

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL:

ANTECEDENTES TECNICAS

Elisardo Becoña Iglesias* Luis A. Oblitas Guadalupe**

Universidad de Santiago de Compostela España
Universidad Intercontinental México

En el presente trabajo de análisis teórico se describe los antecedentes históricos que dieron origen a la terapia cognitivo-conductual, se aborda con detalle cuatro principales técnicas, a saber: terapia racional emotiva de Ellis, terapia cognitiva de Beck, entrenamiento en inoculación del estrés de Meichenbaum y la terapia de solución de problemas de D'Zurilla (introducción, técnica y aplicaciones).

Palabras clave: Terapia cognitivo-conductual, antecedentes, técnicas.

In the current work of theoretical analysis, it will be described the historic antecedents that made up the cognitive-conductive therapy. Four technical principles are carefully developed, i.e.: Ellis' rational emotive therapy, Beck's cognitive therapy, Meichenbaum's training on stress inoculation and D'Zurilla's solving problem therapy (technical introduction and application).

Key words: cognitive-conductive therapy, antecedents, techniques.

I. ANTECEDENTES DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

La psicología de nuestro siglo se ha caracterizado por ser multifacética, en tensión dinámica entre tres poderosas fuerzas en la experiencia humana: hacer, pensar y sentir (Mahoney, 1991). Para los conductistas la conducta o acción y sus consecuencias determina

la cognición y el afecto: para los cognitivistas el papel central se le da a la cognición, de tal modo que su afirmación esencial es que "como tú piensas tú sientes y actúas". Finalmente, para los teóricos emotivos, el sentimiento es primario y es lo más poderoso.

El estudio de las experiencias privadas de las personas fue uno de los temas centrales de los orígenes de la psicología científica desde, Wundt.

* Elisardo Becoña : Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Psicología, 15706 Santiago de Compostela, Galicia, España. Fax (34-81) 59 26 24.

** Luis A. Oblitas: Universidad Intercontinental, Extensión Universitaria. Av. Insurgentes Sur 4303, C.P. 14420 México, D.F. México. Fax 573 12 53.

Sin embargo, dependiendo de la concepción de la ciencia y de la psicología ha estado inicialmente considerada como objeto de investigación científica, luego apartada por el conductismo y, a partir de la segunda mitad de este siglo, se produce lo que muchos han denominado la revolución cognitiva con el reconocimiento de los procesos internos y la posibilidad de su estudio científico.

En nuestra consideración los elementos más relevantes que han catalizado el surgimiento y expansión de la terapia cognitivo-conductual en los años 60 han sido: la filosofía griega, especialmente la socrática y epicúrea; el conductismo mediacional, con autores como Tolman y su conducta propositiva; Cautela con sus operantes encubiertos y Bandura con su aprendizaje social: los estudios de la psicología experimental y social sobre atención, memoria, percepción, etc; los cuales mostraron como éstos procesos psicológicos median la conducta humana y, por tanto, es necesario no sólo investigarlos sino aplicarlos para el cambio de la conducta humana; el desarrollo de la psicología clínica, con la ampliación de su campo de intervención, el surgimiento de nuevos problemas, y la necesidad sentida por muchos autores, como es representativo los ejemplos de Ellis y Beck, de desechar modelos inadecuados de la conducta anormal como el psicoanálisis, pero sin renunciar a los procesos mediacionales, como hacía el conductismo tradicional, ni renunciar a la verificación empírica de las técnicas de tratamiento.

Al mismo tiempo podemos considerar varios hechos que facilitan la aparición y rápida implantación de las terapias cognitivo-conductuales. Primeramente, la complejidad de los problemas de

los clientes, la aparición de nuevos trastornos clínicos como consecuencia de una sociedad más compleja. Esto es una de las consecuencias de la adquisición del rol del psicólogo clínico como terapeuta, ampliar su campo de intervención (clínico, comunitario, salud mental, psicología de la salud, infanto-juvenil, vejez, etc), y solicitarle otros profesionales soluciones a distintos problemas. En segundo lugar, la dificultad de eliminar, a pesar de la dificultad de su validación empírica, de las intervenciones clínicas aspectos como valores, creencias, verbalizaciones, cogniciones, pensamientos, sentimientos etc. Un clínico puede considerar la posibilidad empírica de tomar o no en consideración estos constructos, la gran mayoría inobservables, pero la realidad nos enseña que están presentes en la intervención, que se usan y que trabaja con ellos a lo largo de cualquier intervención terapéutica, insistiendo la terapia cognitiva en que éstos elementos encubiertos, las cogniciones por ejemplo, son elementos causales de la conducta manifiesta.

En tercer lugar, la psicología experimental ha mostrado que muchos de estos constructos que a partir de Watson (1913) y su famosa declaración sobre el objeto y método de estudio de la psicología fueron eliminados como objeto de estudio de la psicología, también puede estudiarse a través de distintas tareas o de las verbalizaciones del sujeto. Con ello se abre la posibilidad de estudiar junto a la conducta manifiesta la conducta encubierta, la mente en sentido popular, aunque esta dicotomía se ha mantenido y se mantendrá durante mucho tiempo al tener una fuerte carga filosófica (Rachlin, 1994). Y en cuarto lugar, la mayor comodidad del clínico de trabajar en un

modelo teórico que reconozca la viabilidad de utilizar al mismo nivel, o en distintos niveles, tanto la conducta manifiesta como la encubierta y, dentro de ésta, reconocer la utilidad de los pensamientos, sentimientos, creencias, etc.; como causales de la conducta en todas o en alguna ocasión.

Esta última razón, quizás, es la que mejor explica el gran auge de las terapias cognitivo-conductuales, dado que la psicología es todavía una ciencia joven de solo 100 años y aún no tiene claramente establecidos sus pilares esenciales, aunque una parte de los mismos hoy ya están claros (ej. procesos de aprendizaje, procesos de atención, retención y memoria; proceso de socialización y desarrollo evolutivo; etc.). Esto explica que haya habido un trasvase de la consideración de ser terapeuta conductual a terapeuta cognitivo-conductual en casi todo, hecho que explica que en la actualidad, siguiendo la encuesta más reciente de los miembros de la Asociación Americana para el Progreso de la Terapia de Conducta (AABT), el 67.4% se consideran de la orientación cognitivo-conductual, el 19.9 % conductuales, el 8.7% otros y un 4% cognitivos (The Behavior Therapist, 1994).

Uno de los hechos iniciales más importantes en el surgimiento de las terapias cognitivo-conductuales fue la publicación del libro de Ellis (1962) titulado *Razón y emoción en psicoterapia*, como el artículo de Beck (1963) "*Thinking and depression*", que es otro hito precursor del surgimiento de la terapia cognitiva. Años después, a mediados de los 70, se publican los primeros manuales sobre las terapias cognitivo-conductuales (Kendall y Hollon, 1979, Mahoney, 1974, Meichenbaum, 1977), el manual de

tratamiento de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) aplicando la terapia cognitiva a la depresión, produciéndose a partir de ahí su paulatina consolidación. Hoy asistimos a una eclosión de las terapias cognitivo-conductuales.

Los antecedentes cercanos de las terapias cognitivo-conductuales se asientan en el descontento con el psicoanálisis, la limitación del modelo conductual E-R, la extensión de la psicología clínica en la aplicación de tratamientos psicológicos a problemas cada vez más complejos, y una base filosófica en la que se hace una consideración global del ser humano en la que la conducta, sus pensamientos y sentimientos se consideran al mismo nivel.

Aunque no todos estarían totalmente de acuerdo, Ingram y Scott (1990) indican que todas las terapias cognitivo-conductuales se basan en siete supuestos: (a) Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales más que a los eventos per se; (b) El aprendizaje está mediado cognitivamente; (c) La cognición media la disfunción emocional y conductual. Debe ser notado que esta asunción no implica una focalización lineal donde la cognición es primaria, sino más bien que las variables cognitivas están interrelacionadas con variables afectivas y conductuales y entonces afecta a estas variables (y viceversa); (d) Al menos algunas formas de cognición pueden ser monitorizadas; (e) Al menos algunas formas de cognición pueden ser alteradas; (f) Como un corolario de los números (c), (d), y (e), alterando la cognición podemos cambiar patrones disfuncionales emocionales y conductuales, (g) Ambos métodos de cambio

terapéutico, cognitivo y conductual, son deseables y deben ser integrados en la intervención.

