y desajuste, además existe diferencia en los sujetos que han recibido información de la ejecución de resolución de problemas de los que no la han recibido. Porque el IRC es también breve y fácil para administrar, puntuar, es un instrumento de investigación muy útil, una medida del resultado de un tratamiento y un dispositivo para identificar pacientes que pudieran beneficiarse del IRC (D´Zurilla, 1993).

Inventario de Depresión (Beck, 2000): El cuestionario evalúa el grado de depresión que puede tener una persona. Se compone de 21 grupos de frases. Dentro de cada grupo escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana. A cada frase le corresponde una puntuación (el número anotado al principio de cada frase). En el diseño de este test, se ha tenido en cuenta los criterios internacionales de descripción, por lo que no se presenta de alguna teoría de la depresión en particular. Este instrumento, de muy fácil aplicación y puntuación, provee pautas de administración, puntuación e

interpretación, así como los resultados de los estudios de confiabilidad y de validez.

Escala de Asertividad de Rathus (Rathus, 1971) (Caballo, 2007): La escala consta de 30 ítems que el paciente valora desde "muy característico en mí" a "muy opuesto a mis características". Se refiere a conductas donde el sujeto tiene como objetivo expresar opiniones, peticiones o negación ante determinadas presiones de otros. El instrumento está diseñado para ser autoadministrado, de tal forma que los sujetos evalúan cada afirmación de acuerdo con una escala de seis anclajes, la cual va de -3 (muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo) a +3 (muy característico de mí, extremadamente descriptivo).

Inventario de Creencia Irracionales (Jones, 1968) (Compas y Gotlib, 2003): La prueba consta de 100 ítems, se cuestionan las ideas irracionales. El inventario de creencias irracionales tiene el objeto de evaluar la irracionalidad de las creencias. Sin embargo, el instrumento tan sólo aporta una puntuación global en irracionalidad, por lo que no permite evaluar posibles diferencias en cada una de las creencias irracionales del modelo de Ellis (ver técnicas de tratamiento).

Inventario Multimodal de Historia de Vida BASIC ID (Lazarus, 1991, 2000): El inventario de vida parte de los trabajos de Arno Lazarus. La evaluación multimodal evalúa la "personalidad total" del paciente cubriendo su perfil. Cogniciones, respuestas afectivas, reacciones sensoriales, imágenes, comportamiento, relaciones interpersonales, la necesidad de drogas y de otras intervenciones biológicas (las primeras letras del BASIC ID). Esas modalidades existen en un estado de las transacciones, además del flujo recíproco, conectados por cadenas complejas de comportamiento y otros procesos psicofisiológicos. Lazarus, menciona que los seres humanos son organismos biológicos que se comportan (actúan, así como reaccionan), tienen emociones (experimentan respuestas afectivas), sienten (responden a estímulos táctiles, gustativos, olfativos, visuales, auditivos), imaginan (evocan imágenes, sonidos, otros sucesos), piensan (mantienen creencias, opiniones, valores, actitudes), e interactúan entre sí (disfrutan, toleran o sufren varias relaciones interpersonales). Mediante la referencia de estas siete dimensiones o modalidades discretas pero interactivas se obtiene el acrónimo inglés BASIC ID.

El mismo incluye una serie de parámetros o se tienen 7 modales (Lazarus, 2000):

- Conducta (behavior)
- Afectivo
- Sensación

- Imaginería
- Cognición
- interpersonal
- Drogas- Biología

La evaluación se lleva a cabo de acuerdo a cómo se encuentra la persona en cada una de las siete dimensiones establecidas. A partir de la evaluación de cada una de estas dimensiones, el terapeuta determina los principales focos de intervención y acorde con esto selecciona las técnicas más apropiadas, teniendo en cuenta la individualidad del paciente. En la evaluación se emplea el denominado Cuestionario Multimodal de Historia de Vida. A partir de los resultados aportados por la evaluación multimodal, el profesional lleva a cabo una selección de técnicas diferentes, adaptándolas a las necesidades del paciente. El multimodal aporta a los terapeutas unos cimientos comprensivos que les permite extraer los problemas sobresalientes a ser corregidos. Diferenciando las sensaciones de las emociones, las imágenes de las cogniciones, subrayando las conductas intraindividuales y las interpersonales, prestando atención al substrato biológico (Lazarus, 2000).

En general, la aplicación de la psicometría permite evaluar los trastornos mentales, emocionales y psicológicos de las personas. El modelo de prevención psicológica desarrolla, así como evalúa en la psicología aplicada: la investigación de los padecimientos psicológicos, la intervención de los mismos con métodos y técnicas eficaces.

La psicoterapia es hoy una parte integral, si no es que la principal, de la psicología clínica. En realidad, a lo largo de los últimos 50 años los psicólogos han estado a la vanguardia del desarrollo, la evaluación de formas innovadoras y efectivas de tratamiento psicológico, sin dejar a un lado las limitaciones que se encuentran al aplicar el tratamiento individual o grupal. Desde las diferentes teorías o enfoques, los psicólogos clínicos han contribuido de manera importante en el perfeccionamiento de las evaluaciones empíricas, de la efectividad de los tratamientos y de los mecanismos por medio de los cuales los tratamientos logran, asimismo mantienen sus resultados (Nathan, Stuart y Dolan, 2000).

### 2.2.3.3 INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL

Los problemas suelen responder a múltiples causas, por lo tanto, también suelen ser múltiples las soluciones. La psicoterapia cognitivo conductual implica la aplicación de un conjunto de técnicas que conjugan los principios activos de su eficacia para cada uno de los aspectos de ese problema. Por otro lado, la investigación en los últimos años ha permitido desarrollar, contrastar múltiples técnicas cognitivo conductuales eficaces para todo tipo de trastornos psicológicos y problemas clínicos, desde los más frecuentes (trastornos de ansiedad, depresivos, abuso y dependencia del alcohol (drogas), sexuales, de pareja o del sueño) hasta los considerados más graves (esquizofrenia, demencia, retraso mental o autismo) los cuales se aplican con toda clase de pacientes (Becoña y Cortés, 2010).

De hecho, aunque el hincapié en la valoración sistemática de la eficacia de sus tratamientos mediante la evaluación objetiva y la verificación empírica ha sido una constante a lo largo de la historia del enfoque cognitivo conductual, en los últimos 10 años se ha convertido como un tema aún más importante, que ha dado lugar a numerosas investigaciones, además que han ampliado el ámbito de interés no sólo a la cuestión de la eficacia de las terapias cognitivo conductuales, sino también a la de su efectividad (Compas y Gotlib, 2003).

La eficacia de los tratamientos cognitivos conductuales se centra en la identificación de cualquier cambio beneficioso en los pacientes que pueda ser atribuido con suficiente garantía a la administración del tratamiento y no a otros factores ajenos a él. Para detectar más fácilmente esos cambios o descartar cualquier explicación alternativa de su origen, los investigadores disponen las condiciones más óptimas posibles, de máximo control de todo tipo de variables extrañas y utilizan diseños experimentales controlados de grupo o de caso único que maximizan la validez de las conclusiones sobre los efectos beneficiosos del tratamiento (García, 2010).

La efectividad de los tratamientos se centra, por su parte, en la utilidad de las terapias, en saber si las terapias funcionan en la práctica habitual, si los beneficios que se obtienen en las condiciones ideales de los estudios de eficacia también se dan en las condiciones reales que se dan en la práctica profesional, cuando la intervención se pone en marcha con todo tipo de pacientes y por todo tipo de profesionales. En este caso, la aparición de efectos beneficiosos ya no depende sólo de la eficacia de la propia terapia, sino de otras variables como, por ejemplo,

la aceptación de la terapia por pacientes y profesionales, de la preparación de estos para aplicarla, etc. (García, 2010)

Aunque la investigación actual desde el enfoque cognitivo conductual es la eficacia la que ha generado más estudios, la que ha dado mayores logros. Ya que, es un elemento básico, aunque no el único. Si un tratamiento no tiene ningún efecto positivo en sí mismo, sino que sus beneficios son debidos a otro factor ajeno al mismo, merece más la pena estudiar la utilidad y los costes-beneficios de ese otro factor que los del tratamiento; igualmente, si los potenciales efectos positivos de un tratamiento no son identificables en las condiciones ideales de un estudio de eficacia, difícilmente dicho tratamiento provocará efectos positivos en las condiciones menos óptimas de la práctica profesional habitual, por lo tanto, es poco probable que su aplicación se lleve a cabo o sea realizable (Compas y Gotlib, 2003).

En este sentido, en 1998, un comité creado de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2001), dedicada a la psicología clínica, estableció unos criterios para evaluar la eficacia de los tratamientos para los trastornos psicológicos. Éstos criterios permiten hablar de una terapia eficaz para un trastorno específico en la medida que su eficacia venga avalada empíricamente por los resultados de al menos 2 estudios experimentales intergrupos, o de 10 estudios experimentales de caso único demuestren que dicha terapia es superior a un tratamiento farmacológico, a un placebo psicológico u otro tratamiento psicológico alternativo, o bien, que es equivalente a un tratamiento bien establecido. Los experimentos se deben haber realizado con un diseño adecuado, utilizando manuales de tratamiento, sobre muestras de pacientes cuyas características hayan sido claramente especificadas. Además, al menos dos grupos de investigación tuvieron que haber demostrado los efectos positivos del tratamiento de manera independiente (Gregory, 2012).

De acuerdo a estos criterios, la APA creó una lista de tratamientos psicológicos cuya eficacia estaba avalada empíricamente para ciertos trastornos específicos. La lista incluía 67 tratamientos para 33 trastornos distintos, el 85% de dichos tratamientos pertenecían a la perspectiva cognitivo conductual. Así, por ejemplo, para los trastornos de ansiedad, todos los tratamientos listados eran cognitivo conductuales, incluyendo la terapia de exposición o desensibilización sistemática y los programas multicomponentes denominados genéricamente terapias cognitivo conductuales, que suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación, otras estrategias de afrontamiento, y de exposición. Sin embargo, respecto a otros trastornos como los depresivos graves o los de la conducta alimentaria, igualmente, respecto a los trastornos de abuso y depen-

dencia de sustancias, la esquizofrenia, entre otros trastornos de comorbilidad, las psicoterapias cognitivo conductuales están limitadas (ver apartado siguiente), requieren un apoyo de sustancias químicas farmacológicas.

Además de los estudios que demuestran la efectividad de la terapia cognitiva conductual en el tratamiento de trastornos en adultos, está creciendo con rapidez la literatura que refleja que la terapia también es efectiva en los niños. Por ejemplo, varios investigadores han examinado la eficacia de la terapia cognitiva conductual en el tratamiento de la ansiedad infantil y han informado los efectos benéficos, tanto en el pos-tratamiento inmediato como en evaluaciones del seguimiento realizadas al año o a los tres años (Barrett, Dadds y Rapee, 1996). Otros investigadores han informado de resultados positivos similares en cuanto a la capacitación de habilidades de afrontamiento en el tratamiento de la depresión infantil. Esta aproximación tiene énfasis cognitivo importante en la identificación, modificación de esquemas y atribuciones depresogénicas o desadaptadas. Se ha encontrado que es efectiva en el tratamiento de la depresión en niños (Compas y Gotlib, 2003). En efecto ahora se cuenta con evidencia que sugiere que enfocarse en las cogniciones distorsionadas puede ayudar a prevenir ocurrencia de depresión en niños con un riesgo elevado de presentar este trastorno. Por último, varios investigadores han informado del uso exitoso de la capacitación en el tratamiento de conducta oposicional y agresiva en los niños (Kazdin, 1996). Sin embargo, existen limitaciones en los tratamientos cognitivos conductuales, ya sea por el tiempo de duración del mismo, por complementar el uso de fármacos, así como trastornos de índole psiquiátrico o la comorbilidad.

#### 2.2.3.3.1 LIMITACIONES DEL TRATAMIENTO EN LA PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.

En los últimos años se han producido tres avances muy importantes en el campo de los trastornos mentales. En primer lugar, se han hecho grandes adelantos en la comprensión de las bases biológicas de muchos cuadros clínicos (la esquizofrenia, la depresión o el trastorno bipolar). En segundo lugar, se ha desarrollado una nueva generación de psicofármacos (antidepresivos, así como los neurolepticos), con una mayor eficacia terapéutica y un perfil más favorable de efectos secundarios. En tercer lugar –pero no menos importante–, se han creado tratamientos psicológicos breves, efectivos para una variedad de trastornos (Bados, García y Fuste, 2002).

Sin embargo, la difusión de estos tres avances no ha sido simétrica. En los dos primeros casos la industria farmacéutica se ha ocupado de difundirlos amplia-

mente mediante diversas publicaciones gratuitas (folletos, revistas, libros, entre otros), además de los congresos financiados. Por el contrario, en el tercer caso –el desarrollo de los tratamientos psicológicos–, al no contar con un órgano de difusión tan poderoso como la industria farmacéutica, los avances se han limitado a las revistas científicas, que no llegan a suficientes sectores profesionales implicados (Echeburúa, 1998).

Por lo consiguiente, la evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas es una necesidad terminante. Porque el progreso científico de la psicología clínica requiere la delimitación de las terapias, así como de los componentes activos de las mismas. Además, porque es una disciplina que se enfrenta, como fruto de su propio desarrollo, a retos de cada vez mayor complejidad (por ejemplo, el tratamiento de los trastornos de personalidad, de los problemas de la conducta alimentaria o de las nuevas adicciones). También, porque las terapias psicológicas están ya incorporadas a clínicas, hospitales, centros de salud mental, para ofertar terapias efectivas y breves (Barlow y Hoffman, 1997).

Así que, las ventajas de la psicología clínica basada en la evidencia son claras, empíricamente validadas. Sin embargo, ya no se trata de determinar la validez de las psicoterapias en su conjunto o como aplicación a problemas psicológicos inespecíficos, sino de evaluar los tratamientos eficaces para los trastornos concretos en muestras clínicas claramente específicas. Así cuando alguien afirma que una terapia es eficaz, lo primero que se pregunta es en qué datos se basa para afirmarlo y cuáles son las pruebas que lo respaldan, ya que los niveles de evidencia no siempre son iguales (Echeburúa, Salaberría, Corral y López, 2010: 248).

Por ejemplo, en 1994 Lambert y Bergin estudiaron los diferentes tipos de psicoterapias, incluyendo la terapia cognitiva, la terapia conductual, la terapia cognitiva conductual, la psicoterapia dinámica a corto plazo, la terapia marital, familiar, y la terapia racional emotiva. Demostraron ellos que hubo un mayor tamaño del efecto para las terapias cognitivas, terapias conductuales y las terapias cognitivas conductuales, que para las terapias verbales tradicionales o las terapias orientadas a las relaciones interpersonales como los siguientes estudios lo corroboran (Compas y Gotlib, 2003).

Sin embargo, otro estudio que realizó Elkin (1994) con 250 pacientes deprimidos, con cuatro condiciones de tratamiento: terapia cognitiva conductual de Beck; psicoterapia interpersonal de Weissman y Klerman; Imipramina (medicamento antidepresivo) y una droga placebo, además, los terapeutas recibieron un entrenamiento extensivo en terapia cognitiva conductual, así como en la terapia inter-

personal, también las sesiones fueron supervisadas a lo largo del tratamiento. Ésta investigación dio como resultado una serie de análisis e informes científicos, demostró que hubo poco mejoramiento en los niveles de depresión con la terapia cognitiva conductual y terapia interpersonal, no obstante fue elevado con el medicamento antidepresivo, por lo que concluye que las terapias cognitivas conductuales no son eficaces para la depresión grave (Compas y Gotlib, 2003).

Un estudio similar pero con menor escala de sujetos (117 pacientes con niveles de depresión leve, moderada y grave), sin droga y medicamento, fue el de Shapiro, Leifer, Martone y Kassem (1990). En esta investigación se comparó la terapia cognitiva conductual con la terapia interpersonal psicodinámica en el tratamiento de la depresión. Encontraron que el tratamiento con la terapia cognitiva conductual daba lugar a una mayor mejoría en los síntomas que la terapia interpersonal psicodinámica. Sin embargo necesitaban de una extensa duración de sesiones de terapia para la depresión grave, lo que sugiere que deberían ofrecerse a los pacientes diferentes cantidades de tratamiento de acuerdo a la gravedad de su depresión.

Un patrón similar de resultados se encontró en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Como lo advierte Lambert y Bergin (1994), en los estudios empíricos de una gama de trastornos de ansiedad como la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de angustia, la conclusión clara es que las psicoterapias son más efectivas de acuerdo a la severidad del trastorno, así como del tipo de psicoterapia que se utilice.

Gould, Otto y Pollack (1995) efectuaron estudios donde comparaban la efectividad de los tratamientos psicológicos y farmacológicos para el trastorno de angustia. Encontraron que el tratamiento psicológico era más efectivo que la ausencia de él o el placebo. Sin embargo, de manera más específica, los tratamientos cognitivos conductuales fueron más efectivos. Otros estudios han obtenido resultados similares con la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo, los resultados indican que los tratamientos cognitivos conductuales estructurados, de largo plazo, son más efectivos que otros tratamientos, incluyendo la medicación.

