

ANUARIO DE PSICOLOGIA
Núm. 30/31 - 1984 (1-2)

UN MODELO DE TERAPIA
COGNITIVA DESDE
LA PERSPECTIVA
DE LA PSICOLOGÍA
DEL APRENDIZAJE

ANTONIO MALDONADO

Departamento de Psicología
Universidad de Granada

Antonio Maldonado
Departamento de Psicología
Facultad de Filosofía y Letras
Universidad de Granada
Campus de Cartuja
Granada.

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente artículo consiste en la presentación de un modelo teórico, basado en la Psicología del Aprendizaje, que permita el análisis del proceso terapéutico individualizado en el tratamiento de los trastornos psicopatológicos, desde una perspectiva cognitiva. Entendemos que la Terapia Cognitiva representa uno de los desarrollos más recientes de la "Modificación o Terapia de Conducta", que se enmarca en el estudio experimental tanto de modelos teóricos explicativos específicos de la conducta alterada, como de técnicas específicas de tratamiento, que se relacionan con las teorías más actualizadas de la Psicología del Aprendizaje y de la Psicología Cognitiva humana.

Frecuentemente, al presentar las técnicas o modelos teóricos utilizados por un psicólogo a partir de la Modificación de Conducta, se obvia y olvida una descripción del curso entero de la terapia con un paciente particular (Upper y Cautela, 1975), para centrarse únicamente en la descripción de una técnica específica (manual de tratamiento) y/o su aplicación concreta a un determinado tipo de trastorno. Ello deriva frecuentemente hacia posiciones estrictamente "tecnicistas", que normalmente ocultan un desconocimiento de las bases experimentales de las mismas y que en todos los casos impiden una evaluación experimental adecuado de dichas técnicas, convirtiéndolas en "tecnologías sin ciencia" (Seligman, 1981). Esto ocurre especialmente en el campo de la terapia cognitiva, por su carácter novedoso y "de reacción" ante postulados anteriores más tradicionales e insatisfactorios, y sobre todo por su mayor complejidad para una adecuada validación experimental.

En este sentido me parece necesario recordar que una adecuada utilización de una técnica concreta de tratamiento, supone, además del conocimiento y práctica de la propia técnica, un conocimiento previo de los procesos de aprendizaje implicados y de los modelos explicativos de la adquisición, mantenimiento y extinción de los trastornos psicopatológicos, así como de la validación experimental de la propia técnica. Ello incidirá en la forma concreta de realizar un "adecuado análisis y evaluación del trastorno", una "toma de decisión" correcta de la "técnica susceptible de aplicación y su eficacia", así como una aplicación adecuada de la misma al caso particular para lograr el efectivo "cambio terapéutico". Su desconocimiento implica en la mayoría de los casos el fracaso injustificado por una incorrecta utilización de dichas técnicas.

Desde esta perspectiva, podemos entender que en la actualidad, así como es imposible desarrollar una teoría del Aprendizaje sin incidir en los procesos cognitivos mediadores (Dickinson, 1980), tampoco debe describirse una técnica terapéutica obviando que en todos los casos intervienen procesos cognitivos, aunque sólo sea el informar al paciente de los efectos de la misma o explicar las razones que justifican su tratamiento. De hecho, existe toda una serie de investigaciones, que obviaremos en nuestro trabajo, que ilustran los elementos cognitivos que contienen, incluso, las técnicas más tradicionalmente conductuales. Ahora bien, denominaremos específicamente Terapias Cognitivas (TC), aquel conjunto de técnicas cuyo objetivo de tratamiento (*focus*) está constituido por la "modificación de procesos o formas de pensamiento específicamente alterados en un determinado trastorno psicopatológico", siempre que las mismas supongan la utilización de una metodología experimental que permita una adecuada investigación y análisis experimental de los elementos, procesos y conclusiones derivados de su utilización.

La emergencia de dichos modelos de tratamiento, como alternativa a la Terapia de Conducta tradicional, está anclada en la aparición de teorías específicamente cognitivas de aprendizaje que permiten la conceptualización del "cambio terapéutico" (Meichenbaum, 1983) desde dicha perspectiva cognitiva. De forma que, como reconoce Meichenbaum (1982), "el gran desafío de la Psicología actual es el de desarrollar una teoría del aprendizaje y del proceso terapéutico en el que puedan integrarse las técnicas cognitivas dentro del cuerpo de datos emergentes de la Modificación de Conducta".

Los elementos básicos de este artículo estarán determinados por ese doble objetivo propuesto, de un lado el análisis de los procesos y teorías del aprendizaje actual que subyacen a la utilización de técnicas cognitivas, y de otro, el desarrollo del proceso de cambio terapéutico desde dicha perspectiva cognitiva aprendida.

2. TERAPIAS COGNITIVAS Y PSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE

En la Psicología del Aprendizaje hemos asistido durante las dos últimas décadas a una auténtica revolución científica respecto a los modelos y teorías tradicionales (conductistas), que han supuesto la emergencia de nuevos modelos explicativos basados en procesos mediadores cognitivos como factores explicativos del cambio conductual. De manera que en el momento actual, es difícilmente mantenible una teoría del aprendizaje que no incida en dichos componentes cognitivos aprendidos (Dickinson, 1980; McKintosh, 1983; Hulse y otros, 1978; Spear y Miller, 1981 entre otros). Desde esta perspectiva actualizada, existen modelos susceptibles de utilización como fundamento teórico del proceso terapéutico implícito en el tratamiento cognitivo de los trastornos psicopatológicos.

Concretamente, entre las teorías más actualizadas del Condicionamiento Clásico (Rescorla, 1980; Wagner, 1979, 1981; Pearce y Hall, 1980 entre otras) se postula que en el mismo el individuo aprende "relaciones entre estímulos" (Dickinson, 1980), relaciones que han sido entendidas como "relaciones predictivas", cuya consecuencia aprendida sería la formación de pensamientos específicos que determinan la evaluación que el sujeto hace de su propia experiencia (pensamientos "declarativos") y la adecuación de su conducta a dichas relaciones aprendidas (pensamientos "procedurales") (Dickinson, 1980; Kluwe, 1982), conducta que esencialmente engloba componentes motivacionales y/o emotivos asociados.

De otra parte entre los modelos más cognitivamente orientados del Condicionamiento Instrumental (C. I.), se enfatiza la existencia de un doble tipo de relaciones aprendidas. De un lado "relaciones entre estímulos", interactivas con procesos mediados clásicamente (Bolles, 1977). De otro, y específicamente instrumentales, relaciones entre las propias respuestas y las consecuencias, y que podemos entender como "relaciones de controlabilidad" (Seligman, 1976), que especifican más claramente el concepto de "expectativas" subyacente a las teorías cognitivas del C. I. (Bolles, 1977).