A su vez éstas tienen como rasgos o características las siguientes: (a) Las variables cognitivas son importantes mecanismos causales. Esto no implica que no haya también otros significativos mecanismos causales, pero las variables cognitivas son importantes en la constelación de los procesos que eliciten el comienzo y curso de un trastorno. (b) A partir de la asunción de que las variables cognitivas se presume que son agentes causales, al menos algunos de los métodos y técnicas de la intervención se dirigen específicamente a objetivos cognitivos. (c) Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, particularmente las variables cognitivas. (d) Las aproximaciones cognitivo-conductuales emplean tácticas terapéuticas tanto cognitivas como conductuales. Típicamente, sin embargo, cada táctica conductual es dirigida a objetivos cognitivos, tal como es el caso de la aproximación de Beck et al. (1979) a la depresión, en donde emplea la asignación de tareas para casa (elemento conductual) para ayudar a modificar los pensamientos y creencias disfuncionales. (e) Hay un importante énfasis en la verificación empírica. Este énfasis está manifestado en dos dominios distintos. El primero es la investigación empírica diseñada para establecer la eficacia de los procedimientos terapéuticos y ayudar a determinar los procesos por los que estos procedimientos funcionan.

El segundo es un énfasis dentro de la actual terapia empleando evaluación objetiva para examinar el progreso terapéutico. Así en el

tratamiento de la depresión de Beck se recomienda la utilización del BDI (Inventario de la Depresión de Beck) para ayudar a evaluar objetivamente el rango y grado de los síntomas depresivos del cliente. 6) Las aproximaciones cognitivo-conductuales son habitualmente de tiempo limitado, o al menos no se consideran terapias a largo plazo en el sentido clásico. (f) Las aproximaciones cognitivo-conductuales son empresas colaborativas ("empirismo colaborativo" donde el cliente y el terapeuta forman una alianza de trabajo para aliviar el pensamiento y conducta disfuncional, (g) Los terapeutas cognitivo-conductuales son activos y directos más que pasivos y no directivos. (h) Las aproximaciones cognitivo-conductuales son educativas en su naturaleza. Esto es, los clientes deben aceptar la validez del modelo cognitivo-conductual de su trastorno para a modificar su conducta y cognición disfuncional.

Un concepto central para la terapia cognitiva es el de *cognición*. Para Beck et al. (1979) una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de conciencia del sujeto. Las cogniciones se basan en los esquemas desarrollados en experiencias anteriores. Los esquemas serían las actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto. Por tanto, las cogniciones están supeditadas a estos esquemas. Sin embargo, ha sido Marzillier (1980) quien ha distinguido tres elementos de la cognición: los eventos cognitivos, los procesos cognitivos y las estructuras cognitivas. Los *eventos cognitivos* son los pensamientos e imágenes que ocurren en la corriente de la conciencia (Marzillier, 1980), que son identificables, conscientes. Incluiría, por tanto, pensamientos, imágenes y sentimientos. Los

procesos cognitivos atañen al modo como transformamos y procesamos los estímulos ambientales (Marzillier, 1980), lo que supone el modo en que nosotros automática o inconscientemente procesamos la información, incluyendo la atención, abstracción y codificación de la información, mecanismo de búsqueda y almacenamiento, procesos inferenciales y de recuperación. Estos procesos forman las representaciones mentales y los esquemas. Finalmente, las *estructuras cognitivas* son características cognitivas generales, como las creencias y actitudes, asunciones tácitas, compromisos y significados, que influyen en la manera habitual de construirse a uno mismo y al mundo (Meichenbaum, 1985).

Las estructuras cognitivas pueden estimarse de un esquema que esté implícito u operando a un nivel inconsciente, siendo altamente interdependiente, estando probablemente las estructuras ordenadas jerárquicamente. Los esquemas son organizaciones mentales de experiencia que influyen en el modo como la información es procesada y el modo como la conducta está organizada.

Para la terapia cognitiva es necesario conocer y evaluar primeramente los pensamientos y los tipos de procesos cognitivos que utiliza la persona. Estos, y su modificación, cuando son disfuncionales, van a constituir el objetivo de la terapia, aunque la misma pretende que se den tanto cambios cognitivos como cambios conductuales en el funcionamiento cotidiano del sujeto.

Recientemente, Meichenbaum (1993) analiza las tres metáforas que se han utilizado para

explicar el rol que las cogniciones juegan para el cambio de la conducta, como son la cognición como una forma de condicionamiento, procesamiento de información y construcción narrativa. Esto explica la conceptualización de la cognición desde una perspectiva de condicionamiento, como propuso Homme (1965) o Cautela (1973), a una perspectiva donde se hace el símil de la mente como un computador y, la perspectiva más reciente, la constructivista, en la que se entiende que el cliente es un arquitecto y constructor de su ambiente y, por tanto, de su realidad personal y de sus modelos representacionales del mundo.

Existe un gran número de terapias cognitivo-conductuales (cfr. Dobson, 1988; McMullin, 1986) que se han visto reflejadas en una importante aplicación de las mismas a distintos problemas comportamentales. Se han hecho varias clasificaciones de las terapias cognitivo-conductuales. Una de las más influyentes ha sido la de Mahoney y Arkhoff (1978) quienes las dividieron en tres grandes grupos: terapias de reestructuración cognitiva, terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones y terapias de solución de problemas. Dentro de las primeras incluyeron la terapia racional-emotiva de Ellis, el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum, la terapia cognitiva de Beck y la reestructuración racional-sistemática de Goldfried. Dentro de la terapia de afrontamiento para manejar situaciones el modelado encubierto de Cautela, el entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones de Goldfried, el entrenamiento en manejo de la ansiedad de Suinn y el entrenamiento en inculcación de estrés de Meichenbaum. Finalmente, dentro de las terapias de solución de

problemas incluyeron tres: la terapia de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried, la terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure y la ciencia personal de Mahoney.

Posteriormente, Hollen y Beck (1986) han sugerido tres categorías para clasificar las terapias cognitivo-conductuales: las que enfatizan la racionalidad, como la terapia racional emotiva de Ellis; las que enfatizan el empirismo, como la terapia cognitiva de Beck y los procedimientos que enfatizan la repetición, como el entrenamiento en inoculación de estrés.

Más recientemente, Hollon y Beck (1994) apuntan como las más relevantes la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y la terapia de solución de problemas de D'Zurilla.

II. LAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

De las terapias cognitivas existentes en la actualidad existe un acuerdo generalizado de que las más relevantes, por su utilidad y aplicabilidad clínica (ej. Haaga y Davison, 1991; Dobson y Beck, 1994; Mahoney, 1993) son la terapia racional-emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y el entrenamiento en solución de problemas de D'Zurilla.

A continuación presentamos la descripción y características más relevantes de cada una de ellas.

1. *La terapia racional-emotiva de Ellis*

-Introducción

Le cabe el honor a Albert Ellis de ser uno de los padres de la actual terapia cognitiva, él prefiere decir el padre de la terapia racional-emotiva y el abuelo de la terapia cognitivo-conductual (Ellis, 1992), o el más destacado de los precursores de la terapia cognitiva. Su libro publicado en 1962 *Razón y emoción en psicoterapia* (Ellis, 1962) muestra las líneas fundamentales de su pensamiento que ha ido expandiendo en numerables libros y artículos hasta la actualidad. Aunque la terapia racional-emotiva, según el propio Ellis (1993b), ya en el año 1955 era altamente cognitiva, positivista y muy activa-directiva, su relevancia no fue clara hasta los años 70, coincidiendo con el boom de la terapia cognitiva y, especialmente, a partir de las aplicaciones más sistematizadas de Beck a distintos trastornos emocionales como veremos posteriormente. De modo semejante a otros autores cognitivos, esta terapia surge por la insatisfacción con el psicoanálisis como técnica de intervención.

-Técnicas

La terapia racional-emotiva se basa en el esquema ABC, el cual constituye la teoría de Ellis sobre como las personas tienen trastornos. A es cualquier evento activante, que según las creencias (B) racionales o irracionales que se tengan sobre A producirá consecuencias (C) conductuales y emocionales. Las creencias, racionales o irracionales; están en la base de las consecuencias que va a percibir la persona. La terapia se va a

centrar, mediante la disputa (D), en cambiar dichas creencias irracionales. Subyacente a lo anterior está una de las ideas centrales de Ellis: muchos, por no decir todos, de los problemas emocionales que tienen las personas, se deben a su modo erróneo e irracional de pensar.