Además, Abramowitz (1996) (Compas y Gotlib, 2003), encontró que la exposición supervisada por el terapeuta era más efectiva que la exposición autocontrolada y que la adición de la prevención completa de respuesta a la terapia de exposición producía un mejor resultado para el trastorno obsesivo-compulsivo. También, Lewandowski, Gebing, Anthony y O'Brien (1997) (Walters, 2000), demostraron que la psicoterapia cognitivo conductual es más efectiva que la medicación en el

tratamiento de la bulimia, así como la capacitación de autocontrol, para reducir el consumo del alcohol.

Aunque los estudios e investigaciones dotadas de gran validez interna, permiten el alcance terapéutico de un programa de intervención, así como su grado de eficacia terapéutica de la psicoterapia cognitivo conductual entre las otras terapias, las limitaciones radican en las circunstancias atribuibles al tratamiento en la práctica clínica habitual, que es lo que confiere a la validez externa. La psicoterapia cognitivo conductual basada en la evidencia está sujeta a diversas limitaciones: las diferencias de rendimiento de los terapeutas con una misma terapia; la variación de la gravedad de los pacientes con un mismo diagnóstico o la inexistencia de pacientes con un único diagnóstico puro (la comorbilidad), sin olvidar que distintos tipos de tratamiento pueden ser igualmente efectivos en un mismo cuadro clínico (sólo que para distintos perfiles de pacientes); la inexistencia de tratamientos eficaces y específicos para los trastornos psicóticos, así como los de personalidad (Echeburúa y Corral, 2001).

Sin embargo, a pesar de las limitaciones, gracias a la investigación experimental se poseen datos, así como procedimientos de evaluación, además tratamientos basados en pruebas que, al estar descritos como guías clínicas, permiten una actuación profesional adecuada y ayudan a la toma de decisiones terapéuticas. También, introducen a una mentalidad de autocrítica, de evaluación permanente de la actuaciones terapéuticas que conlleva normalmente una mejora de las mismas. En los últimos años cada vez con mayor frecuencia se evalúa la efectividad de las psicoterapias cognitivas conductuales, igualmente de los tratamientos en la práctica clínica (Westbrook y Kirk, 2005).

Esta diversificación de las metodologías y diseños de investigación para optimizar los tratamientos ha tenido un alcance muy relevante al ser requisito fundamental en el mundo desarrollado. La aplicación de "tratamientos eficaces" que permitan a los usuarios lograr mejoría no sólo espera un bienestar psicológico subjetivo, sino que, también, se espera la garantía de que el terapeuta que lo trata esté implementando un programa efectivo y con sólidas bases científicas que lo avalan como tal.

### 2.3 TÉCNICAS EN PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Kazdin (2001) señala que la complejidad de la vida contemporánea se encuentra correlacionada con la emergencia de una serie de fenómenos como la violencia, el delito, la carencia de hogar, abuso de sustancias, familias disfuncionales, nuevas

condiciones demográficas (aumento de madres adolescentes, familias con padres y madres solteras, familias mezcladas, ancianos físicamente activos). No obstante lo anterior, estas condiciones de vida han dado pie a que una serie de problemas psicológicos sean tratados con mayor éxito, a partir de los trabajos desarrollados en el ámbito de la psicología clínica, así como desde en enfoque cognitivo conductual, con metodologías de análisis de datos rigurosas y técnicas de evaluación estadística, aumentando el impacto de las intervenciones.

Esta terapia cognitiva conductual está ampliamente difundida, es respetada por la investigación que lo soporta y por sus resultados. Entre sus principales éxitos reconocidos se han destacado los tratamientos de trastornos tales como: ansiedad, ataques de pánico, agorafobia, fobia social, inhibiciones, depresión (leve, moderada), ira (ataques de furia), disfunciones sexuales, conflictos de pareja, entre otros.

### 2.3.1 TÉCNICAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES

Las técnicas con base cognoscitiva, son un conjunto de procedimientos que se apegan a la noción general de que el cambio conductual puede lograrse alterando los procesos cognoscitivos; los cuales actúan como punto focal del tratamiento e incluyen percepciones, autoafirmaciones, atribuciones, expectativas, creencias e imágenes. Las hipótesis que subyacen a dichas técnicas proponen que los procesos cognoscitivos desadaptados conducen a conductas desadaptadas, y que la modificación de estos procesos puede conducir al cambio conductual. La consideración de los procesos cognoscitivos es un agregado significativo a los enfoques de tratamiento, debido a que estos procesos enfatizan la manera en que el individuo percibe el ambiente; por lo cual el modo en que se hace, puede influenciar el impacto de los eventos ambientales (Kazdin, 1996).

Las técnicas cognoscitivas suelen emplearse en combinación con técnicas conductistas en los escenarios de aplicación, por lo que se ha seleccionado diversas aplicaciones de técnicas con base cognoscitivas para este trabajo.

Las técnicas con base conductual, disponen de una gran diversidad de técnicas, que pueden usarse solas o combinadas y que han sido señaladas para resolver distintos tipos de problemas. Las utilizadas son el reforzamiento negativo, el modelamiento de conducta, la desensibilización sistemática. La utilización de determinadas técnicas como el castigo o los estímulos aversivos, las eventuales repercusiones de éstas en el desarrollo emocional de los niños, le han traído al conductismo no pocas críticas y un clima de cierto rechazo popular (Kazdin, 1996).

En las técnicas de la conducta se debe saber que: Se centran exclusivamente sobre el síntoma o los síntomas que presenta el paciente como motivo de consulta, sin indagar o pretender modificar las causas de los mismos (Compas y Gotlib, 2003).

- Son de alcance limitado en trastornos más graves, pero se han mostrado efectivas en algunas manifestaciones menores como la enuresis, los tics, las fobias poco establecidas, etc.
- El terapeuta debe informarle con detalle las técnicas a utilizar en el curso de la terapia y solicitar su consentimiento del niño para llevarla a cabo.
- Sus objetivos principales son modificar, reforzar o hacer desaparecer una conducta determinada. Se llevan a cabo en sesiones sucesivas de corta duración, durante periodos más o menos largos.
- Pueden combinarse con un tratamiento a base de psicofármacos si el caso lo requiere.

### 2.3.1.1 TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Albert Ellis y su "Terapia Racional Emotiva". En 1962 crea este método de terapia donde desarrolla su modelo A-B-C. Ellis argumentaba que los acontecimientos estresantes de la vida, conocidos como eventos activadores (A), no causan una consecuencia emocional (C) como la depresión o ansiedad. En lugar de eso, Ellis afirma que son las creencias irracionales (B), o interpretaciones acerca de los acontecimientos en sus vidas, es lo que las lleva a deprimirse o ser ansiosa. Ellis cree que cuando una persona experimente un acontecimiento negativo o desagradable tiene creencias lógicas y racionales acerca de ese hecho, sin embargo también se involucra automáticamente en una serie de creencias irracionales o disfuncionales acerca del suceso. Por ejemplo, una persona dice estar deprimida y haber descendido su nivel de actividad (punto "C") a consecuencia de haberle dejado su pareja (punto "A"). Sin embargo, no es el acontecimiento quien determina, al menos directamente, tal estado emocional, sino más bien, lo que esa persona se dice en su pensamiento, en su autodiálogo interno sobre la importancia de ese acontecimiento, en base a sus actitudes o creencias personales (punto "B"). Así esta persona después de haberle dejado su pareja (punto "A") podría creer lo siguiente: "Mi vida no tiene sentido sin ella", "No podré seguir viviendo", "Esto no debería haber ocurrido", etc. (Su punto "B") llevándola a sentirse emocionalmente trastornada (punto "C"). Siguiendo este modelo A-B-C, lo importante en este caso, no sería tanto modificar el acontecimiento externo, sino hacerle consciente de sus diálogos internos auto-destructivos e irracionales y que ella misma, mediante la terapia, aprendiera a

modificarlos hacia maneras más racionales de asimilar esa experiencia (Ellis, 2000).

Por lo consiguiente, la Terapia Racional Emotiva, se basa en la opinión de que los problemas psicológicos surgen de patrones de pensamientos falsos o irracionales, estos patrones se hacen evidentes en las autoverbalizaciones que la gente se hace, es decir, las cosas que la gente se dice de sí misma. Estas verbalizaciones surgen de las suposiciones que la gente hace sobre el mundo y los eventos que le suceden. De manera más específica, algunos eventos que se presentan en la vida de las personas, en respuesta a ellos, tiene una serie de pensamientos irracionales, éstos conducen luego a una serie de emociones (como enojo, disgusto) y conductas (como actos vengativos, intentos de suicidio). Los patrones de pensamiento que típicamente se manifiestan por sí mismo en cadenas de verbalización preconsciente implícitas, surgen de suposiciones que comprenden el sistema de creencias básico del individuo (Lyons y Woods, 1991).

La esencia de la TRE se ve en el modelo de A-B-C-D-E (Ellis, 1980, 2000):

(A): Se refiere a cierto suceso real y extenso al que el individuo se expone.

(B): Se refiere a la cadena de pensamientos (autoverbalizaciones) que utiliza como respuesta a (A).

(C): Simboliza las emociones y conductas que son consecuencias de (B).

(D) se refiere a los esfuerzos del terapeuta por cambiar lo que ocurre en (B).

(E) para las consecuencias emocionales y conductuales presumiblemente benéficas previniendo trastornos psicósomáticos (Compas y Gotlib, 2003).

Es decir, los pensamientos automáticos son una charla interna o autodiálogo interno con uno mismo, a nivel mental, expresados como pensamientos o imágenes, que se relacionan con estados emocionales intensos (como la ansiedad, la depresión, la ira o la euforia). A menudo forman versiones subjetivas de las cosas que ocurren que suelen ser bastantes erróneas, en el sentido de dar una falsa imagen o interpretación de las cosas, los hechos, por lo que se le dice que están basados en distorsiones cognitivas.

Los pensamientos se diferencian de la forma de reflexionar, así como analizar los problemas que tienen las personas en estados anímicos de mayor calma o sosiego, los pensamientos racionales, intentan adaptarse a los problemas, además se analizan para resolverlos. Muy al contrario que los pensamientos racionales, los pensamientos automáticos se caracterizan por (Lyons y Woods, 1991):

**A** -Son charla interna referida a temas muy concretos: Una persona que teme ser rechazada por otros se dice a si misma: "La gente me mira y me ve estúpido". Otra

persona con temor a la contaminación de los gérmenes se repetía: "Tengo que tirar esta conserva, seguro que está contaminada.

**B** -Aparecen como mensajes recortados en forma de palabras claves: Un hombre estaba ansioso y pendiente de que en cualquier momento su corazón pudiera acelerarse, producir un infarto, se imaginó tendido en el suelo desmayado, y fugazmente se le pasó por su mente el pensamiento "Me va a dar..."

**C** -Los pensamientos automáticos son involuntarios: Entran de manera automática en la mente. No son pensamientos reflexivos ni producto del análisis o razonamiento de una persona sobre un problema. Al contrario son "reacciones espontáneas" ante determinadas situaciones aparecen fuertes sentimientos.

**D** -Con frecuencia se expresan en forma de palabras como debería de, tendría que: Aparecen a menudo como obligaciones que se imponen a uno mismo o a los demás en forma de exigencias intolerantes. Un atleta en un entrenamiento entró un segundo por debajo de su marca, rápidamente pensó: "No debería haber tenido ese fallo", apretando sus puños, mandíbula y sintiéndose irritado consigo mismo.

**E** -Tienden a dramatizar o exagerar las cosas: A menudo hacen que la persona adelante lo peor para ella. Una persona se dispone a viajar, piensa ansiosamente: "Y si ocurre un accidente".

Como los pensamientos automáticos producen errores del pensamiento, prismas recortados, desviados de los acontecimientos que ocurren, suelen ser habituales y repetitivos, pueden ser agrupados en las llamadas distorsiones cognitivas en función de los errores que se cometen (Compas y Gotlib, 2003).

### 2.3.1.2 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

La reestructuración cognitiva es una de las técnicas cognitivo conductual, más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos que dispone el terapeuta. Sin embargo, su aplicación no es nada fácil por varios motivos. Para empezar, se requiere un buen conocimiento del trastorno o trastornos a tratar. Asimismo, se necesita velocidad, creatividad de pensamiento para mantener una interacción fluida y competente con el paciente. Por último, la técnica no está tan pautaada como otras técnicas de modificación de conducta, por sus propias características, no puede estarlo en la misma medida. Además lo que piensa una persona incide de forma directa en su estado emocional, en su conducta. Para poder hacer frente al estrés y controlar su incidencia es importante controlar lo que se piensa delante de situaciones conflictivas. La reestructuración cognitiva es una técnica psicológica, el objetivo es identificar, analizar, modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas (Bados y García, 2010).

La reestructuración de los pensamientos distorsionados es uno de los propósitos principales de la terapia cognitiva. Para esto, es importante que el paciente tome conciencia de los mismos, logrando mayor objetividad de las distintas situaciones. A partir de la observación de que los estímulos simbólicos producidos por el mismo individuo, ocupan un lugar importante, Meichenbaum (1991), elaboró un método de reestructuración cognitiva basado en la hipótesis de que los eventos internos obedecen a las mismas leyes de los eventos externos. El procedimiento trata de inducir al sujeto a cambiar sus expectativas irracionales frente al resultado de sus conductas.

El aprendizaje comprende cuatro etapas (Longmore y Worrell, 2007):

- Explicar al sujeto que su temor irracional es producto de lo que piensa de la situación y no de la situación misma.
- Entrenar al sujeto a identificar las auto-verbalizaciones precisas que emiten en situaciones ansiógenas y a las cuales no había prestado atención.
- Convencer a la persona de la naturaleza irracional y autodesmoralizante de sus verbalizaciones.
- Moldear y reforzar verbalizaciones alternativas de naturaleza, constructiva e incompatibles con la ansiedad.

Goyheneix (2003), propone cuatro situaciones en la terapia para que la persona tome conciencia de la misma:

- Reconocimiento de los pensamientos automáticos: durante la sesión el terapeuta tiene que ser creativo para evocar en el paciente los pensamientos automáticos que tiene de su estado de ansiedad.
- Distorsiones del pensamiento: las distorsiones del pensamiento son la abstracción selectiva; se ignoran los logros o experiencias positivas, se magnifican los aspectos negativos, anticipando fracasos futuros.
- Pensamiento polarizado: pensamiento de “todo o nada”. Las cosas son blancas o negras, buenas o malas. Predominan las normas de “debería” consigo mismo y con los demás.
- Sobregeneralización: de un hecho puntual o parcial se extraen conclusiones generales.
- Visión catastrófica: se anticipan las peores consecuencias posibles.
- Razonamiento emocional: se le atribuye verosimilitud automática a lo que siente, rotulando los hechos.
- Siempre tienen la razón: el sujeto lucha constantemente para demostrar que no se equivoca, que sus opiniones y acciones son correctas.

- Autorreferencia: el sujeto cree que todo lo que los demás hacen, es una forma de reacción hacia él. Se compara, también, continuamente con los demás.
- Cambio de los pensamientos automáticos: el terapeuta debe cuestionar los pensamientos distorsionados del paciente, hasta que éste aprenda cuáles son y pueda cuestionarse por él mismo.

### 2.3.1.3 ENTRENAMIENTO DE INOCULACIÓN DE ESTRÉS

Este procedimiento fue desarrollado por Meichenbaum y Cameron (1974) (Meichenbaum, 1995). Su objetivo es enseñar a las personas como prepararse para enfrentar una amplia variedad de situaciones que pueden producir malestar emocional. El entrenamiento de inoculación de estrés está diseñado para ayudar a los individuos a manejar eventos estresantes como son situaciones en las que surgen ansiedad, ira o dolor.

El entrenamiento de inoculación de estrés, enseña una variedad de habilidades cognoscitivas, de autocontrol para reducir el impacto de estos eventos. El tratamiento ayuda a que las personas identifiquen eventos estresantes, asimismo las cogniciones que surgen cuando se les confronta con estos eventos; a que evalúen los eventos de manera distinta aplicando diversas estrategias de manejo, incluyendo relajación, imaginación, autoafirmaciones adaptativas, y que practiquen sus habilidades de enfrentamiento tanto en las sesiones de tratamiento como en la vida diaria. El entrenamiento ayuda a que las personas reemplacen apreciaciones (interpretaciones) cognoscitivas desadaptadas de los eventos con evaluaciones y autoafirmaciones positivas. Para lograrlo, se incluyen en el tratamiento componentes de autocontrol y cognoscitivos (Kazdin, 1996).

Entrenamiento de inoculación de estrés, no es una técnica aislada, sino un término genérico que se refiere a un paradigma de tratamiento, consistente en un plan de adiestramiento semiestructurado y clínicamente sensible. Las operaciones concretas efectuadas durante el curso del adiestramiento varían, dependiendo de la población tratada. Se combinan elementos de enseñanza didáctica, discusión socrática, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, entrenamiento en relajación, ensayos conductuales e imaginados, autorregistro, autoinstrucciones y autorreforzamiento, así como intentos de lograr cambios del entorno (Compas y Gotlib, 2003).