Un modelo distinto, que ha tenido más influencia en el aprendizaje de la conducta social (Bandura, 1969, 1977) sostiene la importancia de dichos procesos cognitivos aprendidos en el aprendizaje, y lo especifica como "expectativas de eficacia" y "expectativas de consecuencias" como determinantes del mantenimiento de un determinado cambio conductual.

Si bien un análisis exhaustivo de los modelos anteriores excedería los límites del presente artículo, según lo anteriormente expuesto, podríamos atrevernos a presentar un modelo integrado de los componentes cognitivos anteriores y su influencia relativa en la conducta y en el cambio terapéutico hipotetizado en el tratamiento mediante técnicas cognitivas. (Véase figura 1).

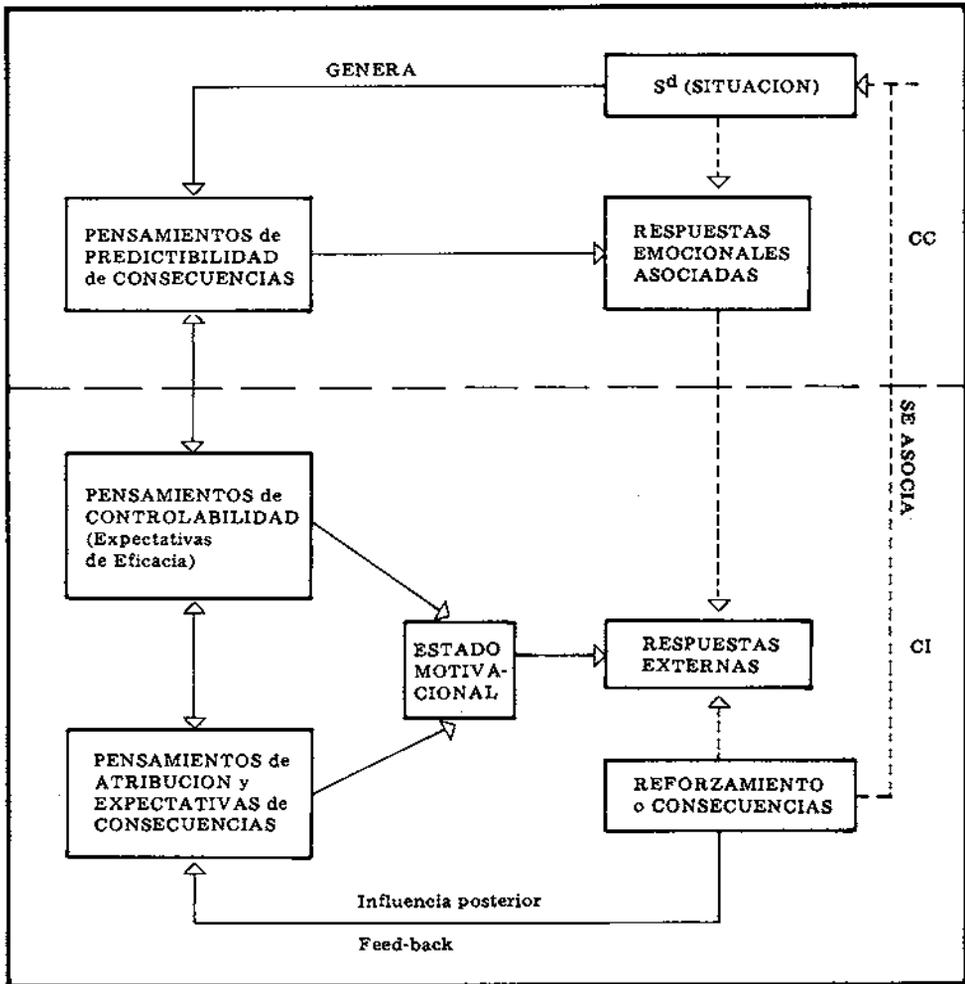


FIGURA 1. UN ESQUEMA COGNITIVO DE LA CONDUCTA A PARTIR DE LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE.

Podemos hipotetizar que, debido a una serie de experiencias previas del sujeto (aprendizajes o historia de aprendizaje) en una situación determinada (S^d), tienden a aparecer "estructuras cognitivas", "esquemas cognitivos" o "cogniciones", que determinan tanto el estado motivacional/emotivo asociado a las mismas ("predictibilidad"), como el estado motivacional determinante de las respuestas externas específicas (controlabilidad y autoeficacia), así como la evaluación de las consecuencias de las mismas que determinarán en el futuro su posterior experiencia (aprendizaje), postulado que constituye el supuesto básico de los modelos cognitivos de las técnicas cognitivas (Beck, 1972, 1979; Meichenbaum, 1977; Mahoney, 1976 etc...).

De otro lado, se asume la existencia de un "procesamiento alterado típicamente" en los sujetos con trastornos clínicos. Desde la perspectiva actual del aprendizaje, podemos hipotetizar que el mismo se establece como un "procesamiento automático" (Pearce y Hall, 1980; Wagner, 1981) que tiende a automantenerse mientras no vuelva a ser sometido a un "procesamiento controlado", lo que supone la existencia de un nuevo proceso de "reaprendizaje" (implícito en el concepto de tratamiento), y que determina la aparición de "pensamientos automáticos" (Beck, 1979), "metacogniciones" (Meichenbaum, 1983), u otros tipos de pensamientos internos alterados que deben ser sustituidos por formas de pensamientos más adaptativas.

En resumen, nos parece que hoy es difícilmente mantenible negar la existencia de procesos cognitivos identificables, explicativos de la conducta de un individuo como factores mediadores aprendidos. Y si aceptamos que los mismos son adquiridos a través de la experiencia concreta de un individuo en su propio medio ambiente, deberemos aceptar también la posibilidad de manipular (modificar) dichos procesos cognitivos aprendidos y específicamente alterados, tanto de forma directa (técnicas cognitivas) como indirecta (técnicas conductuales), lo que supone de hecho un "reaprendizaje" que provee al sujeto de alternativas o habilidades de enfrentamiento con su propio medio ambiente de una forma más adaptativa, lo cual constituye el objetivo básico de todo terapeuta cognitivo.

3. MODELO DE TRATAMIENTO COGNITIVO: EL PROCESO TERAPÉUTICO DESDE UNA PERSPECTIVA APRENDIDA

Una conceptualización adecuada y actualizada (Meichenbaum, 1983) de cualquier forma de tratamiento cognitivo consiste en entender la terapia como la "adquisición de habilidades adaptativas" que permiten al paciente enfrentarse eficazmente a sus problemas, superar su trastorno y mantener dichas ganancias en el tiempo.

Acorde a dicha conceptualización los objetivos terapéuticos en el proceso individualizado de la T. C. serían:

1º (Identificar las habilidades deficitarias responsables del trastorno de forma que se conviertan en el *focus* de las estrategias de tratamiento (proceso de evaluación).