Ellis fue uno de los primeros en apuntar que el pensamiento, la emoción y la conducta están íntimamente interrelacionados entre sí y que el cambio en uno de ellos influye en los otros, cargando las tintas en la importancia del cambio cognitivo, de las creencias y pensamientos irracionales, como necesarios para cambiar los componentes emocionales y conductuales. Las ideas irracionales más comunes que tienen las personas son las siguientes: (a) La idea de que uno debe ser amado y aceptado por cualquier persona significativa y relevante de su vida; (b) La idea de que uno tiene que ser muy competente y eficaz para poderse considerar útil y válido; (c) La idea de que hay un cierto tipo de gente indeseable y despreciable que debería ser severamente castigada; (d) La idea de que es terrible y catastrófico que las cosas no sucedan como a uno le gustaría; (e) La idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente no tiene ninguna posibilidad de controlarlas; (f) La idea de que si algo puede llegar a ser peligroso o terrible uno debe estar muy preocupado y deberá estar pensando constantemente en la posibilidad de que esto ocurra; (g) La idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida; (h) La idea de que se debe depender de los demás y que se necesita a alguien más fuerte en quien confiar; (i) La idea de que uno deberá sentirse muy preocupado por los demás y

las perturbaciones de los demás; y, (j) La idea de que existe invariablemente una solución precisa y correcta para los problemas y que es terrible si uno no da con esa solución maravillosa.

Estas ideas irracionales pueden sintetizarse en tres : a) la de que debo ser competente, adecuado, eficaz y que tengo que ganar la aprobación y aceptación de cualquier persona relevante de mi vida; b) la de que los demás me deberían tratar con cariño, bondadosamente, cuando yo lo quisiera; y, c) de que necesito y tengo que poseer aquellas cosas que realmente quiero.

Las técnicas que utiliza Ellis son básicamente cognitivas en sus inicios, aunque en los últimos años ha incluido igualmente componentes conductuales (cfr. Carrasco, 1993; Dryden, 1995; Ellis y Dryden, 1987; Lega, 1991) y, curiosamente, como le gusta hacer de modo provocativo a Ellis, recientemente (Ellis 1993a) ha publicado un artículo en *The Behavior Therapist*, red denominando a su terapia con el nombre de *terapia de conducta racional emotiva*. Este último hecho refleja muy bien la fuerza, convicción y dominio terapéutico que ha tenido Ellis a lo largo de su vida (Lega, 1991), lo que le hace a sus 82 años uno de los terapeutas más famosos de Estados Unidos y de medio mundo.

Entre las técnicas cognitivas destaca su debate filosófico, la detección de las creencias irracionales y las técnicas de persuasión verbal y diálogo socrático, como análisis y evaluación lógica, reducción al absurdo, análisis y evaluación empírica, reacción incrédula del terapeuta, analogías, fantasía racional-emotiva, etc. Junto a ellas se complementa con técnicas conductuales, técnicas emocionales

(ej.: ataque a la vergüenza) y las tareas para la casa. Debemos indicar que Ellis da una gran importancia al contacto terapéutico, a la empatía con los clientes y a mostrarse activo-directivo con ellos con un buen uso de la dialéctica y del sentido del humor. Lo que se pretende finalmente es que el cliente adquiera una nueva filosofía de vida, donde cambie sus creencias o pensamientos irracionales, que le crean su problema, por creencias y pensamientos racionales, lo que lleva en muchos casos necesariamente a una nueva filosofía de la vida fruto del cambio emocional y conductual correlativo.

Sin embargo, una crítica que es necesaria indicar (cfr. Haaga y Davison, 1993) es que en muchas ocasiones nos queda claro qué se aplica dentro de la terapia racional-emotiva y la evolución del propio Ellis en sus publicaciones es fiel reflejo de eso. Al tener esta terapia un fuerte componente clínico a veces pierde los rasgos esenciales de las características que hemos expuesto anteriormente. Y, para la evaluación de la terapia racional-emotiva, esto a veces es un grave problema o, incluso, se puede llegar a concluir que la TRE no es posible de evaluar por los sistemas de evaluación de resultado científicos.

-Aplicaciones

La terapia racional emotiva ha sido aplicada a distintos transtornos emocionales (Dryden, 1995; Ellis y Dryden, 1987; Ellis y Grieger, 1976, 1986), aunque su eficacia no ha sido claramente demostrada (cfr. Carrasco, 1993), aunque su planteamiento filosófico y teórico es fácilmente asumible y sus principios esenciales han sido asumidos o ampliados por otros terapeutas

cognitivos, especialmente en la terapia cognitiva de Beck. O, como afirma Haaga y Davison (1993) su impacto profesional excede su estatus científico, siendo visto por los clínicos norteamericanos como uno de los principales, o el principal, influyente psicoterapeuta.

Es muy difícil evaluar las asunciones de la terapia racional-emotiva (Haaga y Davison, 1993). Ellis llega a afirmar que su terapia responde adecuadamente bien en la fase inicial de disputa con el 30 % de sus pacientes (Ellis, Young y Lockwood, 1987), al tiempo que afirma que si la terapia racional-emotiva "no parece trabajar adecuadamente en casos individuales, yo añado otras modalidades terapéuticas" (Ellis, 1989, p. 219), en la línea de las técnicas que hemos apuntado en sus últimas versiones de la terapia racional-emotiva.

2. La terapia cognitiva de Beck

-Introducción

De modo semejante a Ellis, Aaron T. Beck fue formado en el campo psicoanalítico y ante las limitaciones y baja efectividad de éste se planteó la validación empírica de distintas formulaciones sobre la depresión lo que le condujo a desechar paulatinamente el psicoanálisis, realizar estudios que han aportado un conocimiento esencial sobre la depresión y los estados emocionales, proponer un modelo cognitivo de la depresión y un tratamiento sumamente efectivo, y combinar las técnicas conductuales como elemento unido a las técnicas cognitivas en el trabajo práctico.

Beck es hoy conocido por su aportación esencial al tratamiento de la depresión (Beck, 1967, 1976; Beck, Rush, Rush, Shaw y Emery, 1979). Dada la alta prevalencia de este trastorno, las miles de consultas anuales que se realizan a psiquiatras y psicólogos clínicos cada año y la necesidad de contar con técnicas efectivas hacen de Beck y sus aportaciones al tratamiento de la depresión uno de los autores más relevantes de la psicología clínica de las últimas décadas, al proponer su terapia cognitiva, de gran efectividad en el tratamiento de la depresión, que se basa en su modelo de la depresión (Beck et al., 1979) dentro del cual considera la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. La tríada cognitiva atañe a tres patrones cognitivos inadecuados presentes en el paciente depresivo: visión negativa del paciente acerca de sí mismo, tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa y visión negativa acerca de su futuro. Los esquemas, definidos como las actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto, son los que le permiten transformar los datos que percibe el sujeto en cogniciones. Dependiendo de los esquemas el sujeto desarrollará cogniciones o pensamientos adecuados o inadecuados (pensamientos automático negativos en el caso de la depresión).

El tercer componente de su modelo cognitivo de la depresión son los errores cognitivos o errores en el procesamiento de la información. Estos son los que mantienen su creencia de la validez de los conceptos negativos y va a constituir un elemento esencial en la terapia su cambio. Estos son seis: a) *inferencia arbitraria*: sacar una determinada conclusión en ausencia de evidencia

que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión; b) *Abstracción selectiva*: centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, conceptualizando toda la experiencia en base a ese fragmento de la realidad c) *Generalización excesiva*: elaborar una regla, general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como inconexas; d) *Maximización y minimización*: incrementar o disminuir el grado de significación de un suceso o una conducta hasta el punto de distorsionarlo; e) *Personalización*: tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión y; f) *Pensamiento absolutista y dicotómico*: tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas sin tener en cuenta los puntos intermedios.