El entrenamiento de inoculación de estrés, está ideado para generar, desarrollar habilidades de afrontamiento de los trastornos graves psicosomáticos, no sólo

para resolver problemas inmediatos concretos, sino también para aplicarlo a dificultades futuras de problemas psicosomáticos. Proporciona a los individuos y grupos una defensa activa o una serie de habilidades de afrontamiento que les permita abordar futuras situaciones estresantes (Meichenbaum, 1995).

Ruiz & Imbernan (1996). Mencionan más específica, que la inoculación de estrés está diseñado para:

1. Enseñar a los pacientes la naturaleza transaccional del estrés y el afrontamiento.
2. Adiestrar a los pacientes para que autocontrolen pensamientos, imágenes, sentimientos y conductas a fin de facilitar interpretaciones adaptativas.

La inoculación al estrés puede ser útil en reducir la ansiedad general y la producida en situaciones sociales, el temor a hablar en público, las fobias (temores a situaciones específicas), la irritabilidad crónica y otros tipos de situaciones como la preparación al parto o los exámenes. Se puede decir que su utilidad se relaciona con identificar situaciones ante las que nos podamos preparar para afrontarlas. La técnica consiste en aprender cuatro pasos: aprender a relajarse, construir una jerarquía de situaciones de malestar emocional, seleccionar pensamientos de afrontamiento y afrontar la situación real (Ruiz & Imbernan, 1996).

#### 2.3.1.4 DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

La desensibilización sistemática es un procedimiento de mayor aplicación para la reducción de temores y fobias. Por lo general, se utiliza cuando un paciente tiene habilidades para involucrarse en conductas apropiadas o adaptadas, pero en lugar de ello evita el estímulo o situación temidos. A menudo, esta evitación adquiere la forma de fobia, la cual es un temor fuera de proporción con cualquier peligro real a un objeto o una situación particular (Compas y Gotlib, 2003).

La desensibilización sistemática, es uno de los métodos desarrollado por Joseph Wolpe (1958) (Mahoney, 1998), está dirigida específicamente al alivio de la ansiedad de desadaptación. La técnica es empleada o se induce en el paciente un estado fisiológico inhibitorio de la respuesta de ansiedad por medio de la relajación muscular, luego es expuesto a un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad. En seguida, se van presentando estímulos sucesivamente más "fuertes", que son tratados en forma semejante, este método ha dado resultado en un gran número de hábitos neuróticos, en un poco tiempo.

En esta estrategia de tratamiento, en la persona se genera una serie de eventos provocadores de temores imaginarios, y se intenta que estos se aproximen a estímulos o acciones de la vida real, que usualmente inducen ansiedad en el sujeto. Se construye una jerarquía en la cual se ordenan las escenas imaginarias de acuerdo a su potencial activador. Posteriormente se entrena al paciente en la relajación muscular profunda (Jacobson, 1938).

Según Wolpe (1974) (Bouton, Mineka y Barlon 2001), los tres componentes de la desensibilización sistemática son:

- La construcción de una jerarquía graduada de estímulos inductores de ansiedad.
- El entrenamiento de relajación.
- El apareamiento gradual de los ítems de la jerarquía con el estado de relajación. Se introduce el proceso de "inhibición recíproca".

El procedimiento de esta técnica se puede resumir en dos pasos esenciales: el primer paso es enseñar al paciente a relajar su cuerpo con la técnica de tensión-distensión (tensar y regalar los músculos). Cuando el paciente ya aprendió a relajar se inicia la fase dos, la cual consiste en crear una jerarquía de las situaciones que generan menos ansiedad hasta llegar a las que generan más, destacando que son situaciones relacionadas con la situación ansiógena y no necesariamente la situación específica (Bouton, Mineka y Barlon 2001).

### 2.3.1.5 DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO

La técnica fue inventada por Alexander Bain (1928) y adaptada por Lazarus (1966, 2000), con la finalidad de tratar los pensamientos obsesivos y fóbicos. Es una técnica de autocontrol emocional efectiva para tratar pensamientos obsesivos, así como los fóbicos, cuando el problema de conducta está localizado a nivel del pensamiento, éstos como sus imágenes asociadas se sienten desagradables, además conducen a estados emocionales perturbadores (Mahoney, 1998).

Las obsesiones son pensamientos repetitivos, extraños que no se adaptan a la realidad, son perjudiciales, improductivos, producen ansiedad, asimismo pueden afectar a las relaciones sociales e interpersonales. Son numerosos los ejemplos de obsesiones: las preocupaciones excesivas por la salud, pensamientos de inadecuación sexual persistentes, dudas referidas a sí mismo (creer que no vales nada, baja autoestima, "seré incapaz de hacer esta tarea bien"), tener miedos injustificados, nombramiento repetitivo de un color, creer que te están engañando

tus familiares o amigos cercanos, pensamientos de tipo religioso, preocupación por envejecer, por celos o miedo a que lo abandonen (Caballo, 2007).

Las fobias son reacciones intensas de miedo ante situaciones, cosas, animales, que se evitan con todos los recursos disponibles. Ejemplos clásicos son las fobias a las serpientes, cucarachas y otros insectos, a la oscuridad, ascensores, a volar, etc. Experimentalmente se ha comprobado que los pensamientos negativos, de miedo preceden a emociones igualmente negativas y desajustadas. Si se es capaz de controlar este tipo de pensamientos, los niveles de estrés, ansiedad y otras emociones perturbadoras disminuirán de forma importante, e incluso hasta desaparecer (García, 2004).

Por ello, la técnica de detención del pensamiento consiste en concentrar los pensamientos no deseados, después de experimentarlos durante un breve periodo de tiempo, detener y "vaciar" la mente. Se utilizan varios procedimientos para interrumpir los pensamientos desagradables: la orden de "alto", algún ruido fuerte, tirar de una goma elástica puesta en la muñeca, pellizcarse (Caballo, 2007).

El éxito de la técnica está asegurado por 3 razones, según García (2004):

- La orden de "alto" sirve de castigo, según los principios del condicionamiento operante la conducta que es sistemáticamente castigada tiende a desaparecer.
- La orden de "alto" sirve como distractor que resulta incompatible con los pensamientos inadecuados.
- La detención del pensamiento constituye una respuesta positiva que se sigue con pensamientos sustitutos de tranquilidad, relajación, afirmaciones de autoaceptación, que en definitiva son recompensas.

Es común que el terapeuta se encuentre con pacientes que sufren de angustia considerable resultante de pensamiento, sobre los que tiene dificultad de control. Esta clase de pensamiento o preocupaciones no se orienta a la solución del problema, por lo tanto, son autoderrotantes. La técnica básica es directa; se pide al paciente que se concentre en pensamientos que inducen a la ansiedad, de manera repentina, después de un breve periodo, el terapeuta dice en forma enfática: "alto", cuando este procedimiento se va efectuando varias veces (y el paciente informa que sus pensamientos fueron efectivamente interrumpidos o bloqueados), la ubicación del control pasa del terapeuta al paciente. Particularmente, se espera que el paciente emita la palabra "alto" siempre que comience a tener pensamientos meditativos de autoderrota (Mahoney, 1998).

### 2.3.1.6 IMPLOSIÓN E INUNDACIÓN

Kanfer y Goldstein (1992), mencionan que en la terapia implosiva se utiliza la presentación mediante la imaginación del material que provoca ansiedad. Pero a diferencia de la desensibilización, la terapia implosiva exige que desde el principio el paciente imagine una escena muy temida, amenazadora durante un periodo de tiempo prolongado sin existir entrenamiento previo en la relajación. El objetivo de la terapia implosiva es producir en el paciente una experiencia aterradora de tal magnitud que reduzca realmente el miedo producido por una situación concreta en vez de incrementarlo. Además ellos indican que éste método incorpora principios de la teoría del aprendizaje y las teorías psicodinámicas. Aunque afirman que los miedos, así como la ansiedad asociada con ellos son aprendidos, no reconocen que estos miedos pueden ser reducidos con más eficacia que utilizando el contracondicionamiento. También, consideran que una persona puede desaprender un miedo, utilizando un procediendo basado en la extinción. La extinción se refiere a la reducción gradual en la ocurrencia de una respuesta de ansiedad, como resultado de una exposición continúa a los estímulos que produce el miedo en ausencia del reforzamiento. En terapia, este proceso se lleva a cabo haciendo que el terapeuta represente, establezca o reproduzca simbólicamente los estímulos a los que se ha condicionado la respuesta de ansiedad, sin representar el reforzamiento contingente que hace que la respuesta se mantenga.

La inundación es una exposición prolongada a los estímulos fóbicos. La idea básica de la técnica de inundación es el enfrentamiento del sujeto a la situación real temida con la consecuente extinción de la ansiedad. Se realiza con la intervención del terapeuta para impedir la conducta de huida. Los pacientes se ven obligados a soportar así niveles de ansiedad muy altos, por lo que es conveniente que esta técnica no se aplique cuando el sujeto no se encuentre en plenas condiciones físicas. Una persona expuesta a una situación ansiógena sufrirá, lógicamente una reacción interna de ansiedad (Vallejo y Gastó, 2000).

Los autores en esta modalidad de tratamiento sitúan la duración mínima de las sesiones en 2 horas. De esta forma el sujeto puede experimentar el descenso de la ansiedad y comprueba cómo no ocurre ninguna de las catástrofes que imagina (Vallejo y Gastó, 2000). Por lo tanto, en la inundación se expone al sujeto a los estímulos generadores de ansiedad, impidiéndole al mismo tiempo llevar a cabo una respuesta de evitación, a fin de eliminar dicha respuesta de evitación. Se basa en los principios de sensibilización y habituación, en las cuales la exposición repetida a estímulos ansiógenos durante un periodo amplio de tiempo hará que esos estímulos pierdan la capacidad de provocar ansiedad.

### 2.3.1.7 LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

La resolución de problemas es una técnica ampliamente utilizada por terapeutas cognitivos para ayudar a las personas dentro del marco de una terapia. Esta habilidad parte de la idea de que los problemas con los que se vive y que no se resuelven generan un malestar acumulativo que puede terminar en enfermedades psíquicas o físicas. La finalidad es desarrollar una estrategia general encaminada a buscar soluciones.

Este método fue desarrollado por D'Zurilla y Goldfried (D' Zurilla, 1993). Consiste en una estrategia de cinco componentes para encontrar solución a cualquier tipo de problema. Los cinco componentes son: a) orientación del conflicto, b) formulación y definición del conflicto, c) elaboración de soluciones alternativas, d) toma de decisiones, f) implementación de la solución y verificación. Además ellos entendieron como problema cualquier situación que requería una respuesta eficaz que no se encontraba.

Dentro de este proceso se da una serie de conductas que necesitan definición, Hastie (2001), plantea una serie de definiciones que sirven perfectamente para aclarar el proceso de toma de decisiones, que es una parte de la resolución de problemas:

- Decisiones. Son combinaciones de situaciones y conductas que pueden ser descritas en términos de componentes esenciales: acciones alternativas, consecuencias, sucesos inciertos.
- Resultado. Son situaciones representadas públicamente que ocurrirían cuando se lleven a cabo las conductas alternativas que se han generado. Como todas las situaciones son dinámicas y suponen que si se continúa la acción el resultado puede variar.
- Consecuencias. Son las reacciones evaluativas subjetivas, medidas en términos de bueno o malo, ganancias o pérdidas, asociadas con cada resultado.
- Incertidumbre. Se refiere a los juicios de quién toma la decisión de la preferencia de cada suceso de ocurrir. Se describe con medidas que incluyen probabilidad, confianza, y posibilidad.
- Preferencias. Son conductas expresivas de elegir, o intenciones de elegir, un curso de acción sobre otros.
- Tomar una decisión se refiere al proceso entero de elegir un curso de acción.

- Juicio. Son los componentes del proceso de decisión que se refieren a valorar, estimar, inferir qué sucesos ocurrirán y cuáles serán las reacciones evaluativas del que toma la decisión en los resultados que obtenga.

Según las definiciones antes mencionadas, el proceso de toma de decisiones se busca encontrar una conducta adecuada para una situación en la que haya una serie de sucesos inciertos. La elección de la situación es un elemento que entra en el proceso, para elegir los elementos que son relevantes, evadir los que no lo son, además se analizan las relaciones entre ellos. Una vez determinada la situación, para tomar decisiones es necesario elaborar acciones alternativas, extrapolarlas para imaginar la situación final para evaluar los resultados teniendo en cuenta la incertidumbre de cada resultado y su valor (García, 2006).

En el modelo de D'Zurilla y Goldfried (D' Zurilla, 1993) se consideran dos dimensiones: La primera dimensión es una orientación al problema que incluye las creencias sobre el control que ejerce el individuo sobre la resolución de sus problemas. A su vez tiene dos factores basados en la teoría de la autoeficacia de Bandura (1998):

1. La creencia en la autoeficacia, en la resolución de los problemas. Basada en la expectativa de eficacia.
2. La creencia que los problemas de la vida se pueden resolver. Basada en la expectativa de resultado.

La segunda dimensión es una serie de pasos que configuran un proceso ideal de resolución de problemas y toma de decisiones. La primera orientación positiva al problema puede dar lugar a:

1. Ver los problemas como retos.
2. Ser optimista en el sentido de que los problemas tienen solución
3. Percibir que se tiene una fuerte capacidad para enfrentar los problemas.
4. Estar dispuesto a invertir tiempo y esfuerzo en su solución.

Una orientación negativa al problema implica ver los problemas como amenazas.

1. Creer que son insolubles.
2. Dudar de la propia habilidad para solucionarlos.
3. Frustrarse y estresarse cuando se encuentran frente a un problema.

En resumen, la forma más importante, una orientación positiva al problema induce al sujeto a enfrentarse a él, mientras que la orientación negativa le prepara para evitarlo (Bandura, 1998).

### 2.3.1.8 ENTRENAMIENTO ASERTIVO

Las técnicas de adiestramiento asertivo están basadas, en un grado considerable, en los escritos de Wolpe (1993), en menor grado, en los de Andrew Salter (Wolpe, 1993). Las técnicas específicas de Salter se presentan en forma breve:

- El empleo de entrenar los sentimientos, implica la práctica de expresar literalmente cualquier sentimiento.
- El empleo de la expresión facial, implica la práctica de expresiones faciales que normalmente acompañan a diferentes emociones.
- Práctica en expresar una opinión contraria cuando se está en desacuerdo.
- Práctica en el uso (implícito o explícito) del pronombre yo.
- Práctica en concordar cuando se le alaba a uno.
- Práctica en improvisar.

La conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta, relativamente recta de los sentimientos con riesgo de perder la aprobación social. En términos simples, el entrenamiento asertivo abarca todo procedimiento terapéutico que tiende a incrementar la capacidad del paciente para adoptar esa conducta de manera socialmente apropiada. Usualmente las metas conductuales incluyen la expresión de sentimientos negativos como el odio, el resentimiento, pero a menudo los procedimientos asertivos se emplean para facilitar la expresión de sentimientos positivos, como el afecto o el elogio (Compas y Gotlib, 2003).

La asertividad incrementada beneficia al paciente en dos formas significativas: en primer lugar se considera que comportándose de manera más asertiva inspirará al paciente un mayor sentimiento de bienestar. Wolpe (1993), consideraba que la respuesta asertiva es muy similar a la relajación muscular profunda, en cuanto a su capacidad para inhibir recíprocamente la ansiedad.

La técnica más comúnmente utilizada en el entrenamiento asertivo es el ensayo de la conducta. Esta técnica requiere que el paciente y el terapeuta representen interacciones personales pertinentes. Generalmente la mayor parte del tiempo el paciente hace el papel de sí mismo y el terapeuta representa el papel de una persona importante de la vida él o de otra persona, según lo requiera la situación que se representará. En dicha representación el paciente responde como generalmente lo hace, esto sirve para que el terapeuta escuche y observe la manera en que el paciente dice las cosas. Posteriormente se intercambian los papeles, así el terapeuta contesta de manera asertiva en la situación, también el paciente observa para después intentarlo (Wolpe, 1993).

### 2.3.1.9 MODELAMIENTO

Dicho de una manera más simple, el concepto de moldeamiento de una conducta por medio del reforzamiento requiere que la conducta se emita primero, y luego se refuerza. Cautela (1983) (Mahoney, 1998), menciona que el modelamiento encubierto se dirige al sujeto una repetición simbólica de la conducta apropiada. La evidencia empírica relativa a los efectos del modelamiento encubierto, aún es preliminar. El procedimiento básico del modelamiento es muy simple: consiste en exponer al paciente ante uno o más individuos presentes o filmados (simbólico) que demuestren las conductas que el paciente habrá de adoptar.

El modelamiento u aprendizaje vicario, se refiere al aprendizaje que se logra al observar la ejecución de alguien que participa en las conductas que se desea desarrollar. A través de la observación, los pacientes adquieren respuestas deseadas sin llevarlas a cabo (Mahoney, 1998).