2º Aplicar y/o enseñar al paciente técnicas que le permitan adquirir dichas habilidades y/o produzcan el deseado cambio conductual adaptativo del paciente, entendiendo dicho cambio conductual consecuente a una modificación cognitiva de sus propios pensamientos (proceso de tratamiento).

3º Realizar el tratamiento de la forma más eficiente posible, lo que obliga a una evaluación continua del progreso del paciente, para cambiar, en caso necesario, la estrategia de tratamiento acorde a dicha evaluación (Cautela y Uppel, 1975).

Se deduce por tanto la necesidad de diferenciar dos áreas de actuación terapéutica desde una perspectiva cognitiva, una fase previa de análisis del trastorno (fase de evaluación), y una fase posterior de tratamiento. Pero ambas serán interdependientes a través de todo el proceso (postulado 3º), cuyo objetivo básico consiste en lograr que el paciente se convierta en agente de su propio cambio (mejoría). Cambio que deberá ser especificado y definido de manera empírica y observable para el propio paciente, de forma que el mismo pueda ser observado y se convierta en objetivo que refuerce sus propias expectativas, y para el terapeuta, de manera que pueda evaluar experimentalmente la adecuación de la técnica elegida. Así, el tratamiento adquiere un carácter primariamente "educacional" (inicia un proceso de aprendizaje) para incrementar en el paciente sus propias habilidades adaptativas y el grado de control sobre su propia conducta y el medio ambiente.

El estudio de ambas fases, diferenciadas por razones metodológicas, pero interdependientes a través de todo el proceso de tratamiento, centra el cuerpo fundamental de nuestro trabajo actual.

3.1. Fase de evaluación

Desde una perspectiva cognitiva, el primer elemento terapéutico lo constituye esta primera fase, cuyo objetivo básico consiste en lograr que el paciente "reevalue" su propio trastorno. Desde el punto de vista del terapeuta, la importancia viene determinada por un principio básico enunciado por Hersen (1981), según el cual: "Un incompleto análisis conductual conducirá inevitablemente a un incompleto tratamiento que implica una menor posibilidad de eficacia terapéutica (mejoría) y una mayor posibilidad de recaída".

Operacionalmente podemos especificar esta fase en una serie de pasos sucesivos:

1º Análisis del trastorno. (1ª entrevista)

Implica un diagnóstico preciso del mismo, utilizando instrumentos diagnósticos adecuados (conductuales, cognitivos, psiquiátricos, neurológicos, etc...) y que va a determinar todo el trabajo y toma de decisiones posteriores. Como puede observarse este paso, sería común a cualquier forma de tratamiento. Es a partir de este momento cuando se inician las diferencias con otras orientaciones terapéuticas.

2º Análisis funcional del trastorno. (2ª entrevista)

Una vez determinada la naturaleza del trastorno, el paso siguiente consiste en delimitar los factores etiológicos del mismo.

Desde una perspectiva aprendida, nos interesan tanto los factores de adquisición, como sobre todo los factores que determinan el mantenimiento del mismo (historia y situación actual).

En este caso la orientación teórica del terapeuta y la investigación básica experimental sobre los modelos de adquisición de dicho trastorno específico y los factores alterados típicamente en el mismo, determinan los objetivos de búsqueda de esta fase.

Si desde una perspectiva aprendida, asumimos que los determinantes causales de un trastorno podemos especificarlos como "situacionales", "cognitivo-subjetivos", "motivacionales", "emotivos", "fisiológicos" y "conductuales", desde una perspectiva cognitiva estaremos primariamente interesados en la naturaleza de los déficits cognitivos que postulamos como determinantes del resto de la sintomatología. Ello supone al mismo tiempo una guía y una limitación; de un lado, definen los objetivos de búsqueda y los instrumentos a utilizar en esta fase, de otro, limitan la comprensión del trastorno a los factores hipotetizados como válidos y que se relacionan con los elementos que compondrán la técnica de tratamiento posterior.

A modo de ejemplo, en la depresión se asume la existencia de un cuádruple conjunto de déficits (motivacional-conductuales, emotivos, cognitivos y fisiológicos). Desde una perspectiva cognitiva serían los trastornos cognitivos los objetivos de análisis básico, así como la estructuración de los demás síntomas sobre dichas estructuras nucleares cognitivas. Por el contrario, en la conducta fóbica se puede demostrar la existencia de déficits fisiológicos, conductuales y cognitivo-subjetivos (Meichenbaum, 1983) y en este caso, el

objetivo básico del análisis serían los déficits cognitivos y cómo se estructura sobre los mismos el resto de la sintomatología.

Entre los medios para realizar dicho análisis podemos encontrar elementos comunes a otras perspectivas de tratamiento y elementos específicos de la perspectiva cognitiva. Un análisis de los mismos sería objetivo para otro trabajo, y sólo me interesa señalar el auge actual de la investigación sobre "evaluación cognitiva" (Kendall, 1982; Kendall y Hollon, 1981) que ilustra la importancia de esta fase, cuyo objetivo básico consiste en la identificación precisa de los déficits cognitivos, las relaciones entre éstos y el resto de los componentes del trastorno, que determinará la elección terapéutica posterior.

3º Hipótesis de tratamiento: Selección de técnicas.

Conforme el terapeuta va descubriendo la existencia de déficits típicos, debe decidir, de un lado el grado en que afectan a dicho trastorno, de otro, el tipo de técnica a utilizar para su modificación.

En este sentido, me gustaría hacer notar que frecuentemente la elección de una técnica única puede generar alteraciones espectaculares en un área concreta de la conducta del sujeto; por ejemplo, el entrenamiento asertivo en sujetos depresivos, puede producir cambios en sus relaciones que proporcionan una mejoría transitoria del paciente, pero que al no lograr una mejoría en el resto de los componentes del trastorno predispone a una frecuente recaída posterior (Maldonado, 1982, 1984); en sujetos compulsivos-obsesivos (Marck, 1979) la utilización de una técnica como la "prevención de respuestas", conlleva una mejoría en los rituales (compulsiones) pero no en los elementos obsesivos del trastorno. Desde este punto de vista, observamos que en los tratamientos cognitivos frecuentemente se utilizan técnicas derivadas de otros modelos más específicamente conductuales (ej.: relajación con sujetos fóbicos (Meichenbaum, 1983); graduación de tareas en sujetos depresivos (Beck *et al.*, 1979); etc...) y de ahí que normalmente se conceptualicen dichas técnicas como "cognitivo-conductuales", lo cual no constituye una limitación sino más bien ilustra la actitud más comprensiva de los teóricos cognitivos que conciben el aprendizaje como primariamente determinado por procesos cognitivos, pero que al mismo tiempo engloba otro conjunto de componentes (y por tanto de estrategias), que a veces producen una mejor "reestructuración cognitiva" del paciente que las propias intervenciones puramente cognitivas (Bandura, 1977).