El tratamiento, por tanto, va a centrarse en detectar las cogniciones erróneas y cambiar las mismas para procesar más adecuadamente la realidad, lo que facilitará y permitirá cambiar la tríada cognitiva de visión negativa de sí mismo de sus experiencias y de su futuro.

Como terapeuta cognitivo, y como una de las aportaciones relevantes de la terapia cognitiva en general, al ser aplicada a la depresión, Beck da un papel destacado a la emoción y, junto con ésta, un papel relevante a la relación terapéutica.

-Técnicas

Aunque la terapia cognitiva de Beck se conoce por este nombre realmente sus técnicas

incluyen técnicas cognitivas y técnicas conductuales. La diferencia que subyace es de enfoque para dominar la terapia cognitiva. Esto es, lo que se pretende es cambiar las cogniciones del sujeto, que son elemento causal de la conducta, a diferencia de las técnicas conductuales tradicionales que sostienen que cambiando la conducta cambian igualmente otros procesos del sujeto como creencias, cogniciones etc. Por ello cualquier técnica que se utiliza, bien sea cognitiva bien sea conductual, se orienta a cambiar inicialmente los pensamientos distorsionados (cogniciones) para luego cambiar el núcleo más profundo y arraigado, los esquemas del sujeto, que son los que le permiten transformar los datos de la realidad en elementos para él interpretables.

Las técnicas cognitivas que se incluyen en la terapia cognitiva de la depresión son (Dobson y Franche, 1991) el registro diario de pensamientos disfuncionales, la comprobación de la realidad, las técnicas de reatribución, las técnicas de solución de problemas, el diseño de experimentos, la refutación con respuestas racionales y la modificación de las suposiciones disfuncionales. Para conseguir esto o para reducir al principio la grave sintomatología depresiva se utiliza otro amplio conjunto de técnicas conductuales como las siguientes: programación de actividades, evaluación de la destreza y del placer, ensayo cognitivo, entrenamiento asertivo y representación de papeles. Igualmente se pueden incluir otras técnicas que sean necesarias para el sujeto, especialmente si tiene otros problemas asociados, aunque, como ya hemos indicado, el modelo cognitivo de la depresión supone que son las cogniciones las que causan y mantienen el problema depresivo. Por

ello la combinación de unas y otras técnicas consiguen el resultado adecuado.

Sería muy extenso describir cada una de las técnicas anteriores, pero para ejemplificar el proceso de tratamiento vamos a analizar, siguiendo el manual de tratamiento de la depresión de Beck et al. (1979), claramente especificado y estructurado sesión a sesión qué pasos y técnicas tenemos que llevar a cabo en una sesión, en nuestro caso en la quinta. La terapia cognitiva de la depresión tiene una duración entre 12 y 15 sesiones, con un máximo de 20. Se sugiere que en las primeras tres semanas se tengan dos sesiones y luego una por semana, cada una de 50 minutos de duración. En la quinta sesión se siguen básicamente seis pasos:

- (a) Seguir el mismo formato general que en la sesión anterior; esto es, preparar la agenda de la sesión sobre lo que se va a tratar en la misma; comentar los problemas y progresos desde la sesión anterior; revisar, otros aspectos relevantes para el tratamiento entre esta sesión y la anterior.
- (b) Revisar el registro de actividades, con especial énfasis en las evaluaciones de dominio y agrado. El registro de actividades constituye un elemento importante en las primeras fases del tratamiento.

En él el sujeto indica todas las actividades que realiza durante el día (ej. levantarse, lavarse, desayunar, coger el coche para ir al trabajo,...). De cada una de ellas debe puntuar de 0 a 10 o de 0 a 100 cual es el dominio de cada una de ellas y cual es el agrado. El dominio atañe al grado en que uno puede realizar la tarea (ej. llamar por teléfono) y el agrado a los sentimientos de placer, diversión o alegría derivados de esta actividad. Claramente,

en un paciente depresivo, el dominio es importante en las tareas cotidianas pero el agrado suele ser bajo o muy bajo. En esta fase el registro de actividades y, a partir de aquí, la programación de actividades y la evaluación de cada una de ellas en las dimensiones de agrado proporciona datos para identificar y corregir las distorsiones cognitivas.

(c) Revisar y discutir los pensamientos automáticos negativos. Gracias al registro de pensamientos y sentimientos que va el paciente abriendo desde que entra en un tratamiento, podemos fácilmente detectar los pensamientos automáticos negativos. Este registro incluye hasta esta sesión tres apartados: la situación (acontecimiento que motivó la emoción desagradable, la corriente de pensamiento o el recuerdo que motivó la emoción desagradable); la emoción (donde debe especificar la emoción -ej: triste, enfadado ansioso, deprimido, etc.-) y la intensidad de la emoción en una escala de 0 a 100; y el pensamiento o pensamientos automáticos, debiendo anotar tanto el pensamiento automático que precede a la emoción o emociones como el grado de creencia en el mismo, en una escala de 0% al 100%. A partir de las anotaciones el terapeuta puede con su cliente revisar, discutir y cambiar los pensamientos automáticos negativos con las técnicas cognitivas (ej. reatribución, prueba de la realidad, etc.) para que el sujeto corrija sus distorsiones.

(d) Enseñar al paciente el modo de evaluar y corregir las distorsiones cognitivas (pensamientos automáticos). A esta altura del tratamiento el paciente ya conoce aspectos importantes de sus pensamientos, especialmente de sus pensamientos negativos. El objetivo es que el paciente pueda

identificarlos claramente y corregirlos con las técnicas que el terapeuta le ha ido entrenando (ej. experimentos personales, prueba de realidad, reatribución, etc.), como con el siguiente paso de dar respuestas racionales a los mismos.

(e) Explicar la forma de empleo del registro diario de pensamientos distorsionados para que ante los pensamientos automáticos dé una respuesta racional. En este caso, el registro que hemos descrito en el punto 3) se amplía a partir de esta sesión con dos apartados más: la respuesta racional y el resultado. Esto es, cuando surge ante una situación una emoción que produce un determinado pensamiento automático hay que proporcionar una respuesta racional que lleve a un resultado distinto al habitual.

En el registro debe anotar en el apartado de la respuesta racional una respuesta racional a los pensamientos automáticos junto con el grado de creencia (0-100%) en la respuesta racional. En el resultado debe reevaluar el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0-100 y evaluar las emociones subsiguientes (0-100). Un ejemplo de ello es cuando una persona se imagina deprimida para siempre (situación: corriente de pensamiento), que produce la emoción de tristeza y ansiedad (intensidad=90), con el pensamiento automático "nunca me curaré": La respuesta racional en este caso es "No estoy tan mal, he estado peor otras veces", con un nivel de creencia del 70%. El resultado lleva a reevaluar la inicial intensidad de 90 del pensamiento automático en 40, manteniéndose la emoción inicial de tristeza y ansiedad en 50.

(f) Emplear el contador de pulsera para registrar y llevar un control de los pensamientos automáticos. Este es un instrumento opcional que permite tener una información más objetiva de los pensamientos automáticos y como van descendiendo conforme se aplica el tratamiento.

(g) Asignar tareas para la casa. Hay que indicar que para la evaluación de los progresos entre sesiones suele ser habitual aplicar el Inventario de la Depresión de Beck sesión a sesión para apreciar de un modo objetivo los cambios que se van produciendo en la sintomatología depresiva.

-Aplicaciones

En el campo del tratamiento de la depresión es indudable la importancia de la terapia cognitiva de la depresión, la cual ha demostrado ser en muchos estudios el tratamiento de elección para la depresión (Beck, 1991). Distintas revisiones han mostrado claramente que la terapia cognitiva es igual o más efectiva que la farmacoterapia (ej., Hollon y Beck, 1994; Robins y Hayes, 1993). Dos de cada tres pacientes depresivos pueden ser tratados eficazmente a corto plazo (Craighead, Evans y Robins, 1992). De especial relevancia es el reciente estudio del Instituto de Salud Mental norteamericano (NIMH) para evaluar tratamientos efectivos para la depresión (Elkin, 1994), en donde compararon la terapia cognitiva de Beck, la psicoterapia interpersonal y la farmacoterapia (imipramina), incluyendo también un grupo de control. Entre las conclusiones de este

bien diseñado estudio en el que han participado 250 pacientes depresivos está que, mientras a corto plazo no hay diferencias significativas entre los cuatro grupos, a largo plazo, en el seguimiento de 18 meses, es la terapia cognitiva la que obtiene los mejores resultados, confirmando así otros anteriores estudios en donde se demuestra que a largo plazo hay menos recaída con la terapia cognitiva de Beck que con otros tratamientos para la depresión.