Bandura (1982) (Kazdin, 1996) propuso que el modelamiento logra sus efectos alterando los procesos cognoscitivos; el observador ve al modelo desempeñarse pero no participa en la conducta. Una hipótesis es que las conductas modeladas se adquieren al cambiar los procesos mentales cognoscitivos que codifican los eventos observados. El hecho de que la conducta se efectúe puede depender de una variedad de circunstancias, como los incentivos para desempeñar la respuesta, pero la codificación de estas conductas (su almacenamiento en la memoria) suele verse como la base de los efectos del modelamiento.

Hay cuatro funciones básicas que proporcionan los procedimientos de modelamiento (Mahoney, 1998):

1. Adquisición
2. Facilitación
3. Desinhibición
4. Sustituto o la extinción directa del miedo

Muchas de las aplicaciones del modelamiento implican la participación del paciente en la conducta modelada inmediatamente después de la demostración, con suministro de reforzamiento para el paciente cuyo desempeño es correcto. Hay diversos rótulos para referirse a los procedimientos que implica la participación del paciente. En las secuencias de modelamiento que se basan en la presentación sistemática y graduada de conductas con dificultad creciente es frecuente el uso de modelamiento graduado (Bandura, 1997).

### 2.3.1.10 MANEJO DE CONTINGENCIAS

El manejo de contingencias es un término que describe cualquier técnica operante que intenta modificar una conducta por medio del control de sus consecuencias. En la práctica, el manejo de contingencias como lo refiere Bernstein (1982) (Caballo, 1991), consiste en la presentación contingente o retiro de los reforzadores, así como de los estímulos aversivos que suceden a determinadas conductas. El término "contingente" simplemente significa que la manipulación de las consecuencias ocurre, si y sólo si, ha ocurrido la conducta que se planea fortalecer o debilitar (Caballo, 1991).

El manejo de contingencias va a consistir de acuerdo con Rimm y Masters (1984) (Caballo, 1991), en la presentación, en el retiro contingentes de recompensas y castigos. Aunque el terapeuta puede utilizar estos procedimientos, es más factible asimismo efectivo que capacite a otros para que operen como administradores de contingencias, por ejemplo, a los padres, que de manera más directa están envueltos en la vida del individuo bajo tratamiento.

Al respecto, Wielkiewicz (1993), señala que el manejo de contingencias se basa en la modificación de conducta y el aprendizaje, donde se supone que la conducta tanto adaptativa como desadaptativa se aprenden, que la estrategia más aconsejable para remediar la conducta problema consiste en estructurar el ambiente del paciente, para que reciba retroalimentación, además apoyo por su conducta deseable. El término de manejo conductual se refiere al proceso de aplicación de los principios de aprendizaje para remediar o modificar problemas conductuales. A pesar de que el método se centra en el comportamiento abierto más que en los estados mentales internos, se considera que el comportamiento verbal y las respuestas encubiertas están controladas de la misma manera.

El manejo de contingencias es un término usado para describir una clase de procedimientos basados en los principios del condicionamiento operante que cambian la conducta, controlando sus consecuencias. Las terapias basadas en el manejo de contingencias (en particular, el empleo de incentivos contingentes, a la asistencia a las sesiones o a la implicación en actividades alternativas) son estrategias de intervención (Klein, 1994).

La utilización de reforzamiento, así como el no reforzamiento para controlar la conducta de las personas fue denominada en un principio modificación de conducta. La modificación de conducta se refiere, sin embargo, a cualquier tipo de tratamiento conductual. Por tanto, los terapeutas de la conducta utilizan ahora el

término manejo de contingencias, para referirse a la utilización de contingencias de reforzamiento y no reforzamiento, para incrementar la frecuencia de conductas apropiadas, para eliminar o reducir respuestas inadecuadas (Klein, 1994).

Hay tres fases en la aplicación eficaz de un programa de manejo de contingencias (Klein, 1994).

1. La fase inicial de la terapia consiste en medir la frecuencia de las conductas apropiadas e inapropiadas, así determinan las condiciones bajo las que se producen estas conductas operantes; se identifica también el reforzamiento que mantiene la conducta inapropiada, así como los reforzadores potenciales para las conductas adecuadas.
2. En la segunda fase de la terapia se estipulan las relaciones entre la respuesta y el reforzamiento. Además se establece el método para la administración de la contingencia, de reforzamiento sobre las conductas apropiadas.
3. En la tercera fase de la terapia se aplica el tratamiento, se evalúan los cambios producidos en la respuesta durante y después del tratamiento.

Este procedimiento asegura que los cambios conductuales se deben a la terapia, al igual que esos cambios se mantienen una vez concluido el tratamiento formal. Además los programas de modificación de la conducta son: reforzamiento continuo, reforzamiento intermitente, reforzamiento de razón y programas de intervalo.

La contingencia: En su forma más simple, administrar contingentemente un reforzador consiste en dispensarlo siguiendo a una conducta deseada (una cuya frecuencia se quiera aumentar), cuidar que el reforzador sea otorgado solamente después de la conducta deseada. En los procedimientos de que han de preceder a cualquier manipulación de contingencias, es necesario que se establezca la relativa frecuencia o infrecuencia de la conducta de que se trata, a este procedimiento se le llama medición de línea base (Kazdin, 1996).

### 2.3.1.11 PROGRAMA DE ECONOMÍA DE FICHAS

Los programas de economía de fichas representan aplicaciones de los principios del manejo de contingencias a grupos de personas más que a individuos. De hecho, es un sistema basado en los principios del manejo de contingencias, las personas reciben una recompensa con fichas contingentes a su desempeño o conducta. Por lo tanto, la economía de fichas consiste en el establecimiento o reorganización de las contingencias ambientales mediante el control de los

estímulos reforzadores que existen en el ambiente del sujeto. Para conseguirlo se utiliza un reforzador generalizado, artificialmente establecido para esta tarea, cuya emisión se puede controlar de forma completa. El reforzador utilizado debe tener una dimensión física: fichas, puntos, pegatinas, dinero, calificaciones (Caballo, 2001)

Es una técnica flexible, de fácil aplicación, de gran éxito con niños. Sirve tanto para aumentar como para disminuir conductas. Es un caso especial de la aplicación del refuerzo, de la extinción. En vez de utilizar los premios o reforzadores directamente, se emplean fichas que después se intercambiarán por una variedad de actividades agradables y bienes de consumo. Los privilegios utilizados como premio sólo podrán obtenerse a través de fichas, si es necesario, las conductas indeseables se eliminan empleando la técnica de la pérdida contingente de las mismas (Compas y Gotlib, 2003).

Sus ventajas son claras: es un sistema independiente del estado momentáneo de privación, evita el problema de la saciedad, no interrumpe la conducta, enseña autocontrol (demora del reforzamiento). Implica cuatro pasos (Caballo, 2001):

1. La definición específica y clara de los objetivos.
2. Elección de diversos incentivos o premios a los que se podrá acceder mediante la realización de conductas específicas, además fijación de “precios en fichas” para cada uno de ellos.
3. Uso y cambio “monetario” de las fichas como incentivo.

Se considera tener en cuenta para un programa de economía de fichas (Ruiz y Cano, 2002):

1. Las fichas deben administrarse una vez realizada la conducta, con la mayor rapidez posible.
2. El tipo de fichas (puntos, estrellas, dinero...) dependerá de las características del individuo.
3. La persona han de elegir entre diversos premios para intercambiar.
4. Debe mantenerse un equilibrio entre las fichas que se ganan y las que se gastan.
5. Que no cueste demasiado y se dé por vencido; que no cueste tan poco que se pueda llegar a saciar.
6. El precio de los premios debe estar ajustado a la frecuencia de su consumo, a las preferencias de la persona, a su coste económico.
7. También se tendrá en cuenta la numeración que la persona conozca.
8. Es conveniente fijar cuándo se van a hacer los intercambios y estipular un sistema de ahorro (todos los días puedo obtener pequeños reforzadores, ahorrar para conseguir un refuerzo mayor).

Los programas de economía de fichas se han desarrollado y utilizado de manera general con poblaciones institucionalizadas. Un aspecto importante es que se cuenta con evidencia empírica de que las conductas aprendidas y reforzadas en un sistema de economía de fichas se generalizan fuera de su ambiente específico (Mohanty, Pati y Kumar, 1998). Por ejemplo, un estudio donde se aplicaba un programa de economía de fichas, organizado de manera sistemática, describía el uso de fichas y reforzadores para incrementar conductas socialmente deseables en una muestra de pacientes psiquiátricos hospitalizados quienes eran capaces de permanecer fuera del hospital, después de ser dados de alta en el que los pacientes que recibieron cuidado hospitalario tradicional (Compas y Gotlib, 2003).

### 2.3.1.12 AUTOMONITOREO

Kazdin (1996), menciona que el automonitoreo consiste en observar la propia conducta de modo sistemático. La mayoría de la gente no está por completo consciente del grado en el que se involucra en diversas conductas, ya que de manera habitual son automáticas y rara vez observa su conducta. Sin embargo, cuando a las personas tienen la oportunidad de observar con cuidado su propia conducta, suelen presentarse cambios muy notables. Las razones de por qué el monitoreo altera la conducta, no están claras por completo, la información obtenida a través de la observación cuidadosa puede proporcionar una retroalimentación importante sobre el nivel de la conducta de una persona. La información transmite si la conducta se desvía de un estándar de desempeño impuesto de manera personal o cultural. Si la conducta se aparta de un nivel aceptable, puede iniciarse la acción correctiva, hasta que el nivel se haya conseguido (Kanfer & Goldstein, 1992). El automonitoreo puede ser efectivo porque el acto de observación, puede adquirir propiedades reforzantes o punitivas. Aunque no está completamente claro por qué es efectivo, se ha aplicado de manera amplia como una técnica terapéutica (Kazdin, 1996).

### 2.3.2 TÉCNICAS ESPECIALES

Una técnica especial es un método, procedimiento o actividad que ayuda a una persona a relajarse, es decir, reducir su tensión física, así como la mental. Generalmente permiten que el individuo alcance un mayor nivel de calma reduciendo sus niveles de estrés, ansiedad o ira. La relajación física y mental está íntimamente relacionada con la alegría, la calma y el bienestar personal del individuo. Las técnicas de relajación a menudo se emplean en los programas de control del estrés y están vinculadas con la psicoterapia.

### 2.3.2.1 RELAJACIÓN PROGRESIVA

Las técnicas de relajación constituyen un conjunto de procedimientos de intervención útiles no solo en el ámbito de la psicología clínica, sino de la aplicada en general (Caballo, 2001). Sin embargo, Bernstein (1998), define la relajación progresiva como el resultado de concentrar la atención en un estímulo suave que no tenga muchos cambios, dejando que los pensamientos se vayan de la cabeza y manteniendo la atención en el estímulo.

Edmund Jacobson (1929, 1938) (Bernstein, 1998), es el creador del método de relajación conocido como relajación progresiva. A principios de siglo concibió un método para relajarse cuya finalidad era la de provocar una tranquilidad mental al suprimir progresivamente todas las tensiones musculares. Este método pretende un aprendizaje de la relajación progresiva de todas las partes del cuerpo. Jacobson descubrió que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. La culminación de los estudios fue la relajación progresiva (1938). Desde 1936 hasta los años sesenta, Jacobson continuó sus investigaciones en el laboratorio de fisiología clínica de Chicago. Desde 1962, el procedimiento básico de relajación incluyó quince grupos de músculos. Cada grupo era tratado en sesiones que iban de una a nueve horas diarias, con un total de 56 sesiones de entrenamiento sistemático.

Los procedimientos de Wolpe fueron similares a los de Jacobson en cuanto a tensar y relajar los grupos de músculos para conseguir la relajación profunda. Sin embargo, el terapeuta, en este caso, dirige todos los aspectos del procedimiento a través de instrucciones verbales presentadas durante las sesiones de entrenamiento. Los terapeutas de Wolpe empleaban la sugestión directa e incluso procedimientos hipnóticos para facilitar el conocimiento de las sensaciones corporales (Bernstein, 1998).

La práctica de la relajación para afrontar la ansiedad en las situaciones interpersonales, implica la capacidad de ocupar en ella una parte de atención, mientras se deja libre otra parte de la mente para atender otras tareas o cuestiones. Una vez que se seleccionan los pensamientos de afrontamiento es deseable que se vuelva a recorrer la jerarquía, paso a paso, mientras lo hace se imagina pasando por las distintas fases, repitiéndose los pensamientos seleccionados (preparación a la situación, combinándolos con la relajación) (Bernstein, 1998).

### 2.3.2.2 ENTRENAMIENTO AUTÓGENO

El entrenamiento autógeno es una técnica psicoterapéutica basada en la concentración pasiva en sensaciones físicas. Está más próximo a las técnicas de meditación que a las de sugestión o a la hipnosis. Constituye la base de los métodos de psicoterapia autógena. Shultz Y Luthe (1987) (Compas y Gotlib, 2003) elaboraron un método de terapia que utiliza mucho la autosugestión. Su técnica consiste en enseñar control de las funciones del organismo y de la imaginación por medio de autosugestión. El terapeuta mantiene un control cerrado a lo largo del entrenamiento y observa minuciosamente el progreso del paciente, ayudando a superar cualquier dificultad que éste encuentre.

La terapia empieza con sugerencias sencillas, del tipo de que el brazo izquierdo se va a relajar. Gradualmente se incorporan otros miembros y grupos de músculos. Hasta obtener un control satisfactorio sobre los músculos, se hacen sugerencias para controlar varios sistemas de órganos. La cuestión es que las sugerencias repetidas sobre funciones concretas hacen que se ejerza control sobre ellos. El paso siguiente se demuestra al paciente cómo puede conseguir una concentración profunda. La técnica básica consiste en imaginar que están desplazando hacia abajo, haciendo que todas las cosas de alrededor se eleven de tal manera que sus pensamientos, las palabras se conviertan en la única cosa importante. Hay varias maneras de sugerir esta profundización (Kanfer y Goldstein, 1992).

Requisitos básicos para obtener una relajación autógena adecuada:

- Debe ser un lugar apropiado, un sitio bien ventilado y con poca luz.
- Ropa cómoda.
- Posición: acostado o sentado.
- Se sugiere una postura cómoda con los ojos cerrados y que diga mentalmente que se encuentra tranquilo y reposando.

En la aplicación de estas técnicas de la intervención cognitivo conductual, existe una diferencia fundamental entre niños y adultos. Los métodos, así como las técnicas sobre los adultos presuponen que la conducta no adaptativa o las emociones negativas provienen de una distorsión en las representaciones cognitivas de los eventos. Las intervenciones cognitivo conductual con los niños, en contraste, son frecuentemente asociados a radiar una deficiencia en las habilidades cognitivas del niño. La impulsividad, la hiperactividad y las dificultades en la atención, por ejemplo, pueden reflejar una ausencia de estrategias mediacionales efectivas de regulación de la conducta.

## CAPITULO III

# MODELO DE PREVENCIÓN PSICOLÓGICA

La investigación en los últimos años en el contexto de la prevención psicológica se orienta básicamente hacia la planeación, aplicación de modelos preventivos, de promoción e investigación, así como el diseño de actividades encaminadas a la práctica de la psicoterapia de los trastornos psicológicos, bajo los principios de la ciencia de la prevención (Jiménez Flores, 2001).

### 3.1 LA CIENCIA DE LA PREVENCIÓN

El concepto de prevención se orienta al estudio del desarrollo humano, precisamente en el examen de las causas y remedios para la atención de un trastorno psicológico. En las últimas décadas se ha desarrollado una nueva disciplina de investigación llamada **ciencia de la prevención**, la cual se encuentra relacionada con la psicología, el desarrollo humano y la educación (Coie, Watt, Hawkins, Asarnow, Markman, Ramey & Long, 1993).

Santacreu (Becoña, 1995) coincide que la educación preventiva debe dirigirse a la formación integral de las personas capaces de evaluar las consecuencias de su conducta, dar respuestas responsables, autónomas, además críticas a diversas situaciones. Propone un modelo bio-psico-social del comportamiento, que siempre debe darse a dos niveles: por una parte, sobre la población específica (sujetos) y por otra, sobre los ecosistemas relacionados con ésta (mediadores indirectos: políticos, medios de comunicación, entidades colaboradoras, así como la familia; y mediadores directos: escuela). También Becoña, (1995) coincide en el concepto de prevención en sus dos acepciones de acción, la anticipada y de advertencia (nivel primario), que esta vinculada tradicionalmente a la medicina, mucho más recientemente a la psicología.

Por lo anterior, se establecieron los pasos de la ciencia de la prevención en el campo teórico práctico, utilizando la terminología de prevención primaria, secundaria y terciaria (Caplan y Caplan, 1997). Esta división tripartita ha sido, aunque todavía es algo que utilizan muchos profesionales en la prevención de la salud pública. Otros la critican, pero proponen conceptos alternativos (por ejemplo prevención, intervención y rehabilitación).