Así pues, asumimos que el objetivo de esta fase, consistiría en la determinación de la técnica (o conjunto de técnicas) a utilizar, y en el orden de aplicación de las mismas. Una adecuada evaluación implica la formulación de una "estrategia de tratamiento" especificada en un programa, que debe contener: a) qué conductas y/o habilidades desadaptativas deberán ser modificadas; b) qué técnica o conjunto de técnicas deberán utilizarse; c) cómo empezar; d) cómo se va a proceder (rapidez y orden de intervención); y e) cómo evaluar los progresos terapéuticos. (Cautela y Üpper, 1975).

4º Conceptualización del trastorno. (3ª entrevista)

Si la fase anterior es específica del terapeuta, en la actual, la conceptualización del trastorno entre el terapeuta y su paciente constituye el último paso de esta fase de tratamiento, que resume todo el trabajo previo y que implica elementos terapéuticos específicos desde una perspectiva cognitiva (Meichenbaum, 1982).

En este sentido, normalmente nos encontramos que cuando un paciente accede a nuestra consulta para terapia, tiene ya formada, o deformada (*misconception*), una visión

de su propio trastorno y unas expectativas concretas sobre el mismo y sobre las posibilidades terapéuticas.

Nuestro interés, como terapeutas cognitivos, será hacerle comprender la naturaleza exacta de su trastorno y de los elementos implicados, así como cuáles van a ser las técnicas a utilizar para lograr la mejoría. Ello supone que el paciente entienda cuál/es constituyen los objetivos de cambio terapéutico, cuál es la posibilidad de dicho cambio, cuál deberá ser el proceso a seguir y cuál deberá ser su actitud y colaboración en dicho cambio.

Todo ello deberá llevarle a revisar sus propias convicciones y expectativas anteriores, de forma que al mismo tiempo se especifiquen objetivos de trabajo y se produzcan las modificaciones oportunas de sus expectativas actuales (véase por ej.: Maldonado, "Manual de tratamiento cognitivo" para su aplicación concreta a la depresión).

En esta fase, por tanto, podemos inferir con Meichenbaum (1982), la existencia de un doble proceso de cambio cognitivo implicado en el paciente:

1º *Toma de conciencia*: de los datos relevantes, que previamente el paciente pasaba por alto o no atendía, lo que conlleva un "conocimiento diferente" del problema. Será tarea del terapeuta dirigir adecuadamente dicha "toma de conciencia", que no debe agravar él mismo (como ocurre frecuentemente con terapeutas no entrenados, originándose trastornos yatrogénicos), de forma que permita al paciente comprender mejor su problema y verlo como objetivo de cambios específicos que producirán su mejoría.

2º *Traducción*: Según va respondiendo el terapeuta de manera selectiva a las afirmaciones del paciente, pregunta determinadas cuestiones, asigna tareas (autoobservación), hace interpretaciones o da explicaciones e implícita o explícitamente fuerza al paciente a reconstruir su visión de su propio trastorno. De hecho, el terapeuta comienza a enseñar al paciente sus "propios constructos teóricos", de modo que el paciente llegue a interpretar sus experiencias en los mismos términos que el terapeuta.

Entre las posibles funciones de este proceso de "traducción", (común a cualquier tipo de técnica; y específicamente cognitivo), podemos seleccionar: a) provee al paciente de una explicación de su problema en términos mucho más benignos de la que tenía (por ej.: la ansiedad no es la pérdida de la salud mental, sino consecuencia de un proceso de condicionamiento...); b) esta traducción, refunde el problema de forma que se facilita su resolución (lo cual obliga al terapeuta a formular el trastorno en términos que faciliten una intervención comprobada experimentalmente como efectiva). Ello permite al paciente pasar de sentirse "indefenso" a experimentar un sentimiento positivo de anticipación de mejoría imprescindible para iniciar una terapia exitosa (expectativas de autoeficacia, que se han demostrado como elemento de mejoría básico (Bandura, 1977).

Ahora bien, con Meichenbaum (1982), pensamos que cualquier conceptualización teórica o terapéutica puede llegar a ser tan efectiva como cualquier otra para producir dicho cambio. De hecho la utilización de una conceptualización inadecuada generará expectativas de cambio que posteriormente serán frustradas, y que inutilizan con frecuencia, no sólo esa forma de terapia, sino cualquier otra posterior, aunque sea de hecho efectiva y/o adecuada. Para evitar dicha ambigüedad, deberemos ser cuidadosos para sólo utilizar aquellas que han sido demostradas experimentalmente como eficaces, aunque ello supone de hecho un reconocimiento de nuestra propia impotencia actual ante un gran número de trastornos deficitariamente entendidos a nivel científico.

Sólo en cuanto el paciente haya logrado definir su trastorno de forma comprensible, benigna y adecuada, que le permita una solución efectiva de sus problemas, se creará un sentimiento de seguridad y confianza, y se habrán establecido las bases para una modificación terapéutica efectiva posterior.

En resumen, en esta primera fase de tratamiento, cada vez más objeto de investigación reciente (Glass and Arnkoff, 1982), el terapeuta además de evaluar los actuales déficits de habilidades conductuales y/o sus cogniciones desadaptativas, necesita evaluar (y modificar en su caso) otros factores anteriores a la iniciación de la puesta en práctica

de una técnica determinada, que deben guiar sus propias intervenciones cognitivas: a) las propias teorías implícitas que el paciente ha desarrollado de su propio trastorno; b) sus objetivos al venir a terapia; c) sus expectativas de cómo la terapia puede ayudarle a cambiar, y d) su familiaridad con los métodos de cambio cognitivo y sus propios procesos cognitivos. La evaluación cognitiva, en la medida que pueda resolverse estas cuestiones, representa una parte integral de nuestro propio modelo de terapia cognitiva.

3.2. Fase de tratamiento

Podemos enunciar el objetivo básico de esta fase como "la inducción de la necesidad de cambio en el paciente, tanto de sus propias cogniciones como de su conducta, asegurándonos de que pone en práctica en la vida real las técnicas entrenadas durante las sesiones de terapia".

Entendemos que este proceso es al mismo tiempo conductual y cognitivo: un "cambio conductual", para ser efectivo y duradero debe implicar un cambio cognitivo del paciente, y un "cambio cognitivo", sólo es evidente cuando se acompaña de un cambio conductual efectivo y adecuado. Ello supone una concepción específica del proceso de aprendizaje implicado en el tratamiento de trastornos conductuales, en el que se asume que tanto procedimientos conductuales como cognitivos producen alteraciones, no sólo en el aspecto en el que específicamente se trabaja, sino en otros aspectos, a veces, deficientemente estudiados. De forma que un terapeuta cognitivo, puede utilizar con frecuencia técnicas específicamente conductuales que han demostrado experimentalmente su eficacia a veces de forma más efectiva que los propios procedimientos cognitivos específicos (Bandura, 1977), para producir cambios cognitivos y conductuales en el paciente. De hecho, normalmente se considera que los tratamientos cognitivos deben englobarse en un concepto mucho más amplio, y se denominan como "procedimientos cognitivo-conductuales" (Kendall, 1982, entre otros).