En los últimos años la terapia cognitiva de Beck se ha expandido a otros campos distintos al de la depresión, como trastornos de ansiedad y pánico (Beck y Emery, 1985), trastornos de la personalidad (Beck, Freeman, Pretzer, Davis, Fleming, Ottaviani, Beck, Simon, Padesky, Meyer y Trexler, 1990); conductas adictivas (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993) y otras como trastornos de la alimentación y obesidad, trastornos infantiles y de la adolescencia, medicina conductual y problemas maritales (cfr. Beck, 1993; Hollon y Beck, 1994).

Mientras que en el campo de la depresión su utilidad es clara, no siempre su aplicación a otros trastornos ha recibido total apoyo (cfr. Robins y Hayes, 1993) aunque las técnicas que incluye en sus últimas aplicaciones son ya paquetes de tratamiento que incluye tanto componentes cognitivos como conductuales y un amplio abanico de técnicas.

3. *El entrenamiento en inoculación de estrés*

-Introducción

Donald Meichenbaum hace su incursión en el campo clínico cuando en 1969 junto con Goodman (Meichenbaum y Goodman, 1969) propone la Técnica autoinstruccional aplicada a niños impulsivos para, cambiando el diálogo interno de los mismos, conseguir incrementar su autocontrol sobre esa conducta. Con posterioridad Meichenbaum elaboró el entrenamiento en inoculación de estrés junto a Cameron en 1973, describiéndolo claramente en el capítulo 5 de su libro de 1977 (Meichenbaum, 1977), que fue uno de los primeros libros sobre terapias cognitivas y que ha tenido una gran influencia entre los clínicos, dado que exponía las técnicas cognitivas disponibles en aquel momento.

Con posterioridad el entrenamiento en inoculación de estrés es ampliado y reelaborado respecto a la formulación de 1977 en el artículo de Meichenbaum y Cameron (1983) y especialmente en el libro de Meichenbaum (1985) dedicado específicamente al entrenamiento en inoculación de estrés.

La formulación de Meichenbaum se ha centrado, a diferencia de los otros autores, en la aplicación de tratamientos psicológicos al estrés y a los problemas asociados al estrés, que constituye una de las principales consecuencias de nuestro sistema social. El objetivo del entrenamiento en inoculación de estrés es que el cliente reciba una inoculación de tensión, de modo paralelo a lo que ocurre cuando nos ponen una vacuna, para que esta inoculación cree anticuerpos psicológicos, estrategias y habilidades psicológicas que puedan

ser utilizadas en situaciones de ansiedad y miedo. Meichenbaum (1985) conceptúa el estrés como una transacción entre el individuo y el ambiente mediado cognitivamente. Esto es, enfatiza el contexto cognitivo interpersonal del estrés.

En la actualidad el entrenamiento en inoculación de estrés es una terapia para abordar distintos problemas relacionados con el estrés, incluyendo tanto técnicas cognitivas como técnicas conductuales.

-Técnicas

El entrenamiento en inoculación de estrés consta de tres fases (Meichenbaum, 1985, Meichenbaum y Cameron, 1983): conceptualización, adquisición y ensayo de habilidades, y aplicación y seguimiento. La primera fase, la de conceptualización, tiene como objetivos: establecer una adecuada relación terapéutica y de colaboración entre el terapeuta y el cliente; identificar los problemas y síntomas relacionados con el estrés con una perspectiva situacional; recoger información sobre ello con entrevistas, cuestionarios, autorregistros, técnicas basadas en la imaginación, etc., evaluar las expectativas del cliente; planificar el tratamiento; explicarle la conceptualización transaccional del estrés, junto con el papel de las cogniciones y las emociones en generar y mantener el estrés; y, analizar las posibles resistencias del cliente y la adherencia al tratamiento.

En la segunda fase, la de adquisición y ensayo de habilidades, se entrena al sujeto en una serie de técnicas para afrontar las situaciones de estrés. Estas son (Meichenbaum, 1985): relajación, estrategias cognitivas, entrenamiento de solución

de problemas, entrenamiento autoinstruccional y negación. De las estrategias anteriores, destacaremos el apartado dedicado a las estrategias cognitivas, a pesar de que también incluye el entrenamiento autoinstruccional y solución de problemas, que son otras estrategias cognitivas. En las estrategias cognitivas incluye la reestructuración cognitiva, tal como plantea Beck y cols. (1979), que ya hemos visto en el apartado anterior, y que posteriormente Beck desarrolló para problemas de ansiedad (Beck y Emery, 1985). Otra innovación es el papel que le da a la negación que, en la línea de Lazarus y Folkman (1984), sugiere su valor en casos en donde el sujeto ve imposible ejercer control sobre la situación de estrés. En este caso serviría como un medio de autoprotección al tiempo que facilitaría el gradual acercamiento al estresor.

En la tercera fase, la de aplicación y seguimiento, tiene que poner en práctica las distintas estrategias que ha aprendido en la fase anterior. Aunque el paso de una a otra fase no es tan clara en la clínica como a nivel conceptual, lo que se va pasando de situaciones más "in vitro", como la denomina Meichenbaum (1985) a situaciones más en vivo, en donde finalmente el sujeto tiene que enfrentarse con el estrés real. Se utilizan para ello estrategias en orden de aproximación a la vida real, de ensayo imaginativo, ensayo conductual, juego de roles y modelado para, finalmente llevar a cabo la exposición graduada en vivo.

Junto al paso paulatino de la situación "in vitro" a la situación en vivo cobra también importancia entrenar en esta fase al sujeto en la prevención de la recaída. Este aspecto, importante

especialmente desde la conceptualización y sugerencia de técnicas para su prevención en las conductas adictivas por parte de Marlatt y Gordon (1985), facilita que el éxito conseguido a corto plazo se mantenga a largo plazo si, como se pretende, evitamos las recaídas que existen en casi todas las conductas conforme transcurre el tiempo. Por ello también incide en la necesidad, en esta última fase, de hacer el seguimiento al sujeto, normalmente de un año, para comprobar y facilitar el mantenimiento de los cambios no sólo a corto sino también a largo plazo.

-Aplicaciones

El entrenamiento en inoculación de estrés se aplicó inicialmente a fobias múltiples (cfr. Meichenbaum, 1977), siendo extendido en los siguientes años a múltiples trastornos, como aparece ejemplificado en los capítulos del libro de Meichenbaum y Jaremkó (1983), tal como problemas de hospitalización, dolor crónico, distintos trastornos psicofisiológicos, afrontamiento en niños ante situaciones de estrés, víctimas de violaciones, reclutas, ansiedad social, ira, etc. La utilidad conceptual del entrenamiento en inoculación de estrés podemos verla igualmente reflejada en muchos libros de casos, como se aprecia en muchos de los capítulos del libro de Maciá y Méndez (1988).

4. Terapia de solución de problemas

-Introducción

De las tres terapias de solución de problemas (SP) indicadas por Mahoney y Arnkoff (1978): la terapia de solución de problemas de D'Zurilla y Golfried (1971), la terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure

(1974) y la ciencia personal de Mahoney (1974, 1977) la que más atención ha recibido, mayor aceptación y utilización es la terapia de solución de problemas sociales de D'Zurilla que en los últimos años ha sido red denominada como Terapia de Solución de Problemas Sociales (D'Zurilla y Nezu, 1982), dado que los problemas con los que se enfrenta una persona pueden ser tanto personales como interpersonales.

Técnicas: las fases de la solución de los problemas sociales

D'Zurilla y Golfried (1971) parten de que los seres humanos se caracterizan por ser solucionadores de problemas, y de que de unas a otras personas existen diferencias en esta habilidad. El entrenamiento en SP se orienta a que la persona adquiera adecuadas habilidades de SP.