La prevención primaria, incide antes que se presente el trastorno; la prevención secundaria, consiste en la detección temprana de éste en los sujetos y la intervención para contrarrestar los factores de riesgo, reforzar los factores

protectivos; y la prevención terciaria es el procedimiento médico o psicológico (Massun, 1991).

No obstante, Caplan (1980) (Becoña 1995) considera estos tipos de prevención: la primaria, la secundaria y la terciaria, en el sentido clásico de la salud: en prevención primaria, se interviene antes de que se presente el trastorno, además tiene como misión impedir la aparición del mismo. Es el tipo de prevención más deseable. En la prevención secundaria, el objetivo es localizar, así como tratar lo antes posible a éste, cuya génesis no ha podido ser resuelta por las medidas de prevención primaria. Además que, se refiere a todas aquellas intervenciones dirigidas a mejorar las capacidades físicas, psicológicas y sociales de las personas para lograr que puedan desarrollar una vida mejor. Y finalmente la prevención terciaria, que se lleva a cabo algún tiempo después de que el trastorno se haya declarado, su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Sin embargo, Frank y Elliott (2000) han propuesto sustituir la denominación de prevención terciaria por otro concepto como el de rehabilitación. Ésta no tiene nada que ver con la prevención, es por ello que la rehabilitación o recuperación del trastorno, hoy en día se incluye bajo la denominación de rehabilitación psicosocial o física. Esa conclusión parece mucho más oportuna, ya que, la acción de la rehabilitación busca recuperar las capacidades y competencias perdidas o “deficientes”, después de haber padecido un trastorno (Frank & Elliott, 2000).

De acuerdo a lo antes mencionado y a lo que propone Massun (1991) los términos descritos como prevención primaria, secundaria y terciaria son términos tomados del vocabulario médico, y no siempre convienen cuando se trata de la prevención de problemas relacionados con los trastornos psicológicos, porque estos son mucho más socioculturales que médicos. Este autor, plantea que en términos psicológicos conviene utilizar únicamente los términos prevención primaria y secundaria.

### 3.1.1 LA PREVENCIÓN PRIMARIA

Se utiliza la prevención primaria en todas aquellas acciones dirigidas a reducir la incidencia de un determinado trastorno. Por incidencia se refiere al número de nuevos casos de un trastorno diagnosticado durante un período de tiempo. Su objetivo es intervenir en poblaciones que no presentan síntomas (asintomáticas), independientemente de que se hallen en situación de riesgo o no (Becoña, 1995).

Fernandez-Rios (2004), menciona que la prevención primaria es la única estrategia preventiva. Dentro de ella, dependiendo del objetivo de la intervención y población a la cual van dirigidas las acciones se podría distinguir entre:

a) Prevención primaria proactiva centrada en el sujeto. Son aquellas intervenciones preventivas orientadas a que los individuos no lleguen a padecer los efectos negativos derivados de la exposición a factores de riesgo. Por definición, este tipo de prevención se realiza sobre individuos antes de que manifiesten el trastorno que se pretende evitar y sin que presenten características específicas que los hagan especialmente vulnerables a padecerlo.

b) Prevención primaria proactiva centrada en el contexto. Presenta como objetivo la acción preventiva sobre diversos aspectos del ambiente o contexto social en el cual viven y trabajan los sujetos. Con este tipo de intervención se procura evitar la exposición de los individuos a los factores de riesgo ambientales relacionados con una problemática determinada.

c) Prevención primaria reactiva centrada en el sujeto. Su objetivo es intervenir sobre individuos que presentan alto riesgo de llegar a padecer un trastorno concreto. El objetivo de estas intervenciones es anticiparse a la aparición de los problemas para que, si llegan a producirse, los individuos estén preparados. Lo que intenta es construir individuos competentes para afrontar situaciones de riesgo que puedan presentarse.

### 3.1.2 LA PREVENCIÓN SECUNDARIA

Prevención secundaria, bajo esta denominación se agrupan aquellas acciones dirigidas a reducir la prevalencia de un determinado trastorno o cualquier problema social. La prevalencia se refiere al número de casos de un trastorno que existe en un período de tiempo determinado. Se diferencia del concepto de incidencia porque se tiene en cuenta tanto los nuevos casos diagnosticados durante ese periodo de tiempo, como los que ya existían previamente y se mantienen (García, 2007).

En la práctica, la prevención secundaria se basa en detectar de forma temprana los primeros síntomas de un determinado trastorno. El objetivo es ofrecer una respuesta rápida, evitar que ese problema llegue a desarrollarse en toda su intensidad o se haga crónico. Por ejemplo, un acto preventivo sobre la conducta delictiva podría consistir en identificar dentro de la educación primaria a aquellos alumnos que presentan conductas agresivas. El paso siguiente sería establecer intervenciones dirigidas a fomentar su autocontrol y la adquisición de habilidades de resolución de conflictos más adecuadas para evitar que esas conductas violentas vayan a más. Otra intervención podría ser la acción centrada sobre

sujetos que presentan ciertas características del trastorno de la depresión (déficit de autoestima, sentimientos de indefensión, atribuciones negativas, pesimismo, expectativas negativas acerca del propio sujeto, el mundo y el futuro, etc.), para desarrollar habilidades que les permitan afrontar esos síntomas, así evitar que el trastorno depresivo crezca a toda su intensidad. Los ejemplos que se han mencionado anteriormente son intervenciones que se pueden denominar como prevención secundaria focalizada en el sujeto (Fernández-Ríos, 2004).

Por lo tanto, su meta es intervenir sobre individuos que empiezan a manifestar ciertos trastornos, pero que todavía no presentan un problema determinado, para evitar que lleguen a desarrollarlo. Otro tipo de acciones serían las que se incluyen dentro de la prevención secundaria reactiva centrada en el contexto. En este caso, la meta de la intervención no son prioritariamente los individuos, sino que es el contexto sociomaterial en el cual viven. Se trata aquí de mejorar el clima social en el que se desenvuelve una persona, fomentar su red de apoyo social, eliminar las tensiones sociales, mejorar las condiciones de vida, etc. Dentro de la prevención secundaria no hay lugar para diferenciar entre acciones proactivas o reactivas. Este tipo de intervenciones son, por principio, reactivas al centrarse en dar respuestas a necesidades que ya están presentes (Bryant, Windle y West, 1997).

Se establece entonces un nuevo lineamiento, el cual considera que todo lo que tiene relación con la teoría y práctica de la prevención se incluye dentro de la perspectiva de la *ciencia de la prevención*. El concepto de ciencia de la prevención se utiliza cada vez más desde mediados de la década de los años noventa del siglo pasado (Fernández-Ríos 2004). Un ejemplo de ello es: La Investigación Preventiva (2002-2012).

Se pretende que el enfoque teórico práctico de la ciencia de la prevención sea más preciso, estructurado, delimitado. Que se focalice exclusivamente en la teoría, práctica, así como la metodología de la intervención preventiva primaria y secundaria (Labarthe, 1999). La concepción de la ciencia de la prevención va más allá de las tradicionales definiciones de prevención tal y como las expone (Caplan, 1993).

Según Fernandez-Rios (2004), la ciencia de la prevención es: Un conjunto interdisciplinario de conocimientos teóricos, prácticamente útiles, racionales y cargados de valor, para la construcción, implantación, evaluación, diseminación de programas eficaces y eficientes de intervención preventiva. Con la correspondiente metodología de investigación (acción participativa, contextual), orientada a la acción, destinada a construir capacidad en los individuos y en las comunidades.

Para el trabajo e igualmente para explicar el modelo de prevención psicológica en la psicoterapia, principalmente del enfoque cognitivo conductual, se considera la importancia de la prevención secundaria, además del estudio sistemático de los precursores potenciales del trastorno, llamados factores precurrentes, en donde se encuentran los factores de riesgo y factores protectivos, respectivamente. A partir de los factores precurrentes se pueden construir programas preventivos efectivos y adecuados a la población a quien va dirigida. Para Jiménez (2001) el principal objetivo de la prevención es trazar el vínculo entre los factores de riesgo (bio-psico-social), además de algunos trastornos clínicos específicos, para moderar los efectos de éstos. En el caso de que los factores de riesgo puedan ser identificados y alterados en una población o en el sujeto, esto puede tener una influencia positiva (factores protectores) sobre un rango de trastornos psicológicos, a la vez que un trabajo productivo puede reducir la necesidad de muchos servicios de salud, sociales y correlacionales.

## 3.2 LOS FACTORES PRECURRENTES

Los factores precurrentes son condiciones que ocurren antes de que se manifiesten los trastornos psicológicos, los investigadores los clasificaron en dos grandes rubros: factores de riesgo y factores protectores. De manera que se han llamado factores de riesgo aquellas circunstancias que durante etapas iniciales del desarrollo, anuncian un posible trastorno a futuro; los factores protectores son lo que predicen el bienestar personal, familiar, representan los estilos de vida sanos. La investigación de estos factores precurrentes da lugar al diseño y evaluación de intervenciones preventivas, también terapéuticas asociadas con el campo de la salud mental. De ahí la importancia de aplicar instrumentos para conocer los factores precurrentes e iniciar un programa de intervención para modificar el trastorno (Hernández-Guzmán 1999).

### 3.2.1 FACTORES DE RIESGO

En la sociedad mexicana existen comunidades, grupos de sujetos, familias o individuos que presentan más posibilidades que otros de sufrir en un futuro enfermedades, accidentes, muertes prematuras, trastornos, etc., se dice que son individual o colectivos especialmente vulnerables. Aunque a medida que se incrementan los conocimientos sobre los diferentes procesos, los axiomas científicos demuestran, en primer lugar, que cada uno de los trastornos no se presenta aleatoriamente, en segundo lugar, que a menudo esa "vulnerabilidad" tiene sus razones. La vulnerabilidad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológicas, psicosociales, que actuando

individualmente o entre sí desencadenan un proceso. Surge entonces el término de "riesgo" que implica la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas (Jiménez Flores, 2001).

En este sentido, el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. El riesgo implica que el factor aumente la probabilidad de consecuencias adversas. Para Montero y León (2002) un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona, de un grupo de personas que están asociadas con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso maleable. Los factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos), pueden ir sumándose unos a otros hasta aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

Los factores de riesgo tienen una relación compleja con los trastornos psicológicos. Las formas específicas del trastorno están asociadas típicamente con muchos o diferentes tipos de factores de riesgo, no se asocian con un factor de riesgo en particular. En el mismo sentido, un factor de riesgo es raramente específico para producir un trastorno, debido a que la causa de éste tiende a extender sus efectos sobre un número de funciones adaptativas a lo largo del desarrollo. La exposición a los factores de riesgo puede ocurrir de diversas maneras, en numerosas situaciones asociando a la interacción de disposición personal y ambiental (Jiménez Flores, 2001).

Por lo general, la clasificación de los factores de riesgo son aquellos hechos o circunstancias cuya presencia aumenta las posibilidades de padecer un trastorno psicológico. Se refiere por ejemplo al propio ambiente como factor de riesgo, se puede admitir sin dificultad que no es lo mismo el trabajo que ocasiona estrés, a que exista una gama de factores en el ambiente que lo provoque (Jiménez Flores, 2001).

Una clasificación de los factores de riesgo es propuesta por Becoña (1995):

- Genéticos: La diferente carga genética condiciona la resistencia del sujeto al trastorno.
- Psicológicos: Los conflictos personales, tendencia a una inclinación sexual de tipo homosexual, resistencia a la frustración, depresión, ansiedad, etc.
- Ambientales: La presión del grupo, importancia del consumo de sustancias psicotrópicas, gasto inmoderado en la compra de drogas, actitud social ante la adquisición de drogas, control social, represión.

Además Dembo (Dembo y Guevara, 2001) distribuye los factores de riesgo en:

- Personales: Grupo étnico, edad, sexo.
- Intrapersonales: Locus de control, depresión, búsqueda de sensaciones, rebeldía, agresividad, etc.
- Interpersonales: Las relaciones parentales, desatención de los padres, relaciones con compañeros y profesores.
- Ambientales: Aceptación social del consumo, facilidad para conseguir alcohol o droga, problemática social.

Según Jiménez (2005), algunos factores de riesgo predicen el trastorno sólo en períodos específicos del desarrollo, ya que otros son predictores estables en los principales periodos de la vida. Como una regla general, la predicción se hace mejor tomando en cuenta factores de riesgo proximales (bio-psico-social). Es por eso que la clasificación de los factores de riesgo propuesta por Hernández Guzmán y Sánchez Sosa (1997) es la más adecuada para este trabajo.

Hernández y Sánchez (1997) mencionan como factores de riesgo para el trastorno psicológico, los factores que actúan antes y después del nacimiento. Postulan que antes del nacimiento los individuos pueden estar expuestos a las agresiones del ambiente, que pueden marcar la evolución de posibles trastornos. Además las enfermedades de la madre, sus adicciones, conductas peligrosas, entre otras, pueden precipitar anomalías, deformidades, parto prematuro, etc., en el recién nacido. Estos factores pueden ser precursores de intercambios defectuosos entre madre e hijo, debilitan las oportunidades para adquirir las competencias, también habilidades propias de un desarrollo sano. Luego del nacimiento, postulan ellos, como factores de riesgo dentro del sistema familiar los trastornos psicológicos y adicciones en los progenitores.

También exponen, que la relación de pareja de los padres, así como el desinterés del padre, la carencia de apego entre padres e hijos, estilos de crianza autoritarios o permisivos de los padres hacia sus hijos, son factores de riesgo para trastornos psicológicos. Porque en la forma que el individuo experimente la presencia de los factores, mediante su autoconcepto, estilo de afrontamiento y temperamento, depende de cómo fue su crianza. Además postulan la presencia de factores de riesgo biológicos, el cual se afirma con el concepto de Kazdin y Kagan (1994) (Pedreschi 2002), ellos mencionan que la psicología contemporánea propone, cada vez con mayor énfasis, que los trastornos no son el producto de un solo hecho o evento definido. No se puede establecer una relación de causalidad única, sino que se desarrollan, se exageran en la medida que la persona se expone e intenta afrontar nuevos eventos durante su vida. Los orígenes de los

trastornos son multicausales y se desarrollan a lo largo del tiempo. Es importante destacar que los factores biológicos vistos como factores de riesgo interactúan con las características psicológicas individuales, además con otros factores como la relación de la pareja de los padres, maltrato físico, abuso sexual, etc., esta interrelación es necesaria para los factores de riesgo de los tres órdenes: biológico, psicológico y social.

Por lo tanto, el conocimiento y la información sobre los factores de riesgo relacionados entre sí tienen objetivos específicos (Jiménez Flores, 2005):

- a) Predicción: La presencia de un factor de riesgo significa un riesgo aumentado de presentar en un futuro un trastorno psicológico, en comparación con personas no expuestas. En este sentido sirven como elemento para predecir la futura presencia de éste.
- b) Causalidad: La presencia de un factor de riesgo no es necesariamente causal. El aumento de incidencia del trastorno entre un grupo expuesto en relación a un grupo no expuesto, se asume como factor de riesgo, sin embargo esta asociación puede ser debida a una tercera variable.
- c) Diagnóstico: La presencia de un factor de riesgo aumenta la probabilidad de que se presente el trastorno. Este conocimiento se utiliza en el proceso diagnóstico, ya que las pruebas diagnosticas tienen un valor predictivo positivo más elevado en pacientes con mayor prevalencia del trastorno.
- d) Prevención: Si un factor de riesgo se conoce asociado con la presencia del trastorno, su eliminación, disminución, moderación o modificación reducirá la probabilidad de su presencia.

Con lo antes mencionado Jiménez (2001) considera que la orientación en la prevención psicológica está encaminada a identificar los factores de riesgo de tal manera que una vez que han sido identificados se establezcan criterios que permitan el diseño de modelos enfocados a los riesgos que son significativos en las poblaciones. El objetivo de la prevención es trazar el vínculo entre los factores de riesgo bio-psico-social y algunos trastornos clínicos específicos, para moderar, modificar o disminuir los efectos en los factores de riesgo (Sánchez-Sosa, 1999).

### 3.2.2 FACTORES PROTECTIVOS

Uno de los procedimientos de la prevención psicológica es contrarrestar los factores de riesgo por medio del fortalecimiento de factores de protección. El propósito es propiciar cambios conductuales, en el desarrollo de habilidades protectoras, por medio de acciones proactivas. Ya que existen situaciones, asimismo condiciones que protegen a los individuos de los problemas sociales,

consumo de drogas, trastornos, etc., e incrementan la resistencia y disminuyen el riesgo de padecer un trastorno psicológico (Moreno, 1999). Los factores protectores se definen como aquellas características personales o elementos del ambiente o la percepción que se tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos que se tengan para desarrollar un trastorno (García 2004).