Lo que diferencia a un terapeuta cognitivo de sus homólogos conductuales consiste en su concepción del cambio, entendido como primariamente cognitivo, mientras que ambos se igualan en su concepción experimental de la terapia, que debe suponer la existencia de un cambio conductual observable y verificable en todos los casos, de forma que permita el análisis experimental de las técnicas utilizadas.

De acuerdo a dicho modelo, si en la primera fase se trataba de definir los trastornos del paciente de forma que permitieran su solución efectiva, es en esta fase, en donde se trata de lograr dichos cambios o modificación conductual (entendida como cambios cognitivos y conductuales), mediante la utilización de técnicas específicas y experimentalmente validadas para cada tipo de trastorno, de forma que produzcan los cambios hipotetizados como necesarios para producir la mejoría. Posteriormente, poner los medios para que se produzca una adecuada generalización de las ganancias conseguidas, y que éstas se mantengan en el tiempo para que permitan una adecuada prevención de la posibilidad de recaída.

Ello implica la existencia de una triple fase dentro del tratamiento específico del paciente particular.

3.2.1. Fase de entrenamiento: adquisición

La existencia de una gran cantidad de técnicas derivadas de la propia investigación en la Terapia de Conducta y en la Terapia Cognitiva, nos debe hacer cautelosos sobre la

eficacia relativa de las mismas en el tratamiento efectivo de trastornos específicos, y obviar aquellas tendencias a aplicar el mismo tipo de técnicas independientemente del trastorno a tratar.

De todas formas, y previo a una conceptualización de las mismas y de su validez experimental en el tratamiento de determinados trastornos, a nuestro juicio; es importante distinguir las habilidades de enfrentamiento que deberemos proporcionar al paciente. En este sentido nos parece interesante la diferenciación, propuesta por Meichenbaum (1983), entre:

a) **Habilidades Instrumentales:** que podemos entender como "acciones" que sirven para adaptarse a las demandas medioambientales y alterar las situaciones estresantes. Se trataría por tanto de habilidades efectivas para la solución de problemas específicos, y entre las mismas, podemos descubrir habilidades específicamente cognitivas (solución de problemas, control de pensamientos, autoinstrucciones, autocontrol, etc...); sociales (asertividad, etc...) o específicamente conductuales (control de respuestas emotivas...), de forma que su adquisición o modificación supone de hecho una modificación efectiva para los problemas del paciente (mejoría).

b) **Paliativas:** En situaciones aversivas inescapables o en situaciones fisiológicamente disfuncionales, no existen a veces soluciones efectivas para dichos trastornos; en cuyo caso, nuestra labor como terapeutas consiste más bien, en suministrar al sujeto habilidades que le permitan un sistema más adaptativo, de forma que pueda controlar lo más eficientemente posible el impacto de las mismas en su vida real; y en este caso, también podemos diferenciar entre las técnicas previamente mencionadas.

Dentro de este apartado, podemos incluir aquel conjunto de técnicas que si bien, por sí solas, no representan una solución efectiva, sí deben y pueden utilizarse como elementos auxiliares de otras técnicas más efectivas (por ejemplo: el tratamiento de depresivos debe ser esencialmente cognitivo (Maldonado, 1982), pero puede beneficiarse de la utilización de técnicas asertivas para mejorar su eficacia (Taylor y Marshall, 1977). Esta diferenciación incide en la toma de conciencia de las posibilidades de modificación conductual de problemas específicos, y del grado de eficacia que como terapeutas podemos ofrecer a nuestros clientes.

Dentro del campo específico de las terapias cognitivas existen en la actualidad diferentes tipos de modelos y técnicas, a veces difícilmente asimilables, que se presentan como alternativas concretas de tratamiento efectivo de problemas particulares, y que pueden proporcionar las bases para una adecuada toma de decisión.

En primer lugar, los trabajos pioneros de Ellis (1962, 1970) desarrollaron la "Terapia Racional Emotiva" (RET), la más antigua y conocida, en la que se asume que los trastornos psicológicos se derivan de la emergencia de conjuntos de pensamientos falsos e irracionales. Pero el desarrollo de dicha técnica, ha sido normalmente ajena a la investigación experimental en el área conductual aprendida, y se ha desarrollado a través del concepto de "eficacia" de las intervenciones terapéuticas en el tratamiento de casos particulares y de grupo. Este hecho, unido a su aplicación a un amplio rango de trastornos en los que se asume el mismo modelo causal, hace difícil, aún en la actualidad, una adecuada valoración experimental de la misma y de los elementos activos que la componen, a pesar de su importancia y de ser normalmente citada como origen de las terapias cognitivas.

Un segundo paso en el desarrollo de las terapias cognitivas lo han representado las técnicas derivadas de las teorías de Kanfer (1970, 1977, 1979) sobre "autocontrol", basadas en el concepto de "autorregulación". En las mismas se asume una propia teoría del aprendizaje, enfatizando los "procesos de autoobservación, autoevaluación y autoreforzamiento". Y son posiblemente las técnicas derivadas del proceso de "autoobservación" (*selfmonitoring*) el elemento más influyente del conjunto de técnicas que engloba su actuación, y que dificulta la validación experimental de sus aplicaciones clínicas por su

énfasis en considerar los procesos internos como sometidos a las mismas leyes que la conducta externa, considerados como procesos encubiertos.

Al mismo tiempo, a veces resulta difícil enmarcarlas como técnicas estrictamente cognitivas, y han sido consideradas como técnicas relacionadas con procesos de aprendizaje social (Bandura, 1977; Thoresen y Mahoney, 1974).

Sus aplicaciones más importantes han sido en el campo de la conducta adictiva (alcoholismo, obesidad, fumar, etc...); cuando se han aplicado a otras áreas, por ejemplo: depresión (Fuchs y Rehm, 1977), sus resultados hay que verlos con precaución, dado que en el estudio de los elementos activos de la misma, se descubre que la aplicación única de técnicas de autoobservación, produce similares o mejores resultados que la aplicación de las mismas conjuntamente con las técnicas de autoevaluación y autoreforzamiento (Rhem y otros, 1978).