La formulación inicial de la SP de D'Zurilla y Golfried (1971) constaba de cinco etapas: a) orientación general; b) definición y formulación de problemas; c) generación de alternativas; d) toma de decisiones; y e) verificación. Estas fases han sido revisadas por D'Zurilla y Nezu (1982) y por D'Zurilla (1986, 1988) reetiquetando dos de las anteriores con los nombres de orientación hacia el problema y ejecución de la solución y verificación. Cada componente, o fase, del proceso tiene un determinado propósito o función. Conjuntamente, se espera que cuando se apliquen los cinco componentes de una forma eficaz a un problema maximicen la probabilidad de descubrir y llevar a cabo la solución más eficaz. El orden de las cinco etapas representa una secuencia lógica y práctica para el entrenamiento, y para una aplicación sistemática y adecuada. Este orden no significa que

la SP se desarrolle siempre en una secuencia unidireccional comenzando en la primera fase y terminando en la última, sino que una buena SP conlleva que el sujeto pase de una fase a otra y pueda retroceder a etapas previas antes de que complete el proceso.

Hay una serie de términos que ha diferenciado para que no se confundan entre si (D'Zurilla, 1986, 1988; D'Zurilla y Golfried 1971; D'Zurilla y Nezu, 1982; Nezu y Nezu, 1991):

-Solución de problemas: proceso cognitivo-afectivo-conductual a través del cual un individuo o un grupo se identifica o descubre medios efectivos para enfrentarse con los problemas que se encuentra en la vida de cada día. Este proceso incluye la generación de soluciones alternativas y la toma de decisiones o elección conductual.

Entiende que la SP sociales es al mismo tiempo un proceso de aprendizaje social, una técnica de automanejo y una estrategia general de afrontamiento.

-Problema: es una situación de la vida que demanda una respuesta para el funcionamiento efectivo, pero para el cual ninguna respuesta efectiva está inmediatamente aparente o disponible en ese momento para el individuo o para el grupo enfrentado con la situación. En esta situación el individuo o el grupo percibe una discrepancia entre "lo que es" (circunstancias actuales o anticipadas) y "lo que debería ser" (circunstancias que se demandan o se desean).

-Solución: es una respuesta de afrontamiento o un patrón de respuesta que es efectivo en alterar la

situación problemática y/o las reacciones personales propias para que no sea percibida a partir de ahí como un problema, mientras que al mismo tiempo maximiza otras consecuencias positivas (beneficios) y minimiza otras consecuencias negativas (costes).

La efectividad de cualquier solución particular puede variar para diferentes individuos o diferentes ambientes, dependiendo de las normas valores y niveles del solucionador del problema o de otras personas significativas que son responsables de juzgar la ejecución del que ha solucionado el problema.

-Puesta en práctica de la solución: ejecución de la respuesta de solución, que no es solo una función de la SP; sino también de otros factores relacionados con la historia de aprendizaje del individuo, tales como déficit de habilidades de ejecución, inhibiciones emocionales y déficits motivacionales (reforzamiento).

-Competencia social: es un amplio rango de habilidades sociales, competencias conductuales y conductas de afrontamiento que capacita a un individuo para enfrentarse efectivamente con las demandas de cada día. En este contexto la ejecución de la SP efectiva es solo uno de los componentes de la competencia social, aunque uno muy significativo.

En la primera fase del entrenamiento en SP *orientación general hacia el problema*, se pretende que el sujeto (D´Zurilla y Golfried, 1971) acepte el hecho de que las situaciones

problemáticas forman parte de la vida diaria y de que es posible hacerles frente de forma eficaz, reconozca las situaciones problemáticas cuando ocurren e inhiba la tendencia a responder de forma impulsiva o sin hacer nada. Por ello, el sujeto debe reducir o al menos distraer la atención de los pensamientos negativos que puedan interrumpir el pensamiento de SP sociales y centrarse en aquellos estímulos que puedan facilitar una buena conducta de SP en lugar de los estímulos determinantes de las respuestas negativas (D´Zurilla y Nezu, 1982). Lo anterior se consigue adoptando una actitud de SP.

Los objetivos y pasos de esta fase son (D´Zurilla 1986): a) incrementar la sensibilidad hacia los problemas y decidir la ocasión para la actividad de SP, b) centrar la atención sobre expectativas de SP positivas y evitar preocupaciones improductivas y pensamientos autopreocupantes, c) maximizar los esfuerzos y la persistencia en vista de los obstáculos y del estrés emocional y, d) minimizar la angustia emocional perjudicial mientras intenta maximizar la probabilidad de estados emocionales positivos facilitadores.

Las variables más importantes de la orientación hacia el problema son: la percepción del problema (reconocimiento y etiquetación del mismo), atribución del problema (atribución causal que la persona tiene de los problemas en su vida), valoración del problema (significado que tiene un problema para su bienestar personal y social) y compromiso tiempo/esfuerzo (probabilidad de que quiera dedicarle tiempo y esfuerzo para solucionar el problema).

La segunda fase, la de *definición y formulación del problema*, es una parte básica del proceso de SP, ya que como afirma D'Zurilla (1986) no es exagerado decir que si tenemos un problema bien definido tenemos ya la mitad del mismo resuelto. Si el problema está bien definido los otros elementos (ej., generación de alternativas) son mucho más fáciles.

Dado que es común que los problemas no estén claramente definidos y más bien sean vagos, ambiguos, irrelevantes, con información inadecuada o metas poco claras, con esta fase se pretende: obtener información relevante sobre el problema, clarificar la naturaleza del problema, establecer una meta realista de solución del problema, y reevaluar la importancia del problema para el bienestar personal y social de esa persona. Si no se tiene suficiente información sobre el problema es necesario buscarla, para poseer toda la información necesaria y poder llegar posteriormente a una alternativa de solución. Establecer la meta es una parte importante de la formulación del problema que luego va a posibilitar generar soluciones alternativas así como el modo de evaluar la solución. Es por ello importante concretar la meta en términos específicos y concretos y evitar afirmaciones no realistas o metas inalcanzables. Hay que ver si el problema es un problema real, si el problema es tal problema o es la causa de un problema antecedente, y si el problema es parte de un problema mucho más amplio. Esto debe llevar a pensar en la utilidad de empezar por el problema general o por uno más específico. Si este es el caso será necesario dividir el problema general en subproblemas.

Cuando ya se ha definido y formulado el problema lo que falta es reevaluar el significado del problema para el bienestar personal y social.

El propósito de la tercera fase, la de *generación de soluciones alternativas*, es tener tantas soluciones alternativas como sea posible, para que así maximicemos las probabilidad de que la mejor solución esté entre ellas. Los mayores obstáculos para la generación creativa de soluciones alternativas son el hábito y la convención. Para la generación de soluciones alternativas se utilizan tres principios: el principio de cantidad, el principio de aplazamiento del juicio y el principio de variedad. En esta parte del proceso hay que considerar que la angustia emocional, el hábito de llegar siempre a la misma solución y la falta de información; son los factores más importantes que interfieren o impiden llegar a formular adecuadas alternativas de solución. Si este fuese el caso sería preciso echar mano de otras técnicas como son la reestructuración cognitiva, las autoinstrucciones o el entrenamiento en relajación (Nezu et al., 1989).

Una vez que se ha generado una lista de soluciones alternativas con las reglas anteriores, la cantidad y variedad de las soluciones disponibles puede incrementarse generando combinaciones, modificaciones y elaboraciones a partir de soluciones o bien imaginando cómo otra persona afrontaría el problema (D'Zurilla, 1986; Nezu et al., 1989). El objetivo de la cuarta fase, la de *toma de decisiones*, es evaluar (comparar y juzgar) las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor (o mejores) para ponerla en práctica en la situación problemática. En esta fase, para cada solución alternativa, se indican los costes y los

beneficios, a corto y largo plazo, y se juzga el resultado esperado o la utilidad de cada alternativa, se comparan alternativas, y se selecciona la solución o combinación de soluciones, con la mejor utilidad esperada. El juicio de la utilidad esperada se basa principalmente sobre cuatro criterios coste/beneficio: a) resolución del problema (probabilidad de alcanzar la meta de solución del problema), b) bienestar emocional (calidad del resultado emocional esperado), c) tiempo/esfuerzo (cantidad de tiempo y esfuerzo esperado a ser requerido), y d) bienestar personal y social en conjunto (razón coste/beneficio esperado total). Aún utilizando los anteriores criterios, la persona que toma la decisión puede variar en sus evaluaciones de los resultados de la solución a causa de diferencias en normas, valores y compromisos personales.