Por lo tanto, los factores protectores se consideran fuerzas internas y externas que contribuyen a que el sujeto resista o aminore los efectos del riesgo, sin embargo tanto los factores de riesgo así como los factores protectores involucran variables genéticas, disposiciones personales, factores psicológicos, situacionales y sociales. Dentro de los personales se incluyen características temperamentales que provocan respuestas positivas en los padres y cuidadores, además autonomía combinada con la capacidad de pedir ayuda. Al interior de la familia se han definido factores como presencia de apoyo incondicional por al menos una persona competente, emocionalmente estable, creencias religiosas que promuevan la unidad familiar, también la búsqueda de significados en los tiempos difíciles. Los diferentes factores protectores, al igual que los de riesgo no actúan aisladamente en la persona, sino ejerciendo un efecto de conjunto donde se establecen complejas relaciones funcionales que en definitiva traen como resultado la disminución de los efectos de las circunstancias adversas (Moreno, 1999).

Moreno (1999) presenta una serie de factores que se deben favorecer y reforzar dentro del medio donde se desarrollan los individuos, es decir, dentro de la familia:

- Valores: En las familias se espera que los hijos se comporten o sean de determinada forma; se establecen principios y normas de acción a través de valores.
- Autoestima: Ayudar a los individuos a desarrollar una fuerte autoestima es una tarea importante de la paternidad. Los niños con una alta autoestima tienen grandes posibilidades de adultos sanos, exitosos, felices.
- Afecto: Toda persona, sea niño, joven o adulto, tiene derecho a expresar el cariño que siente por su familia. Se ha demostrado que la expresión del afecto puede favorecer un ambiente de felicidad en la familia, igual constituirse como protector.
- El hábito de estudiar posibilita el desarrollo de las aptitudes intelectuales, permite desarrollar intereses, desarrolla motivaciones, aspiraciones vocacionales.
- El apoyo escolar puede llevarse con actividades escolares dentro o fuera de las instalaciones educativas.

Sin embargo, Cowen (1983) (Jiménez Flores, 2002) describe dos tipos generales de factores protectivos que pueden servir para limitar un trastorno en la infancia:

1) Características individuales, temperamento, disposiciones, habilidades que pueden amortiguar los efectos de riesgo o estrés. Las habilidades cognitivas conductuales pueden ser adquiridas en orden de enfrentarse a situaciones de tensión, de este modo reducir los trastornos psicológicos, así que los factores protectivos tienden a estar más limitados por causas genéticas o biosociales.

2) Atributos del ambiente infantil, tales como soporte social, calor paterno, disciplina apropiada, monitoreo además de la supervisión de los padres, la vinculación de la familia hacia otros modelos prosociales que pueden también funcionar como factores protectivos. Por ejemplo, distintos programas de riesgo de esquizofrenia han documentado que los atributos positivos de la familia (bondad, estilos de crianza afectiva, un ambiente familiar saludable) pueden producir protección contra episodios de esquizofrenia.

Según la visión de Holahan y Moos (2000) (García, 2004), los factores de seguridad o protectivos pueden describirse de acuerdo a la valoración del nivel de vulnerabilidad, a su dirección (positiva) en cada individuo:

- **Estilo de Vida:** Son aquellos patrones cognitivos, afectivos-emocionales y conductuales que muestran cierta consistencia en el tiempo, que pueden constituirse en factores protectivos, dependiendo de su naturaleza; puesto que muestran la relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el desarrollo del trastorno.
- **Autoestima:** Es el juicio personal de estimación, por el cual se expresa en las actitudes que el individuo adopta hacia sí mismo. Diferentes autores coinciden en cuanto a la relación que existe entre el nivel de autoestima y la tolerancia al estrés; esta relación se vincula con la incidencia que tiene la autoestima sobre algunas de las variables que reflejan el tipo de transacción que los sujetos mantienen con su ambiente y la respuesta de ellos a determinadas exigencias; así como con la posibilidad o expectativas de control de los contextos o situaciones de estrés.
- **Control:** Es el manejo de los patrones cognitivos, afectivos-emocionales y conductuales que utiliza el sujeto ante las situaciones de estrés. Tener o percibir algún control sobre las situaciones o eventos estresantes aumenta el grado de tolerancia, reduce sus efectos negativos. Los sujetos que se perciben como portadores de una baja capacidad de control del medio, suelen ser más vulnerables en su afrontamiento a los eventos estresantes.
- **Apoyo social:** Los trabajos de Holmes y Rahe (1999) (García, 2004), han acentuado el valor de los contactos sociales positivos como elemento protector para el ser humano. También plantearon, que el apoyo social

consiste en la información y recursos que ofrecen otras personas del entorno que minimizan la percepción de amenaza, maximizan la percepción actual de control, facilitan la acción directa y anticipatoria de los modos de comportamiento.

- Fortaleza personal: Entre las características que se han considerado como importantes para los factores protectivos, está la fortaleza personal. En el concepto de fortaleza personal, se consideran aspectos tales como: grado de compromiso que los sujetos asumen con lo que emprenden, la tendencia a evaluar las dificultades como reto, como algo que pone a prueba sus capacidades y no como una amenaza; el sentimiento de control sobre las propias circunstancias, la tendencia a enfocar los problemas de forma realista, con optimismo, centrado en la acción y la búsqueda de alternativas variadas de posibles soluciones.

Así un perfil más viable sin factores de riesgo que contribuyan al desarrollo de un trastorno quedaría configurado por la siguiente composición de factores protectivos (familiares e individuales) (García, 2004):

#### Factores protectivos familiares

- Valores en la familia.
- Autoestima de paternidad.
- Afecto dentro de los miembros de la familia.
- Estudio y apoyo en el desarrollo de las aptitudes intelectuales.
- Apoyo en las actividades escolares y extracurriculares.

#### Factores protectivos individuales

- Estilo de vida saludable.
- Autoestima positiva.
- Sentimiento de control.
- Estilo de afrontamiento.
- Red de contactos sociales.
- Adecuado nivel de fortaleza personal.
- La tenencia de un sistema de valores y creencias.

En general, se dice que los factores precurrentes integran los factores de riesgo y los factores protectivos. Los factores de riesgo como variables asociadas con una alta probabilidad de ocurrencia, severidad, de larga duración del trastorno. En contraste, los factores protectivos son los que se refieren a las condiciones que facilitan la resistencia de las personas para evitar los factores de riesgo, asimismo los trastornos. Por ello, la investigación básica sobre los factores debe aportar información que permita el diseño de intervenciones preventivas enfocadas desde la terapia cognitiva conductual a nivel secundario y los trabajos de campo deben proporcionar información de las causas del trastorno en una población o comunidad en el nivel de la prevención primaria (Jiménez Flores, 2005).

### 3.3 MODELO DE PREVENCIÓN PSICOLÓGICA

La planeación, elaboración y evaluación de los modelos de prevención es un proceso de múltiples etapas que requiere años de tiempo de los psicólogos. Para guiar a los investigadores de la prevención, el IOM, 1994 (Institute of Medicine), recomienda una serie de pasos que se centran en la conceptualización, diseños, puesta en práctica, además de la evaluación de los programas o modelos de intervención para la prevención. Primero, especificar con claridad el problema o trastorno que abordará el modelo, junto con su frecuencia, incidencia. Segundo, se identifican los factores de riesgo, así como los protectores relevantes, se revisa la investigación existente sobre la prevención. Tercero, se diseñan, realizan estudios para evaluar la eficacia de la intervención planeada. El cuarto, se refiere a la planeación, así como la realización de pruebas a gran escala del programa de intervención (Trull y Phares, 2003)

Así que, en la medida que se conozcan los factores precedentes se contarán con elementos de mayor precisión en el manejo de programas preventivos. Porque cuando la conducta y los eventos sociales son considerados en la perspectiva del medio, los modelos para la predicción de desórdenes en la vida futura toman una complejidad más apropiada dando lugar a la prevención para reducir los grados de riesgo.

Sin embargo, Cowen (1983) (Hernández-Guzmán, 1996) señala que la prevención psicológica es el conjunto de acciones encaminadas hacia evitar problemas psicológicos, a mantener la preservación de la salud psicológica a futuro. Con este objetivo, en estudios recientes los investigadores se han orientado hacia una búsqueda sistemática de factores de interacción con un análisis etiológico de los desordenes de la personalidad. Estos estudios indican la existencia de variables que se relacionan con datos que van desde lo hereditario hasta lo social, los cuales están asociados con el desenvolvimiento normal o con su deterioro.

#### 3.3.1 OBJETIVOS Y CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE PREVENCIÓN PSICOLÓGICA

Queda inconcluso un modelo adecuado de prevención porque cuando se habla de la prevención de las disfunciones, trastornos o alteraciones mentales la mayoría de las personas tienen la idea clara de que se están refiriendo a algunos problemas de salud mental sencillos. En realidad esta no es la situación. El objetivo de los programas preventivos específicos de los trastornos, se orientan básicamente a la prevención psicológica relacionada con la interacción familiar,

también la social, aunque en algunos casos existe el fenómeno denominado contraprevención, por el que se entiende llevar a cabo una medida que siendo su objetivo preventivo consigue el efecto contrario, incrementándose con la misma enfermedad (Jiménez Flores, 2002).

Hansen (Becoña, 1995) para poder clasificar los programas preventivos identifica los conceptos teóricos principales utilizados por los investigadores para describir sus programas. Así, obtiene una lista de doce elementos o componentes de los programas, así que los clasifica de la siguiente forma:

- Información: Son los conocimientos y creencias sobre las consecuencias de riesgo de padecer un trastorno psicológico.
- Toma de decisiones: Es el proceso para tomar decisiones racionales sobre el trastorno.
- Compromiso: Es la adopción de un compromiso personal de intervención.
- Clarificación de valores: Es examinar la relación entre los propios valores personales y las consecuencias de la conducta.
- Establecimiento de metas: Enseñar habilidades para la situación, atenerse a los objetivos y alentar la adopción de una orientación de éxito.
- Manejo del estrés: Enseñar habilidades de afrontamiento para manejar el estrés, especialmente en situaciones psicológicamente difíciles.
- Autoestima: Desarrollar sentimientos de autoconfianza y valor.
- Entrenamiento en habilidades de resistencia: Es identificar y asertivamente resistir la presión, las influencias para usar sustancias de los iguales, hermanos, padres, adultos y los medios de comunicación.
- Entrenamiento en habilidades de vida: Se enseña un amplio conjunto de habilidades sociales incluyendo habilidades de comunicación, habilidades de relaciones humanas, habilidades para resolver conflictos interpersonales.
- Asistencia: Proporcionar intervención, consejos para enfrentarse a los problemas de la vida.
- Alternativas: Proporcionar experiencias en actividades que son incompatibles con el trastorno.

No obstante, aclara Becoña (1995): no se puede construir programas basados en buenas intenciones. Esos tiempos han pasado. Se precisa, en cambio, una sólida base teórica, práctica, metodológica e investigadora. Además de otro elemento de importancia decisiva para que los programas tengan éxito, es la promoción psicológica, es una herramienta básica para la comunicación entre los profesionales de la salud y los beneficiarios de los programas (Jiménez Flores, 2000).

De modo acertado Calafat (1995), sugiere que se tenga básicamente en cuenta los factores de riesgo para la posterior construcción de dichos programas. Sin embargo, Becoña (1995) propone que sean factores de riesgo específicos, para la comunidad en la que se va a aplicar el programa, por lo tanto esto implicará estudios previos de los mismos, así como conocimiento de la problemática de un modo realista y objetivo, tanto a partir de datos epidemiológicos, estudios clínicos, como de la experiencia acumulada a través de otros múltiples estudios e indicadores que ya se tienen sobre la problemática.

Con relación a lo anterior, se han identificado seis factores que inciden de forma clara en los programas de prevención y promoción del trastorno psicológico (Becoña, 1995):

1.- Contenido del programa: Se refiere a los principios activos del programa, es decir, las actividades y enseñanzas que se supone tienen un efecto en la futura conducta por parte de los sujetos que reciben el programa.

2.- Participantes; Las características de la población del programa tienen una influencia en la efectividad que el mismo presentará en dicha población.

3.- Aplicadores: La efectividad y la eficiencia de un programa varían si lo aplica personal que no es el indicado o que no está preparado para ello.

4.- Medio en que se aplica el programa: Un programa varía en su efectividad dependiendo de que se aplique en un contexto escolar o en medios comunitarios, en un medio rural o urbano, etc. Es necesario tener presente la situación en que va a ser desarrollado el programa para promover las variaciones que sean necesarias a fin de mantener alta su efectividad.

5.- Calidad de la aplicación: En los casos en que la aplicación del programa se ha realizado por personal no especializado, se ha encontrado que la efectividad disminuye en función del grado de actitud con que se ha realizado la aplicación. El programa debe ser adoptado y no adaptado si se desea alcanzar la efectividad para la que fue pensado.

6.- Contexto: Un programa nunca se lleva a cabo en un medio aséptico.

De manera general, cuando se elabora un programa preventivo hay una serie de principios que hay que tener en cuenta. Previo a los mismos se presupone que se parte de un modelo (perspectiva científica) teórico adecuado, basado en datos empíricos que permitan elaborar un adecuado programa preventivo, además debe ser previsible a obtener buenos resultados. También, la evaluación de programas preventivos en el medio para indicar o definir cuál es el contenido y objetivo de sus actividades, aunque luego en la práctica tienen unas líneas de actuación concretas con claros objetivos evaluables (Becoña, 1995).

Sin embargo, la importancia que tiene la prevención psicológica, como propósito, es la elaboración de modelos o programas que sean capaces de enfrentar, así como solucionar las dificultades que ocurren durante el desarrollo de las personas. Se encuentra estrechamente relacionada con el campo de la prevención primaria y secundaria de los trastornos psicológicos.

Entre los modelos preventivos se encuentran los siguientes (Jiménez Flores, 2001):

- Modelos de desarrollo. Enfatizan la intención compleja entre los individuos y su medio a través de diferentes periodos de tiempo. Sin embargo se necesitan teorías que testifiquen, reflejen adecuadamente los diferentes factores causales que generan algún tipo de trastorno. Para ello, es necesario considerar la herencia, la edad, así como factores ambientales, también sociales que tienen una influencia directa, que pueden ser empíricamente testificados.
- Pruebas de prevención. Las pruebas de prevención permiten alterar factores de riesgo como una forma de reducir la mala adaptación en relación con la teoría, permitiendo una intervención eficaz que reduzca los grados de riesgo y aumente los factores de protección. Requieren de una teoría de desarrollo que conecte los factores de riesgo mediante procesos y patrones de conducta definidos.
- Modelos para determinar diagnóstico. Permiten determinar características considerables del desarrollo, concretamente, expresiones psicosociales, así como del funcionamiento general tanto vocacional como social.
- Variables categóricas. Ocupan un lugar importante en los modelos de prevención. La clasificación categórica pone énfasis en la epidemiología y la taxonomía tradicional, pero continuamente se requieren, también son utilizadas ampliamente en la investigación dentro de las ciencias sociales, de las ciencias de la conducta y las ciencias biomédicas.
- Modelo de prevención. Estos modelos han demostrado su utilidad como predictores de riesgo para convertirse en predictores protectivos, es decir, de menos gravedad en los trastornos de los adultos.
- El Modelo Económico-Transaccional. Este modelo (Berganza y Aguilar, 1989) (Jiménez 2001) propone que la posición socioeconómica de cada sujeto determina en buena medida, tanto la influencia de tipo cultural, educacional a que se ve expuesto, cómo el estilo de sus transacciones con el medio circundante; esta situación genera valores, expectativas, oportunidades y estresores diferenciales para cada grupo socioeconómico, que son importantes para entender, explicar los trastornos emocionales en grupos sociales, económicos y culturales distintos.

Los modelos expuestos hasta aquí, permiten detectar síntomas positivos que ocupan un lugar primario en el estatus de la examinación tradicional, pero es importante tener en cuenta que los síntomas negativos asociados con los factores de riesgo pueden producir recaídas.

Por lo anterior, Jiménez (2001) señala que el Modelo de Prevención Psicológica generalmente se da en tres fases:

- **Prevención primaria.** En esta fase, los trastornos no aparecen, evita el problema antes de que aparezca, o bien, actúa cuando los factores de riesgo se manifiestan levemente, se controlan por medio de programas de prevención con la finalidad de evitar desajustes emocionales subsecuentes.
- **Prevención secundaria.** En esta fase los programas se orientan al diagnóstico, tratamiento y corrección porque el desajuste ya está presente. Otra forma es cuando se dirige hacia la rehabilitación, en esta tarea la prevención se aplica cuando los factores de riesgo se han desarrollado, llegando a convertirse en un problema para el individuo.
- **Prevención terciaria.** Los programas se enfocan a la readaptación.

Para cumplir con esta tarea es necesario cumplir con las cuatro etapas en el proceso de difusión de los programas (Fernández-Ríos, 2004):

- **Diseminación:** Es el proceso mediante el cual se intenta que las poblaciones en las que se desea implantar el programa sepan que éste existe y se encuentren dispuestas a integrarse.
- **Adopción:** Se integran las actividades dirigidas a las poblaciones que se impliquen en el desarrollo del programa.
- **Implementación:** Fase en la que se realizan las intervenciones necesarias para que los aplicadores lleven a cabo el programa, de acuerdo a los objetivos de éste.
- **Mantenimiento:** Una vez que el programa ha sido adoptado por las poblaciones, se inicia la etapa donde se incluyen las acciones necesarias para promover, así como se mantenga el programa a lo largo del tiempo.