Si duda, en la actualidad, las terapias más estrictamente cognitivas, podemos reducir las a tres grandes modelos desarrollados en la última década y aplicados a diferentes tipos de trastornos:

1º Modelo de entrenamiento en autoinstrucciones: (Meichenbaum)

El supuesto básico de dicho modelo afirma que las cogniciones de una persona son instancias de pensamientos automáticos (imágenes y autovaloraciones) que son parte de una cadena de respuestas desadaptativas (Meichenbaum, 1977). A partir de aquí, Meichenbaum desarrolla el concepto de "metacognición" (implícito en el concepto de autoinstrucción), cuyo control debe producir la ruptura de la cadena habitual desadaptativa de actuación, al hacerla consciente y modificarla para producir autoinstrucciones e imágenes incompatibles y adaptativas.

Los elementos activos que componen el conjunto de actuaciones derivadas de la aplicación concreta de dicha técnica podemos resumirlos en: 1) Enseñar al cliente el papel que las cogniciones y emociones juegan en la génesis y potenciación del *stress*. 2) Entrenamiento en la autoobservación de pensamientos, imágenes, sentimientos y conductas generadoras de *stress*. 3) Entrenamiento en los fundamentos de solución de problemas. 4) Modelado y puesta en práctica de habilidades de enfrentamiento instrumental y paliativo (ej.: relajación, etc...). 5) Asignación gradual de tareas conductuales en vivo (Meichenbaum, 1983).

Estos componentes se estructuran sobre tres fases seriales que componen el entrenamiento en "inoculación de *stress*": fase de conceptualización, fase de adquisición y puesta en práctica, y fase de aplicación y seguimiento. Dicho entrenamiento ha sido especialmente diseñado para el tratamiento de problemas en los que está implicada una respuesta de ansiedad alterada (fobias, trastornos psicósomáticos, etc...) (Meichenbaum y Jarremko, 1983).

Otras formas de actuación, derivadas del mismo modelo, han sido aplicadas en niños con trastornos conductuales específicos (hiperactividad...) (Meichenbaum, 1982).

De todas formas, como reconoce el propio Meichenbaum (1977), el problema básico del presente conjunto de técnicas, deriva justamente del conglomerado de las mismas que resulta en la aplicación concreta del entrenamiento en autoinstrucciones y/o inoculación de *stress*, de modo que su validación experimental resulta prácticamente imposible. Con todo, y como ha supuesto Meichenbaum posteriormente (1982, 1983), se trata específicamente de una técnica cognitiva por el modelo implícito subyacente en la aplicación de los diversos componentes, dado que el objetivo básico consiste en la "alteración de los pensamientos" (metacogniciones) del sujeto para lograr la mejoría (cambio conductual) del mismo.

2º Modelo de entrenamiento en solución de problemas

D'Zurilla y Goldfried (1971) propusieron el modelo de solución de problemas sociales (SPS) consistente en las cinco operaciones siguientes: a) orientación general (esto es, conjunto de solución de problemas); b) definición y formulación del problema; c) generación de alternativas; d) toma de decisión; y e) verificación. Acordes a Spivack y Shure (1976), cada una de estas operaciones se relaciona con habilidades específicas: a) habilidades de reconocimiento de las posibles situaciones problemáticas; b) capacidad para generar posibles soluciones a los problemas interpersonales; c) habilidad para especificar los medios necesarios para solucionar exitosamente un problema; d) habilidades para entender y evaluar las consecuencias de las propias acciones; y e) autoconciencia de los factores implicados en la conducta propia y ajena. Aunque estas habilidades han sido conceptualizadas como primariamente cognitivas, de hecho, implican conductas externas tales como búsqueda de información, práctica conductual, etc...

El presente modelo, derivado de las investigaciones realizadas en el campo de la conducta social, fue específicamente diseñado y aplicado en el tratamiento de problemas interpersonales (terapia marital, trastornos de relación, fobias sociales, etc...). Sólo muy recientemente comienzan a ser aplicadas en campos específicamente psicopatológicos, dentro de un rango estrecho de trastornos relacionados con dichas conductas sociales alteradas (Goldfried, 1980; Spivack y otros, 1976; D'Zurilla y Nezu, 1982), por lo que su evaluación resultaría prematura.

Posiblemente su mayor valor actual consiste en la influencia sobre otras técnicas como elemento auxiliar de la terapia de ellas derivada (sobre todo en técnicas de autocontrol y entrenamiento en autoinstrucciones).

3º Modelo de la reestructuración cognitiva (Beck)

Derivado de los trabajos de Beck sobre depresión, el presente modelo asume que "los trastornos psicopatológicos estarían relacionados con trastornos cognitivos específicos que implican tanto el contenido del pensamiento, como los procesos utilizados para la adquisición de dichas formas de pensamiento alteradas y desadaptativas" (Beck, 1972, 1974, 1976). Dichos trastornos cognitivos determinarían la aparición de estados emotivos y conductuales alterados consecuentes.

Por tanto, los elementos implicados en la terapia de reestructuración cognitiva serían, acordes a Beck *et al.* (1979): a) enseñar al sujeto los fundamentos racionales y científicos de esta terapia; b) mostrar las conexiones entre "cogniciones", estado afectivo y conducta; c) enseñarle a autoobservar sus propios pensamientos automáticos; d) enseñarle a sustituir dichos pensamientos alterados por interpretaciones más realísticamente orientadas y positivas; y e) identificar y alterar los constructos disfuncionales (supuestos racionales) falsos y negativos que predisponen a la distorsión y evaluación negativa de la propia experiencia.

Como en casos anteriores, en la reestructuración cognitiva podemos observar elementos derivados de otras alternativas teóricas (autoobservación) y en su puesta en práctica normalmente se utilizan técnicas estrictamente conductuales (práctica gradual, asignación de tareas, etc.).

Esta terapia, específicamente diseñada para el tratamiento de trastornos depresivos (Beck *et al.*, 1979), en los que ha demostrado experimentalmente su eficacia (Hollon, 1981; Maldonado, 1982), cuando ha sido utilizada en otro tipo de trastornos (fóbicos, obsesivos, etc...) su eficacia se reduce a maximizar los efectos de otras técnicas de mayor efectividad (Emelkamp, 1979).

En resumen, si en la presente fase se trata de que el sujeto adquiera habilidades de enfrentamiento que le permitan superar exitosamente sus problemas, podemos demostrar que en dicha adquisición existen técnicas específicamente cognitivas, que pueden proveer al sujeto de dichas habilidades cognitivas.

Ahora bien, deberemos reconocer de un lado, la insuficiente validación experimental y teórica de las mismas en la actualidad; de otro, el limitado campo de trastornos a los que dichas técnicas son susceptibles de aplicación. Posiblemente sea la técnica de reestructuración cognitiva en el entrenamiento de depresivos la más llamativa y experimentalmente validada (Hollon, 1981).