Basado sobre su evaluación de los resultados estimados de las alternativas de solución disponibles, la persona debe responder a estas tres cuestiones: a) ¿es el problema resoluble?, b) ¿necesito más información antes de que pueda seleccionar e implantar una solución?, c) ¿qué solución o combinación de soluciones debería elegir para poner en práctica?. Si la respuesta a la primera pregunta es afirmativa, a la segunda negativa y podemos contestar la tercera, entonces ya tenemos una solución para el problema. En caso de que no sea así hay que volver a las fases previas del proceso de SP para que con su cambio o reformulación nos permita llegar a conseguir una solución satisfactoria.

Si las respuestas a a) y b) son afirmativas debe entonces preparar un plan de solución que debe caracterizarse por tener la mejor probabilidad

de maximizar la utilidad esperada. El plan puede ser simple o complejo. Uno simple implicaría un solo curso de acción; uno complejo consistiría en combinar varias soluciones alternativas.

En la última fase, *la puesta en práctica de la solución*, se evalúa el resultado de la solución y se verifica la efectividad de la estrategia de solución elegida en la situación problemática de la vida real. Esto se hace primero simbólicamente y luego en la situación de la vida real

La ejecución se refiere a la implementación de la solución. Es importante tener en cuenta que la ejecución de una solución elegida en la vida real puede estar influenciada significativamente por otros factores que la capacidad de SP. Ej. tener déficits en otras habilidades (aptitud académica), déficits en las habilidades de ejecución (habilidades sociales), inhibición emocional y déficits motivacionales (reforzamiento). A continuación la persona debe autobservarse; esto es, la observación de la propia conducta de solución y/o sus productos (resultados). La ejecución de la solución hay que evaluarla de modo objetivo. Y, en la autoevaluación, se compara el resultado de la solución, observada con el resultado predicho o esperado para la solución, basado en el proceso de una toma de decisiones. Si la solución ha sido satisfactoria entonces solo queda el último paso del auto-reforzamiento, en donde se refuerza a sí mismo por "un trabajo bien hecho". Este refuerzo puede ser tanto una autoafirmación positiva o un refuerzo más tangible como comprarse un objeto o realizar una actividad. Pero no cabe duda que la resolución del problema en sí mismo es un importante reforzador.

Si hay discrepancias entre el resultado de

la solución observada y el resultado esperado se debe buscar la fuente de dicha discrepancia, especialmente si está en el proceso de SP o en la ejecución de la solución (ej., déficit de habilidades, inhibición emocional). Si después de realizar todas las evaluaciones y todas las correcciones se realiza adecuadamente el problema el proceso habrá finalizado; si no se encuentra una salida al problema y no puede exitosamente aplicar las estrategias habría que ayudarle a concluir que el problema es irresoluble y centrarse en otro tipo de técnicas. El perfeccionismo en la SP y la incapacidad de aceptar que algunos problemas son irresolubles tal como están formulados son a veces características de personas con el patrón tipo A y trastornos relacionados con el estrés, que llevan a no resolver problemas.

Como ya hemos comentado con anterioridad, el entrenamiento específico en SP es una parte básica de una intervención cuando aplicamos esta técnica, pero no hay que olvidarse de la fase previa de evaluación y de la posterior de mantenimiento y generalización. Para ésta resulta de gran ayuda las distintas tareas que el cliente ha llevado a cabo en las sesiones de terapia y en las tareas para casa.

Otro modo de favorecer la generalización es proporcionar al cliente distinto material en las sesiones que luego puede seguir utilizando una vez que finaliza el tratamiento, como el manual para el cliente por nosotros elaborado (Becoña, 1993) o los que habitualmente se incluyen en los manuales sobre esta terapia.

A nivel práctico la aplicación del entrenamiento en SP se puede hacer de dos modos:

1) con entrenamiento secuencial en las distintas fases a lo largo de las sucesivas sesiones del tratamiento, y 2) entrenando en todas las fases de SP al individuo desde las primeras sesiones e ir profundizando en la SP empezando por problemas hipotéticos solucionando los problemas del sujeto simbólicamente y finalmente solucionando sus problemas en las situaciones reales. El número de sesiones para el tratamiento de SP oscila de 4 a 6 sesiones (Hawton y Kirk, 1989), 6 a 10 sesiones (Heppner y Killerbrand, 1991), 10 (Nezu et al., 1989), y entre 14 y 16 (D'Zurilla, 1986).

-Aplicaciones

El entrenamiento en solución de problemas sociales de D'Zurilla ha sido utilizado en un amplio conjunto de conductas, como (Becoña, 1993; Becoña y Gutierrez-Moyano, 1987; D'Zurilla, 1986; Nezu y Nezu, 1991): intervención en crisis, sustancias adictivas (alcohol, drogas, tabaquismo, obesidad, juego patológico) trastornos de ansiedad y estrés, depresión, problemas de pareja, malos tratos, problemas comunitarios, bajo rendimiento académico e indecisión vocacional, control de la ira y de la agresividad en los niños normales y retrasados, pacientes con esquizofrenia, etc. En los últimos años destaca su aplicación a la depresión por parte, especialmente, del grupo Nezu (Nezu, Nezu y Perri, 1989).

La terapia de SP ha sido considerada desde su aparición como una de las terapias con mayor futuro en el campo del tratamiento. Los años parece que han confirmado esta predicción. Hoy se aplica a gran número de problemas y tiene para los terapeutas una gran aceptación. Esto ha sido debido, tal como más de un autor lo ha indicado, a que "tiene la ventaja de basarse en principios de

sentido común y es por lo tanto atractiva tanto a los pacientes como a los terapeutas. La solución de problemas es a veces el único tratamiento que se necesita utilizar. Sin embargo, puede ser un adjunto a otros tratamientos psicológicos o físicos" (Hawton y Kirk, 1989 p.425).

Su rango de aplicación a distintos problemas es amplio. Pero junto a ese importante rango de aplicaciones va cobrando más y más importancia conocer para qué problemas comportamentales es más efectiva, bien utilizada sola o dentro de un paquete de tratamiento, junto con aquellos factores que impiden una adecuada aplicación de esta terapia. Distintos autores se han detenido en el análisis de aquellos factores que impiden a los sujetos "funcionar" adecuadamente en el entrenamiento en SP (ej. Chiauuzzi, 1991).

Un aspecto en el que debe profundizarse en los próximos años con las terapias de SP es demostrar su mayor eficacia que otras terapias que tienen buenos resultados en trastornos específicos, como es un buen ejemplo aplicada al tratamiento de la depresión, donde el entrenamiento en SP es superior a un grupo de no tratamiento o lista de espera pero debe dar un paso más para demostrar que utilizada sola obtiene resultados semejantes a la terapia cognitiva de Beck.

No cabe duda que la facilidad y racionalidad de este entrenamiento continuará cogiendo adeptos en el futuro. Ello redundará en un mayor análisis y validación de la eficacia de este entrenamiento para solucionar problemas humanos.

BIBLIOGRAFIA

- ANDERSON, W.T. (1990). *Reality isn't that it used to be*. New York: Harper and Row.
- BECK, A.T. (1963). Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortion. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- BECK, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- BECK, A.T. (1991). Cognitive Therapy: A 30 year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- BECK, A.T. (1993). Cognitive Therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 194-198.
- BECK, A.T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorder and phobia: A cognitive retrospective*. New York: Basic Books.
- BECK, A.T., Freeman A., Pretzer, J., Davis, D.D., Fleming, B., Ottaviani, R., Beck, J., Simon, K.M., Padesky, C., Meyer, J. y Trexler, L. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guildford.
- BECK, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford.
- BECK, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guildford.
- BECOAÑA, E. (1991). ¿Es la modificación de conducta cognitiva más eficaz que la clásica modificación de conducta?. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44, 339-347.
- BECOAÑA, E. (1993). Terapias de solución de problemas. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (coord) *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 710-743). Madrid: Pirámide.
- BECOAÑA, E. (1994) Manejo de las conductas adictivas. *Extensiones*, 1, 7-20.
- BECOAÑA, E. y Gutierrez-Moyano, M.M. (1987). Las terapias de solución de problemas: una revisión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 89-118.
- BOTELLA, C. (1991) Terapia cognitivo estructural: El modelo de Guidanoy Liotti. En V. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 581-606)- Madrid: Siglo XXI.
- CAIRE, J.B. (1995). Introduction to a especial series of the Self: Cognitive and behavioral perspectives. *The Behavior Therapist*, 18, 51-52.
- CARRASCO, I. (1993). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En F.J. Labrador, J.A.