### 3.3.2 LA INSTITUCIÓN COMO OBJETO DE INTERVENCIONES

En la actualidad, la propuesta de prevención psicológica de los trastornos para la ciudad de México, es de implementar programas en tres niveles (De la Fuente, Martuscelli y Alarcón, 1990):

- 1) **Básico:** formado en las universidades y centros de investigación.
- 2) **Clínico:** desarrollado en hospitales e instituciones privadas.
- 3) **Epidemiológico:** integrado en la Secretaría de Salud.

El objetivo del modelo de prevención psicológica, es disminuir la incidencia, la prevalencia del trastorno psicológico con las intervenciones, en los contextos reales de existencia, ya que no se pueden separar del medio, y a través de la prevención psicológica a nivel secundaria. Porque, ésta examina factores psicológicos, sociales observados durante el desarrollo del sujeto, permite proponer la intervención psicológica orientada en las variables sistemáticas asociadas con la interacción familiar y social. Igualmente, determina los factores asociados con la presencia de ciertos trastornos de la cognición, emoción, así como de la conducta, también hace posible la reducción de gran parte de trastornos psicológicos (Hernández-Guzmán, 1999).

Las características como las bases que se ha expresado en relación (Modelo de Prevención Psicológica) del contexto de la prevención psicológica (Cowen, 1983) (Jiménez Flores, 2005), permite elaborar una metodología capaz de predecir, explicar y controlar la conducta, no obstante, se necesita de un encuadre teórico que le permita investigar sistemáticamente los trastornos ligados al desarrollo del individuo y su interacción con el medio, así como la intervención ante los problemas detectados.

El modelo de prevención psicológica en la educación se basa en los objetivos de las instituciones educativas de nivel superior, las cuales son (De la Fuente, Martuscelli y Alarcón, 1990):

- Proporcionar situaciones de aplicación de la práctica psicológica, que permita relacionar al psicólogo como profesional, comprometido con la solución de problemas nacionales.
- Adecuar el perfil profesional del psicólogo a los problemas prioritarios.
- Ajustar situaciones que permitan detectar formas concretas de intervención psicológica como medios alternativos de docencia.
- Propiciar situaciones de intervención, que permitan implementar técnicas de investigación psicológica al análisis de la problemática nacional.
- Enfatizar en la promoción y la prevención psicológica.
- Preservar la salud mental, promover el desarrollo integral del ser humano.
- Generar espacios que permitan la coordinación entre el servicio práctico de los profesionistas y el desarrollo de los aspectos teóricos.
- Desarrollar profesionistas capaces de realizar actividades de prevención, diagnóstico, planeación, intervención e investigación.
- Permitir al profesionista del área de psicología clínica, aplicar métodos de evaluación e investigación a la comprensión, la atención de los trastornos psicológicos.
- Desarrollar diversos programas de servicio social de atención psicológica.

Por lo tanto, para contribuir al conocimiento y atención de los problemas derivados de las necesidades requeridas en las poblaciones vulnerables, el modelo de prevención psicológica representa un programa, así como una alternativa que permite entender, explicar, intervenir e investigar de manera novedosa sobre los trastornos psicológicos. Para cumplir dicha labor este modelo se configura como un eje de arranque en los lugares que sea requerido por la institución educativa, aplicando metodologías específicas para realizar trabajo en ambientes reales e intervenir sobre los trastornos que ocurren en la población.

### 3.3.2.1 PROGRAMA Y ESQUEMA DEL MODELO DE PREVENCIÓN PSICOLÓGICA

El modelo de prevención psicológica está diseñado para los prestadores de servicio social de la institución educativa de nivel profesional. El programa constituye una alternativa para la práctica profesional del enfoque cognitivo conductual basado en la evidencia empírica de la investigación, basado las evidencias de la evaluación y basado en la evidencias del tratamientos de los trastornos psicológicos.

El programa tiene por lo menos cuatro áreas de trabajo, las cuales están enfocadas al análisis teórico, al diseño de actividades prácticas generadas en el contexto de la prevención psicológica:

1. Capacitación y desarrollo de habilidades para el manejo del diagnóstico, evaluación e Intervención psicológica.
2. Diagnóstico, evaluación e Intervención Psicológica (Psicoterapia cognitiva conductual).
3. Promoción psicológica comunitaria.
4. Investigación aplicada con grupos focales.

Los objetivos que se realizan con base a la consideración de explorar, obtener datos que permitan el desarrollo de las cuatro áreas de trabajo del modelo de prevención psicológica son (Jiménez Flores, 2002):

- Desarrollar esfuerzos especiales en áreas de fomento y promoción en la población general.
- Planificar equilibradamente las acciones necesarias para beneficiar a los pacientes asimismo a sus familias, a los grupos de mayor riesgo, también a la población en general.
- Desarrollar y evaluar dos partes importantes de la psicología clínica aplicada: la investigación de los padecimientos psicológicos, la intervención de los mismos con métodos y técnicas eficaces.

- Enfocar los métodos de evaluación e investigación a la comprensión de los trastornos psicológicos.
- Temas prioritarios de prevención: trastornos de pensamiento, de las emociones y conductuales, así como la drogodependencia, alcoholismo, maltrato, trastornos alimenticios.
- Promover la participación comunitaria, favoreciendo la toma de responsabilidad en la población.
- Dirigir al psicólogo en calidad de prestador de servicio en modelos de atención multidisciplinario y ubicarlo en las clínicas pertenecientes a la institución educativa.
- Aplicación de los conocimientos teóricos y prácticos del servicio de la psicología clínica adquiridos durante la formación profesional.
- Mejorar los aspectos teóricos, metodológicos, también de los técnicos necesarios en la psicológica clínica.
- Desarrollar investigación sistematizada para mejorar el servicio de psicología, para adecuarlo a las necesidades de la población.

**Capacitación y desarrollo de habilidades para el manejo del diagnóstico, evaluación e intervención psicológica clínica:** Como parte fundamental de la preparación hacia la práctica de la psicología clínica, se destinan alrededor de 70 horas promedio, para revisión de literatura básica necesaria en el análisis teórico, además para el diseño de actividades prácticas en la psicoterapia. Se toma en consideración aspectos centrales de los hallazgos científicos basados en las evidencias empíricas, generados en el contexto de la prevención psicológica y de la psicoterapia cognitiva conductual.

El grupo de trabajo para el manejo de los hallazgos científicos y la discusión de estos, es mediante seminarios expositivos y mesas de discusión. El objetivo es establecer líneas claras y adecuadas para el diseño del tratamiento.

**Diagnostico e Intervención Psicológica (Psicoterapia cognitivo conductual):** La población de alto riesgo son familias que se caracterizan por el manejo enmarcado de conflictos, de agresión o por las relaciones frías parentales. Estas características crean vulnerabilidad en los hijos, perturban el funcionamiento psico-bio-social, específicamente el procesamiento de emociones, la competencia social. También generan conductas defectuosas, el uso de sustancias, promiscuidad sexual, por lo tanto, los problemas repercuten en la familia, escuela y el trabajo (Hidalgo y González, 2004).

Con lo antes mencionado, la población de alto riesgo que ingresa a la atención psicológica, presentan específicamente problemas de: violación, drogadicción,

alcoholismo, delincuencia, abuso sexual, sobrepeso, depresión, ansiedad, estrés, violencia intrafamiliar, otros trastornos y enfermedades psicosomáticas. Además, problemas de menor escala, tal como, los de aprendizaje, adaptación social, conducta agresiva.

Por lo tanto, las actividades que se realizan son desde la psicología clínica, con relación a la psicoterapia en función del enfoque cognitivo conductual (capítulo II), con las técnicas, métodos para el diagnóstico, evaluación, intervención asimismo la prevención de los trastornos (pensamiento, emocional y conductual).

**Promoción psicológica comunitaria:** Las actividades se desarrollan en el ámbito de la promoción psicológica generalmente se realizan con diseño, planeación y aplicación de talleres, pláticas o conferencias preventivas a grupos educativos, sociales o comunitarios.

Dentro de esta área se efectúa un vínculo de apoyo entre el servicio de psicología del programa con la comunidad vulnerable de la localidad, a través de la extensión de servicios como asesorías psicológicas, orientación vocacional, atención psicoterapéutica a individuos derivados de instituciones educativas.

**Investigación aplicada con grupos focales:** Como parte de la atención especializada del modelo de prevención psicológica, el programa del área de investigación, recolecta datos que sustentan las medidas de intervención y prevención aplicadas. Para ello, se desarrolla una fase de investigación cuyo objetivo es encontrar indicadores de las necesidades reales de las comunidades vulnerables o marginadas, que requieren de atención psicológica.

En general, se utilizan inventarios, escalas, cuestionarios a toda una población en particular adulta (padres de familia). El propósito de la investigación es encontrar las variables que predicen el desarrollo de los trastornos psicológicos, los factores precurrentes, así como la prevención de estos. Es decir, con la investigación se busca desarrollar programas y aproximaciones terapéuticas para la prevención psicológica. El desarrollo final de una investigación tiene como finalidad presentar datos confiables, así como válidos sobre las necesidades reales de los núcleos de la población de alto riesgo, a los que se ofrece el servicio de psicología clínica, en función del programa del modelo de prevención psicológica. También que sean aplicados por los prestadores de servicio social de las instituciones educativas a nivel superior.

## CONCLUSIONES

**Con base en la revisión bibliografía de la psicoterapia cognitiva conductual, así como del modelo de prevención psicológica que se llevo a cabo se concluye que:**

- ◆ La psicología clínica es una disciplina científica profesional, con historia e identidad propia. Sus objetivos son la evaluación, diagnóstico, intervención e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos. Las funciones profesionales de los psicólogos clínicos, en gran medida utilizan los tratamientos, así como los instrumentos desarrollados por la investigación basada en evidencia empírica, pero bien sustentada con las evidencias de la evaluación. Con el fin de establecer las estrategias terapéuticas más conveniente para cada trastorno.
- ◆ En México, los cambios en los estilos de vida e igual en los de convivencia, producidos en los últimos años han modificado los patrones de pensamientos, emocionales y conductuales, trayendo consigo múltiples alteraciones, además de trastornos psicológicos. Por ejemplo, el abusivo de sustancias psicoactivas, la expansión del contagio del SIDA, la transmisión de las enfermedades de transmisión sexual, las enfermedades cardiovasculares, la desadaptación social, la delincuencia, los homicidios, los embarazos no deseados en adolescentes, la violencia, estrés, el dolor crónico de causa no determinada, la ansiedad generalizada o situacional, la depresión leve asimismo la moderada, el insomnio, la fatiga, las fobias moderadas, etc. Los distintos profesionales implicados en el tratamiento de tales problemas, alteraciones, trastornos, se encuentran ante el desafío de encontrar estrategias de intervención alternativas que aporten soluciones más integradoras, así como duraderas. La alternativa vista desde distintos ámbitos y sectores profesionales no es otra que la prevención. Aunque, desgraciadamente nuestra habilidad para identificar problemas, va muy por delante de nuestra capacidad para encontrar soluciones, es por ello, que necesitamos un marco teórico sustentado en la prevención psicológica, que pueda adecuar la diversidad de investigaciones sobre estrategias de promoción, protección y prevención. Aunque para ello han de darse ciertas condiciones hoy ausentes o escasamente presentes. Sin embargo, para debatir acerca de la finalidad última de las distintas estrategias, se necesita de más investigación en la prevención psicológica.

- ◆ Una buena estrategia metodológica es la psicoterapia cognitiva conductual a través de programas integrales (sobre todo desde el modelo de la prevención psicológica) que trata de actuar sobre el aspecto cognitivo y comportamental del individuo, sobre algunos elementos social o familiar para que se produzca la modificación de los pensamientos, emociones y conductas. Con sus propias técnicas que utiliza la terapia cognitiva conductual ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de diversos trastornos psicológico. Aunque desde otras perspectivas la psicoterapia es un espacio de reflexión, en donde se afrontan los problemas que en esta vida preocupan o dañan. No obstante, desde la terapia cognitiva conductual se conoce que para resolver un problema hay que modificar determinadas conductas, pensamientos, emociones asimismo los sentimientos.
  
- ◆ En la psicoterapia cognitivo conductual se hace una reflexión conjunta sobre el problema, es la responsabilidad del paciente contribuir plenamente a la definición del problema, aquello que le preocupa y le lleva a la consulta. Una vez establecida la visión que el paciente tiene de su problema, bajo la guía del psicoterapeuta, se realiza el análisis funcional del problema, expresándolo en términos operativos, para ser modificable. Por lo tanto, se evalúa, se fijan los objetivos de la terapia para aplicar el tratamiento. Sin embargo estos objetivos tienen que ser consensuados entre el paciente y el psicoterapeuta, también pueden ir variando a lo largo de la terapia, de acuerdo a como se vaya avanzando.
  
- ◆ El tratamiento consiste en el establecimiento de un programa para modificar las conductas, pensamientos, emociones y sentimientos que son relevantes en el mantenimiento del problema. La psicoterapia radica en conducir al paciente en el camino, que tiene que hacer para llevar a cabo el programa. Con esta visión se puede decir que la terapia cognitivo conductual es directiva en el cumplimiento del programa, de los objetivos, siempre adaptándose a las capacidades y limitaciones del paciente. Así es como, la psicoterapia cognitivo conductual como tal, ha dado importantes avances en los tratamientos por medio de la identificación y modificación de conductas; que son las que tienen un gran impacto en el comportamiento humano en general. También, en la modificación de los esquemas cognitivos aprendidos, ya que, juegan un papel fundamental.
  
- ◆ La psicoterapia cognitiva conductual y el modelo de prevención psicológica es un buen proyecto en la prevención primaria y secundaria, sin embargo lo que más beneficia a una población de alto riesgo, es contar con los servicios de atención psicoterapéuticos, además actuar en la difusión de la prevención primaria para evitar el desarrollo de los trastornos psicológicos. Sin embargo,

aunque la intervención secundaria modifica los patrones cognitivos, emocionales y comportamentales cuando estos ya están presentes en el sujeto, lo más conveniente es actuar antes de que aparezcan.

- ◆ El programa del modelo de prevención psicológica alcanza algunas de sus metas, desarrolla y logra objetivos planteados, así como los que resultan del trabajo en tiempo real, lo mejor es que expone a los futuros profesionista a trabajar en escenarios reales bajo condiciones limitadas. Abre el panorama a los prestadores de servicio social para enfrentar los problemas reales de una población de alto riesgo (vulnerable), encuentra líneas de investigación para la prevención de trastornos psicológicos, además aplica las técnicas eficaces para un tratamiento exitoso.
- ◆ Como psicólogos es vital conocer la problemática de la población, por las implicaciones psicológicas que conllevan a padecer algún trastorno estas mismas, además dar una cobertura importante de prevención psicológica no solo a ella sino a las colindantes. Esto permite o exige que debemos poseer una preparación fundamental, totalmente científica para manejar estas situaciones, brindando el apoyo necesario tanto a un niño, un adulto o la familia de la población en riesgo.

Finalmente, la revisión teórica expuesta anteriormente, concluye que las psicoterapias cognitivas conductuales son rigurosas, claras y precisas. Además su campo de estudio así como de investigación se dirige a nuevos tratamientos, a nuevas técnicas para la intervención de los trastornos psicológicos que van apareciendo en el ser humano desde un modelo de prevención psicológica.

Esté trabajo, al igual que, su autora son sometidos a críticas, sugerencias por parte de los lectores, asimismo se les agradece su interés y se espera le sea de gran utilidad.