Con todo, ello representa un desafío abierto a la investigación actual, aunque es imposible desarrollar en este artículo ni los trabajos para el estudio experimental de los componentes activos de dichas técnicas, ni la validación experimental actual de las mismas, y mucho menos su aplicación concreta a trastornos particulares (véase Kendall, 1982; Rehm, 1981 para su revisión).

3.2.2. *Mantenimiento y generalización: el problema de la transferencia del aprendizaje*

Existe poca duda sobre la eficacia de los procedimientos cognitivos para el tratamiento efectivo de un amplio rango de trastornos, tanto en niños como en adultos, en la situación de tratamiento. Pero se ha cuestionado con frecuencia la transferencia de dicho aprendizaje a otras áreas extraterapéuticas, y existe evidencia experimental de que dicho efecto de generalización no ocurre automáticamente una vez concluido el entrenamiento (Marholin *et al.*, 1976; Kinscherbaum y Tomarken, 1982). De ahí que algunos autores hayan advertido que "la generalización debe ser programada, más que esperada o lamentada". (Baer *et al.*, 1968).

Frente a aproximaciones tradicionales en las que se postulaba que la generalización debería ocurrir de manera espontánea y automática en base a un triple conjunto de hipótesis: reforzamiento condicionado, la propia actividad reforzante de la conducta aprendida y la alteración consecuente del medio ambiente que permitiría un mayor grado de reforzamiento de las conductas ahora adaptativas (Kazdin, 1975); actualmente se hace cada vez más evidente la necesidad de programar y planificar las contingencias que permitan una adecuada transferencia en ausencia del terapeuta (Beck *et al.* 1979; Meichenbaum y Jaremko, 1983; D'Zurilla y Nezu, 1982).

Todo ello ha llevado a un interés creciente en la investigación de dicho efecto de generalización, (véase las revisiones de Marholin *et al.* 1976; Kincherbaum y Tomarken, 1982, entre otros). Sin embargo, la ausencia de trabajos, modelos y técnicas eficaces para una adecuada generalización es enfatizada en todos estos trabajos.

Ante esta ausencia relativa de estudios controlados, se han propuesto algunas técnicas cognitivas específicas que deben facilitar dicho proceso de transferencia:

a) Control instruccional y/o entrenamiento en autoinstrucciones: Una de las aproximaciones al problema de la transferencia enfatiza el valor de las atribuciones, autoinstrucciones y cogniciones (Seligman, 1981; Meichenbaum y Jaremko, 1983; Beck *et al.*, 1979) como medio de generalización a nuevas situaciones, en cuanto permite al paciente entender que el control de su propia conducta depende de su propia actuación y atribuir su éxito a sí mismo; es decir tiende a convertir al paciente en "agente de su propio cambio" y en su "propio reforzador". Existe evidencia de que altos niveles de autoeficacia están asociados con una mejora de la generalización (Bandura y otros, 1980); además, un entrenamiento específico en dichas autoinstrucciones y atribuciones genera una sutil, pero efectiva, prevención de recaída y mantenimiento de las ganancias conseguidas durante el tratamiento (Kazdin, 1975; Condiote y Lichenstein, 1981; Marlatt y Gordon, 1980).

b) Técnicas de autocontrol (Thoresen y Mahoney, 1974; Condiote y Lichenstein, 1981; Kincherbaum y Tomarken, 1982): En este caso un entrenamiento continuado en autoobservación, autoevaluación y autoreforzamiento permite prevenir la posibilidad de fracaso posterior, e incrementar por tanto el mantenimiento y generalización (D'Zurilla y Nezu, 1982), entrenando al sujeto a controlar su conducta independientemente del medio ambiente específico.

c) Otra técnica propuesta por Meichenbaum y Jaremko (1983), insiste en la "anticipación de situaciones de alto riesgo de fracaso y en una efectiva simulación de la conducta y actitud ante las mismas" (Marlatt y Gordon, 1980; Kincherbaum y Tomarken, 1982).

d) Por último, se ha estudiado el papel del "sobrentrenamiento" (Goldstein *et al.*, 1979), enfatizando la necesidad de que el terapeuta se asegure de que el paciente ha adquirido la suficiente habilidad y confianza de forma que sus respuestas no se extingan fácilmente. Ello ha llevado a sugerir (Meichenbaum, 1983), la necesidad de un periodo de seguimiento, y no una ruptura abrupta una vez concluida la fase de entrenamiento.

Como puede observarse, y sugieren diferentes autores (Kincherbaum y Tomarken, 1982, entre otros), a pesar de la toma de conciencia del problema de la generalización del tratamiento, la cantidad de investigación es casi inexistente (Karoly y Steffen, 1980), y en aquellos estudios en los que se intenta, se insiste más sobre el problema de la recaída, que sobre el de la generalización propiamente dicha. De hecho, los estudios se reducen a una serie de "consejos", como hemos retomado nosotros mismos, conscientes de la propia insatisfacción con los acercamientos experimentales al tema.

Probablemente, sea el problema de la transferencia y generalización uno de los procesos más deficientemente estudiados y entendidos, no solo en la Terapia de Conducta, sino incluso en la propia Psicología del Aprendizaje, al tiempo que representa uno de los mayores desafíos en la investigación cognitiva actual.

3.2.3. Fase de seguimiento: prevención de recaídas

Ya en el apartado anterior ha quedado establecida la necesidad de un seguimiento posterior del paciente durante un periodo crítico. Este seguimiento, así como las estrategias de generalización, significan un control primario y no programado de la posible prevención de recaída.

Pero, como citamos previamente, podemos maximizar dicho efecto con una planificación y utilización de técnicas apropiadas. Y en este sentido han sido las técnicas cognitivas las específicamente delimitadas para lograr dicho efecto (Marlatt y Gordon, 1980).

Sobre todo desde la perspectiva de la "reestructuración cognitiva" y del "entrenamiento en autoinstrucciones" (Beck *et al.*, 1979; Meichenbaum, 1983), se pone de manifiesto la necesidad de entrenar al paciente para que comprenda y acepte el proceso de mejoría iniciado con el tratamiento (fase de evaluación y conceptualización), que consistirá en un proceso sucesivo de "mejoría-recaída" (recondicionamiento-reextinción), permitiéndole comprobar que sólo la *práctica* continuada asegura un correcto control de las conductas alteradas, y una eficaz adquisición de las conductas deseadas.

Ello conducirá al paciente a "evaluar las recaídas como sucesos normales predichos previamente y esperados", "hacerse consciente de sus propias habilidades de control adquiridas", "perder el temor a la aparición de signos relacionados con su trastorno", de forma que los mismos se conviertan en "estímulos discriminativos" para poner en práctica las habilidades aprendidas; y no, como ocurría en el pasado, en "estímulos discriminativos" negativos, para reproducir conductas desadaptativas y alteradas.