- CRUZADO y M. MUÑOZ (coord), Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta (pp. 667-709). Madrid: Pirámide.
- CAUTELA, J. (1973). Covert processes and Behavior modification. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 157, 27-35.
- CHAMBLESS, D.L. y Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- CHIAUZZI, E.J. (1991). Preventing relapse in the addictions. A biopsychosocial approach. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- CRAIGHEAD, W.E. (1990). There's a place for us: All of us. *Behavior Therapy*, 21, 3-23.
- CRAIGHEAD, W.W., Evans, D.D. y Robins, C.J. (1992). Unipolar depression. En S.M. Turner, K.S.
- CALHOUN y H.E. Adams (eds.), Handbook of clinical behavior therapy, 2nd ed. (pp. 96-116)
- CRAIGHEAD, L.W., Craighead, W.E., Kazdin, A.E. y Mahoney, M.J. (1994). Cognitive and behavioral interventions. An empirical approach to mental health problems. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- DOBSON, K.S. (Ed.) (1988). Handbook of cognitive behavioural therapies. London: Hutchinson Dryden, W. (1995). Brief rational emotive behavior therapy. London: Wiley.
- D'ZURILLA, T.J. (1986). Problem-solving therapy. A social competence approach to clinical interventions. New York: Springer.
- D'ZURILLA, T.J. (1988). Problem-solving therapies. En K.S. Dobson (Ed.), Handbook of cognitive-behavioural therapies (pp. 85-135). London: Hutchinson.
- D'ZURILLA, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- D'ZURILLA, T.J. y Nezu, A. Problem solving in adults. En P.C. Kendall (Eds.), Advances in cognitive behavioral research and therapy, vol. 1 (pp. 201-274). New York: Academic Press.
- ELLIS, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. Secaucus, NJ: Citadel (trad. cast. desclée de Brouwer, Bilbao, 1980).
- ELLIS, A. (1989). Comments on my critics. En M.E. Bernard y R. DiDouseppe (Eds.), Inside rational-emotive therapy: A critical appraisal of the theory and therapy of Albert Ellis (pp. 199-233). San Diego, CA: Academic Press.
- ELLIS, A. (1992). My early experiences in developing the practice of psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 7-10.
- ELLIS, A. (1993a). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *The Behavior Therapist*, 16, 257-258.
- ELLIS, A. (1993b). Reflections on rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 199-201.
- ELLIS, A. y Dryden, W. (1987). The practice of rational-emotive therapy. New York: Springer (trad. cast.: Desclée de Brouwer, Bilbao, 1989).
- ELLIS, A. y Grieger, R. (eds.) (1976). Handbook of rational-emotive therapy. New York: Springer (trad. cast.: Desclée de Brouwer, Bilbao, 1990).
- ELLIS, A., Young, J. y Lockwood, G. (1987). Cognitive Therapy and rational-emotive therapy: A dialogue. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 205-255.
- ELKIN, I. (1994). The NIH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), handbook of psychotherapy and behavior change, 4th ed. (pp. 114-139). New York: Wiley.
- FRANK, J.D. y Frank, J.B. (1991). Persuasion & Healing. A comparative study of psychotherapy, 3rd ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- GOLDFRIED, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.
- GREENWALD, A.G. (1992). New look 3. Unconscious cognition reclaimed. *American Psychologist*, 47, 766-779.
- HAAGA, D.A.F. y Davidson, G.D. (1993). An appraisal of rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 215-220.
- HAWTON, K. y Kirk, J. (1989). Problem Solving. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark, Cognitive behavior therapy for psychiatric problems. A practical guide (pp. 406-426). Oxford: Oxford University Press.
- HAYS, P.A. (1995). Multicultural applications of cognitive-behavior therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 309-315.
- HAYES, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N.S. Jacobson (ed.), Psychotherapy in clinical practice: Cognitive and behavioral perspective (pp. 327-387). New York: Guilford Press.
- HEPPNER, P.P. y HILLERBRAND, E. T. (1991). Problem-solving training; Implications for remedial and preventive training. En C.R. Snyder y D.R. Forsyth (eds.), Handbook of Social and Clinical psychology (pp. 681-698). New York: Pergamon Press.

- HOLLON, S.D. y BECK, A.T. (1986). Research on cognitive therapies. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd ed. (pp. 443-482). New York: Wiley.
- HOLLON, S.D. Beck, A.T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapy. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th ed. (pp. 428-466). New York: Wiley.
- HOMME, L.E. (1965). Perspectives in psychology. XXIV. Control of coverants, the operants of the mind. *Psychological Record*, 15, 501-511.
- INGRAM, R.E. y Scott, W.D. (1990). Cognitive behavior therapy. En A.S. Bellack, M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy*, 2nd ed. (pp. 53-65). New York: Plenum Press.
- KENDALL, P.C. (1993). Cognitive-behavioral therapies with youth : Guiding theory, current status, and emerging developments, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 235-247.
- KENDALL, P.C. y Hollon, S.D. (Eds.) (1979). *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and producers*. New York: Academic Press.
- KIHLSTROM, J.F. (1987). The cognitive unconscious. *Science*, 237, 1445-1452.
- KIHLSTROM, J.F., Barnhardt, T.M. y Tataryn, D.J. (1992). The psychological unconscious. Found, lost, and regained. *American Psychologist*, 47, 788-791.
- KORN, Z. (1995). The pivotal role of self in two behavioral psychotherapies. *The behavior Therapist*, 18, 135-137.
- LAZARUS, A.A. (1983). *Terapia multimodal*. Buenos Aires: Editorial IPPEM.
- LAZARUS, R.S. Y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer (trad. cast. : Barcelona, Martínez Roca, 1986).
- LEGA, L. (1991). La terapia racional emotiva: Una conversación con Albert Ellis. En V. Caballo (coord.), *Manual de técnicas de terapia de modificación de conducta* (pp. 475-492). Madrid: Siglo XXI.
- MAHONEY, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger (trad. cast. : México, Trillas, 1983).
- MAHONEY, M.J. (1977). Personal science: A cognitive learning therapy. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational emotive therapy*. New York: Springer (trad. Cast.; Bilbao, Desclée de Brouwer, 1981, pp. 369-382).
- MAHONEY, M.J. (1979). *Self-change. Strategies fo solving personal problems*. New York: W.W. Norton and Company.
- MAHONEY, M.J. (1989). Scientific psychology and radical behaviorism: Important distinction based in scientism and objectivism. *American psychologist*, 44, 1372-1377.
- MAHONEY, M.J. (1990). Diatribe is not dialogue: On selected attempts to attack and defend behaviorism. *American Psychologist*, 45, 1183-1184.
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- MAHONEY, M.J. (1993). Introduction to special section: Theoretical development in the cognitive psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 187-193.
- MAHONEY, M.J. y Arnkoff, D.B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 2nd ed (pp. 689-722). New York: Wiley.
- MARLATT, G.A. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- MARZILLIER, J.S. (1980). Cognitive therapy and behavioral practice, *Behavior Research and therapy*, 18, 249-258.
- Mc MULLIN, R.E. (1986). *Handbook of cognitive therapy techniques*. New York: W.W. Norton and Company.
- MEICHENBAUM, D. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrate approach*. New York: Plenum.
- MEICHENBAUM, D. (1983). *Coping with stress*. London: Century Publ.
- MEICHENBAUM, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon.
- MEICHENBAUM, D. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification; Retrospect and prospect, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 202-204
- MEICHENBAUM, D. y Goodman, J. (1969). The development control of operant motor responding by verbal operants, *Journal of Experimental Child Psychology* 7, 553-565.
- MEICHENBAUM, D. y Cameron, R. (1983). Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills. En D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 115-157). New York: Plenum Press.
- MEICHENBAUM, D. y Jaremko, M.E. (eds.) (1983). *Stress reduction and prevention*. New York: Guilford Press.
- NEIMEYER, R.A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 61, 221-234.
- NEZU, A.M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 196-202.