## REFERENCIAS

- Aguado, H, Manrique, E. y Silberman, R. (2003). *Estrategias de evaluación cognitivo conductual de la fobia social*. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. (IV), (1), P.29-45.
- Akers, R. (2005). *Aplicaciones de los principios del aprendizaje social: Algunos programas de tratamiento y prevención de la delincuencia*. *Revista Aplicación, Teoría y Práctica Sociológica en Criminología*.
- Alonso, L. (2000). *¿Cuál es el nivel o dificultad de la enseñanza que se está exigiendo en la aplicación del nuevo sistema educativo?*. *Revista EDUCAR*, 26, P. 53-74.
- American Psychological Association (1994). Revisión del *DSM-IV*. BARCELONA: MASON.
- American Psychological Association (2001). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington, D.C.: A.P. A.
- Anastasi, A. (2009). *Las pruebas psicológicas*. Nueva York: Maxwell MacMillan.
- Bados A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. España: Barcelona.
- Bados, A., García, E. y Fuste, A. (2002). *Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica*. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 477-502.
- Baggini, E. (2008). *Aportes de la teoría del aprendizaje*. Argentina: Grupo Interamericano.
- Bandura, A. (1969). *Principios de la modificación de conducta*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1997). *Aprendizaje Social y de la personalidad*. España: Alianza.
- Bandura, A. (1998). *Modificación de la conducta: Análisis de la agresión y la delincuencia*. Trad. Helier. México: Trillas.
- Barlow, D. H. (2001). *Psicología anormal: Un enfoque integral*. México: Thomson
- Barlow, D.H. y Hoffman, S.G. (1997). *Efficacy and dissemination of psychological treatments. Science and practice of cognitive behavior therapy*. Oxford: University Press.
- Barrett, P., Dadds, M. y Rapee, R. (1996). *Tratamiento familiar para la ansiedad infantil: Un ensayo controlado*. Universidad de Griffith: Facultad de Psicología.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Trad. Adelaida Ruiz. Barcelona: Gedisa.
- Becoña, E. (1995). *Drogodependencias. Prevención*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, J. Y Cortes, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España: Valencia.
- Bender, L. (1995). *El test de Bender. Test gestáltico viso-motor*. México: El Manual Moderno.
- Benedett, M. (1998). *La evaluación en educación especial*. Madrid: Manual de Educación Especial.
- Bernstein, D. A. (1998). *Entrenamiento en relajación progresiva: Un manual para terapeutas*. Trad. Luís Llavota, Inés Carrasco. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Bouton, M., Mineka, S. y Barlon, D. (2001). *Contexto y procesos de comportamiento en la extinción. El aprendizaje y la memoria*. 11, 485-494.
- Bryant, K., Windle, M. y West, S. (1997). *La Ciencia de la Prevención*. Washington: APA Press.
- Buenrostro, A., Palacios S., y Verdiguél M. (1994). *Servicios psicoeducativos: Diagnóstico, Intervención y Administración*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Butcher, J. (2005). *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema.
- Butcher, J., Graham, J., Dahlstrom, R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). *Inventario de personalidad Minnesota*. Adap. Alejandro Espada y Fernando Jiménez. University of Minnesota Press.
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. 7ª Ed. México: Siglo XXI
- Calafat, A. (1995). *Estrategias preventivas del abuso de alcohol. Adicciones*. Vigo: Nova Galicia
- Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en Salud mental*. Barcelona: Paidós.
- Caplan, G., y Caplan, R. (1997). *Consulta y colaboración en salud mental: Teoría y práctica*. Trad. José Navarro. Barcelona; México: Paidós.
- Chambless, D. y Hollon, S. (1998). *Definición de las terapias con apoyo empírico*. *Revista de Psicología Clínica y Consultoría*. 66, 7-18.
- Chappell, D. y DiMartino, V. (2000). *La violencia en el trabajo*. Génova: Internacional.
- Chero, E. (2010). *Teorías conductuales de aprendizaje*. Centro de Estudios Especiales: Albert Einstein.
- Clark, L., Watson, D. y Reynolds, S. (1995). *Diagnóstico y clasificación de las psicopatologías*. *Revista Anual de Psicología*. 46, 120-153.
- Coie, A., Watt, f., Hawkins, D., Asarnow, R., Markman, J., Ramey, B. & Long, B. (1993). *The science of prevention*. *American Psychologist*.
- Compas, B. y Gotlib, I., (2003). *Introducción a la psicología clínica: Ciencia y práctica*. Trad. Nagore, Yescas y Ortiz. McGraw-Hill: Editores Interamericana.
- Contreras, H. (2009). *Terapia Racional Emotiva: Enfoques Psicoterapéuticos Contemporáneos*. México: Thomson.
- Contreras, A. y Oblitas, L. (2005). *Terapia cognitivo conductual: Teoría y práctica*. Ed. Sello Editorial de Psicología.
- Davidson, G. (1995). *El construccionismo y la moralidad en la terapia para la homosexualidad*. Newbury Park, CA: Sage.
- De la Fuente, J. Martuscelli, J. y Alarcón, D. (1990). *La investigación en salud: Balance y transición*. México: F.C.E.
- Dembo, M. y Guevara, M. (2001). *Desarrollo Psicológico*. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 33, 119-147.
- D' Zurilla, T. J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos: Competencia social un nuevo enfoque en la intervención clínica*. Trad. Jasone Aldekoa. Bilbao: desclé de Brouwer.
- Echeburúa, E. (1998). *¿Qué terapias psicológicas son eficaces? Un reto ante el 2000*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 3, 149-160.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2001). *Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica*. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Pp.181-204.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P. y López, R. (2010). *Terapias psicológicas basadas en la evidencia: Limitaciones y retos de futuro*. España: Universidad del País Vasco. P. 248.
- Elkin, I. (1994). *El tratamiento de la depresión: Colaboración en el programa de investigación*. Nueva York: John Wiley. P. 114-139.

- Ellis, A. (1992c). *Terapia Racional Emotiva con alcohólicos y toxicómanos: Manual para profesionales de la psicología*. Trad. Connie Boulandier. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Ellis, A. (1998). *Una terapia breve más profunda y duradera: Enfoque teórico de la terapia racional emotiva*. Trad. Isabel Custodio. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Ellis, A. (2000). *Rational-emotive behavior therapy as internal control psychology*. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*. 18, 19-38.
- Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona, España: Paidós. p. 30-34.
- Feixas, G., y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia* (3ª ed.). Bilbao: DDB.
- Fernández-Ríos, L. (2004). *Manual de Psicología preventiva, teoría y práctica*. España: siglo XXI.
- Fernández-Ríos, L. (2004). *Ciencia de la prevención: Fundamentos y perspectivas. Implicaciones en psicología*. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina Barna*.
- Flanagan, R y Kaufman, A. (2006). *WISC-IV: Escala de inteligencia para niños*. México: Manual Moderno.
- Frank, R. & Elliott, T. (2000). *Manual de psicología de la rehabilitación*. Washington: APA Press.
- Frías, M. y Pascual, J. (2003). *Psicología clínica basada en pruebas: Efecto del tratamiento*. España: Valencia, (85).
- Frostig, M. (1990). *Test del desarrollo de la percepción visual: DTVP-2*. México: Manual Moderno.
- García, C. (2004). *Detención del pensamiento*. España: ESMD-UBEDA.
- García, H. (2006). *Modelo de resolución de problemas y toma de decisiones*. España: ESMD-UBEDA.
- García, M. (2010). *La psicoterapia hoy desde un enfoque cognitivo conductual*. Madrid: Universidad Complutense.
- García, S. (2007). *Orientación familiar*. México: Limusa.
- Garrison, M. y Lorede, O. (2002). *Psicología*. México: McGraw Hill.
- Garzón, R. (2008). *Aprendizaje social*. Colombia: Universidad de Psicología.
- Gotlib, I. & Neubauer, D. (2000). *Attentional Biases for Negative Interpersonal Stimuli in Clinical Depression*. *Journal of Abnormal Psychology*. 113, 127–135
- Gould, R., Otto M. y Pollack, M. (1995). *Metaanálisis del tratamiento de los desórdenes de pánico*. *Revista de Psicología Clínica*. 15, 819.
- Goyheneix, J. (2003). *Tratamiento cognitivo y conductual para pacientes con trastorno de ansiedad generalizada*. Buenos Aires: Universidad de Belgrano.
- Graham, J. (2006). *MMPI: Guía práctica*. México: El Manual Moderno.
- Gregory, R. (2012d). *Pruebas psicológicas; Historia, principios y aplicaciones*. Editorial: Pearson.
- Hart, K. (2000). *Cognitive Behavioral Procedures with Children and Adolescents*. Boston: Allyn and Bacon.
- Hart, T. (2000). *Conocer la teoría transpersonal: Explorar el horizonte de la conciencia*. NY: State University Press.
- Hastie, R. (2001). *Toma de decisiones y problemas de juicio*. *Revista Anual de Psicología*. (52) 653-83.

- Haynes, N. y O'Brien, W. (2000). *Principios de Comportamiento, Evaluación: Un enfoque funcional de Evaluación Psicológica*. Nueva York: Kluwer Press.
- Hernández-Guzmán, L. (1996). *Un enfoque integral al bajo rendimiento escolar. Programa para seminario de estudio independiente*. Maestría en psicología educativa Facultad de psicología: UNAM.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: Niños mentalmente sanos*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Hernández-Guzmán, L. y Sánchez-Sosa, J. (1997). *Contribución de la psicología al conocimiento y solución de problemas humanos*. México: Unión de Universidades de América Latina.
- Hernandez, N. y Sanchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitiva conductual para trastornos de la salud*. México: Libros en Real.
- Hidalgo, J. y González, M. (2004). *Psicología de la Salud y Psicología Educativa: El arte del mantenimiento de la salud*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM
- Hunsley, J. & Bailey, J. M. (1999). *Psychological Assessment. Psychological Assessment: A. P. A. Vol. 13(4)*, 472-485.
- Jacobson E. (1938). *Relajación Progresiva*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jiménez, F. (2001). *Programa de Prevención Psicológica*. México: UNAM.
- Jiménez, F. (2002). *La Prevención Psicológica: Un marco teórico*. *Revista Mexicana de Psicología*. 3,121-133.
- Jiménez, F. (2005). *Autoestima en madres de familia: análisis etiológico de los predictores en la crianza y la historia personal*. México: UNAM, Facultad de psicología.
- Kanfer, F. & Goldstein, A. (1992). *Como ayudar al cambio en psicoterapia: Un manual de métodos*. Trad. Luisa Sánchez. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kazdin, A. E. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones practicas*. Trad. Carolina Partida. México: Manual Moderno.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en Psicología Clínica*. 3ª Ed. Ciudad de México: Prentice Hall.
- Kendall, P. & Norton, J. (1999). *Psicología clínica: Perspectivas científicas y profesionales*. Trad. Humberto Aceves. México: Limusa.
- Kessler, R. (1999). *Subtipos de fobia social en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica*. *Archivos Generales de Psiquiatría*. 155, 613.
- Kinoy, B. (2001). *Desordenes alimenticios: Las nuevas direcciones de tratamiento y recuperación*. Nueva York: Columbia University Press.
- Klein, S. (1994). *Aprendizaje: Principios y aplicaciones*. Trad. Matías López. Madrid: McGraw-Hill.
- Kutchins, H., & Kirk, S. A. (1997). *Making us crazy: DSM The psychiatric bible and creation of mental*. New York: Free Press
- Labarthe, D. (1999). *Primordial prevention of cardiovascular risk factors in the first place*. Preventive Medicine 1999.
- Lambert, M. y Bergin, A. (1994). *La psicoterapia efectiva*. Nueva York: John Wiley. P. 143-189.
- Lazarus, A. (2000). *El enfoque multimodal: Una psicoterapia breve pero complete*. México: Desclée De Brouwer.
- Lazarus, R. (2000). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Linscott, J. y DiGiuseppe, R. (1998). *Evaluación cognitiva: Las evaluaciones comportamentales*. New York: Pergamon Press.

- Longmore, R. y Worrell, M. (2007). *¿Necesitamos desafiar los pensamientos en la terapia cognitivo conductual?* *Revista de Psicología Clínica*. 27, 173-180.
- Lyons, L. & Woods, P. (1991). *La eficacia de la Terapia Racional Emotiva: Una revisión cuantitativa de la investigación*. *Revisión Psicología Clínica*. 1, 357.
- Mahoney, M. (1998). *Temas esenciales en la formación de psicoterapeuta*. *Psicoterapia en privado*. Cambridge: Ballinger.
- Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. España: Paidós.
- Marlatt, G. (2007). *La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo conductual*. Barcelona: Ediciones Citran.
- Marks M. y Mathews M., (1979). *Brief standard self-rating for phobic patients*. *Behaviour Research and Therapy*. 17, 263.
- Masser, J., Klaeber, C. y Weise, R. (1991). *International use and attitudes toward DSM IV: Growing consensus in psychiatric classification*. *Journal of abnormal Psychology*. 100, 271.
- Massun, L. (1991). *Prevención del uso indebido de drogas*. México: Trillas.
- Mazur, J. (1990). *Learning and Behavior*. New Jersey: Prentice Hall
- McFall, R. M., (1999). *Manifiesto por la ciencia de la psicología clínica*. *La psicología clínica*. 44, 74-88.
- Medin, D. L. y Heit, E. (1999). *Categorización: Ciencias cognitiva*. San Diego: Academia de Investigación.
- Meichenbaum, D. (1991). *Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos: Guía practica para los profesionales de la salud*. Trad. Connie Boulandier. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Meichenbaum, D. (1995). *La terapia cognitivo conductual para la integración de la psicoterapia*. New York: Springer.
- Melgar, G. (1994). *Test fonológico para niños*. México: Trillas.
- Mineka, S. (1992). *Evolutionary memories, emotional processing and the emotional disorders*. *The Psychology of Learning and Motivation*, 28, 164-205.
- Mohanty, S., Pati, N y Kumar. (1998). *Efectos en la aplicación de economía de fichas en pacientes agresivos y con retraso mental*. *Ciencia Social Internacional*. 14, 84-97.
- Montero, I. y León O. G., (2002). *Clasificación y descripción metodológica de la investigación en Psicología*. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2, 503-508.
- Moreno, K. (1999). *Como proteger a tus hijos contra las drogas: Guía practica para padres de familia*. México: Centros de Integración Juvenil.
- Morris, G. (1997). *Introducción a la Psicología*. México: Prentice Hall.
- Morris, J. (2008). *DMS IV: Guía para el diagnóstico clínico*. México. Manual Moderno.
- Morris, G. y Maisto, A. (2005) "Introducción a la psicología"; México: Pearson–Prentice Hall.
- Nathan, P., Stuart, S. y Dolan, S. (2000). *Investigación en psicoterapia: Eficacia y Efectividad*. *Boletín de psicología*, 126, 964.
- Navas, J. (1996). *Conceptos y teorías del aprendizaje*. Colombia: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Nieto, M. (1996). *Exploración del nivel lingüístico en edad escolar: Prueba de lenguaje oral*. México: McGraw-Hill
- Norcross, J., Krag, R. y Prochaska, J. (1997). *La psicología clínica en 1990's*. *Revista de psicología clínica*, 50, 4-9.

- Padmal, S. y Stanley, R. (1995). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. Trad. Jasone Adekoa. Bilbao: Descleé Brouwer.
- Pedreschi, J. (2002). *Factores de riesgo familiares para la depresión en niños*. Universidad de Belgrano: Departamento de investigación.
- Pozo, J. (2004). *Teorías cognitivas del aprendizaje*. Madrid: Morata.
- Ruiz, J y Cano, J. (2002). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. R&C: Editores.
- Ruiz S. & Imbernan, J. (1996). *Como afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva*. España: ESMD-UBEDA.
- Rivadeneira C. Dahab, J. y Micini, A. (2005). *¿Qué es la terapia cognitivo conductual? Revista de terapia cognitivo conductual*. (8).
- Sánchez, J., Rosa, A. y Olivares, J. (1999). *Las técnicas cognitivo conductuales en problemas clínicos y de salud*. España: Psicothema.
- Sanchez-Sosa, J. (1999). *Contribución de la psicología al conocimiento y solución de problemas humanos*. México: Unión de Universidades de América Latina.
- Shapiro, J., Leifer, M., Martone, M. y Kassem, L. (1990). *Multimethod assessment of depression in sexually abused girls*. *Journal of Personality Assessment*. 55, 234-248.
- Schunk, A. (1997). *Teorías del Aprendizaje*. México: Prentice Hall.
- Taylor, S., Reppeti, L. & Seeman T. (1997). *Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? Annual Review of Psychology*. 48, 411-447.
- Trull, T. y Phares, E. (2003). *Psicología clínica; conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thompson.
- Turcker, G. (1998). *Una perspectiva puesta en el DSM-IV*. *Revista de psiquiatría*. 155,159-161
- Vallejo, R. y Gastó, F. (2000). *Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión*. Barcelona: Elsevier; México: Salvat.
- Walters, G. (2000). *Conducta de autocontrol para los problemas del alcohol: Metaanálisis de un estudio de control*. *Terapia del Comportamiento*. 31, 135-149.
- Westbrook, D. y Kirk, J. (2005). *The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy*. *Behaviour Research and Therapy*. 43,1243-1261.
- Wielkiewicz, R. (1993). *Manejo conductual en las escuelas. Principios y métodos*. México: Limusa
- Wilson, G. (1999). *Terapia cognitivo conductual para los trastornos alimenticios*. *Revista de Investigación de la terapia conductual*. Suplemento 1
- Wolpe, J. (1993). *Práctica de la terapia de la conducta*. Trad. Francisco Cabrera. México: Trillas.

#### Webgrafía

- Asociación de Psicología Americana.  
[www.apa.org/pi/parent.html](http://www.apa.org/pi/parent.html)
- Blanco, L. y Gamarra, D. (2012). *Aprendizaje cognoscitivo social*.  
<http://teoriasdelaprendizaje.wikispaces.com>
- García, J., (2012). *Análisis Funcional en la terapia cognitivo-conductual*.  
[www.psicoterapeutas.com/tratamientos/analisis\\_funcional\\_html](http://www.psicoterapeutas.com/tratamientos/analisis_funcional_html).
- Investigación preventiva. (2002-2012). *Programas de prevención*.  
<http://www.preventionresearch.org>