En este sentido resulta imprescindible destacar que el modelo implícito de aprendizaje aplicado a los trastornos conductuales permite entender que el objetivo no es un "individuo libre de síntomas", modelo subyacente que las personas tienen cuando buscan tratamiento psicológico. Sobre todo por el hecho de que la mayoría de los trastornos que tratamos representan estados que ocurren en circunstancias normales en cualquier tipo de individuo (ej: miedos, depresiones, etc...). El objetivo básico consiste en lograr que dichos estados (recaída), ocurran "cada vez menos veces", "sean cada vez menos intensos" y "se conviertan en sucesos transitorios", hasta que lleguen a ser similares a los normalmente experimentados por los sujetos normales. Para ello, la reacción adecuada deberá ser la puesta en práctica de lo aprendido previamente, y que ha resultado eficaz para producir su mejoría, y de ahí que deba serlo en el futuro. En caso contrario, la ocurrencia normal inevitable de dichos sucesos en el futuro, llevará al paciente al "pensamiento" de que "su enfermedad no tiene remedio", "siempre voy a estar igual", "la terapia no tiene efectos sobre mí", etc..., con la consecuencia conductual de una reproducción de las pautas de conducta desadaptativa aprendida y un alto riesgo de una recaída. Anticipar todos estos aspectos durante la fase final de la terapia, y sobre todo durante la fase de seguimiento, permite que el sujeto adquiera modos de pensar y de comportamiento que le permitan hacer frente de una forma estable a su problema, haciéndole consciente de que el objetivo básico del tratamiento consiste en lograr dejar de ser un individuo controlado por su trastorno y las consecuencias del mismo, para convertirse en un individuo que controla su propia vida y su propio bienestar.

Como vemos, se trata de concienciar al sujeto, y hacérselo autoevidente, de ahí la perspectiva empírica previamente mencionada, de que el cambio (mejoría) se produce, y al mismo tiempo que aprenda a atribuirlo a sí mismo. Esto puede ser facilitado por el terapeuta de diversas maneras: a) fijando las bases para que dichas atribuciones se produzcan desde el principio, enfatizando el carácter educacional y de adquisición de habilidades de control desde el inicio del tratamiento (de ahí la importancia de la primera fase); b) siempre que aparezcan cambios en el paciente, analizar con el mismo cómo se han producido enfatizando y reforzando sus propias atribuciones de éxito y sus propias "autoexpectativas de eficacia"; c) produciendo, o en su caso, aprovechando, situaciones de recaída en las que el paciente ponga en práctica las habilidades previamente mencionadas (Marlatt y Gordon, 1980; Meichenbaum, 1983), de forma que las conceptualice como algo normal dentro del proceso de curación, auto-concienciándose de las propias habilidades de control adquiridas.

El objetivo final consistiría en que el paciente aprenda cómo se ha producido el "cambio", cuáles son los factores implicados, esencialmente cognitivos, y cómo controlarlos eficazmente, de manera que en el futuro vaya desarrollando estas estrategias cada vez más correctamente en su propia experiencia, hasta que se conviertan en un proceso automático (véase 2º apartado) que garantice su mejoría estable.

4. CONCLUSIONES: PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN EN LA TERAPIA COGNITIVA

Cuando un autor se enfrenta al problema de presentar un trabajo general, como en nuestro caso, sobre la Terapia Cognitiva actual, cabe la opción no comprometida de hacer una somera presentación de las diferentes corrientes y técnicas, haciendo hincapié en las diferencias y déficits de las mismas, relativamente fáciles de comprobar en el caso de la TC, tanto por su reciente elaboración, como la relativamente pobre validez empírica actual. Resulta difícil, no obstante, hacer un intento de integración y presentar un modelo

teórico que permita su comprensión —consciente de su provisionalidad y de la generalidad en la presentación de las propias técnicas particulares— que intente dar “coherencia” y “sistematica” la actuación terapéutica de un psicólogo cognitivo. Con todo, los objetivos que me llevaron a plantear este trabajo, en función de mi propia investigación y práctica han sido:

a) Tomar conciencia de que la aplicación de una técnica cognitiva se inscribe en el marco teórico de la Psicología del Aprendizaje, de forma que nos permita una adecuada comprensión del proceso de adquisición, mantenimiento y generalización, tanto del proceso de modificación (terapia), como del propio trastorno particular tratado.

b) Determinar que la aplicación concreta de una técnica se inscribe en un proceso personalizado que va más allá de los determinantes concretos del manual específico de tratamiento de dicha técnica, y obliga a un trabajo de análisis, toma de decisión y puesta en práctica de dichas técnicas, sólo si su eficacia ha sido demostrada experimentalmente para el tratamiento de dicho trastorno.

c) Hacer hincapié en que la efectividad de una técnica no se deriva sólo de que la misma sea aplicada de forma correcta, ello es solamente un elemento necesario, pero no suficiente para producir la mejoría, que debemos entender como un proceso estable y generalizado posterior al tratamiento, lo que exige una adecuada programación de dichos efectos esperados.

En este sentido deberemos enfatizar la necesidad de una investigación experimental constante, que nos debe permitir, y actualmente está focalizada en:

1º La construcción de modelos explicativos de adquisición de procesos psicopatológicos, identificando los factores causales de los mismos (por ej.: El modelo de Indefensión Aprendida en la Depresión...).

2º La validación experimental de la eficacia de las técnicas cognitivas en el tratamiento específico de trastornos concretos, para determinar el tratamiento de elección en cada caso particular.

3º El estudio experimental de los elementos activos de cada una de dichas técnicas, dado que en las mismas existen múltiples componentes a veces deficientemente entendidos.

4º La aplicación sistemática a nuevos trastornos, o nuevas aplicaciones de actuación terapéutica, o la creación de nuevas técnicas derivadas de las investigaciones recientes en el área de la Psicología del Aprendizaje actual.

Ello nos permitirá superar el concepto de “tecnologías sin ciencia” (Seligman, 1981), aplicado a estas técnicas, y otros modelos de actuación psicológica, enmarcándolas en un modelo integrado explicativo de la conducta. De hecho, un proceso terapéutico cognitivo, representa un intento de que el paciente aprenda habilidades que le permitan controlar su conducta de forma adecuada produciendo el deseado cambio terapéutico de manera estable. Y en este sentido, me gustaría remarcar, —y todo el trabajo previo ha ido encaminado a ello—, las afirmaciones de Hammen (1981), de que: “los trabajos publicados parecen mostrar que dichos tratamientos son fácilmente aplicables e inteligibles; pero cuando un terapeuta se enfrenta al paciente concreto e intenta ponerlos en práctica, descubre que son mucho más complejos y difíciles de aplicar” para lograr una adecuada mejoría.

Para su consecución, hemos de utilizar técnicas experimentalmente fiables en la producción de dicho cambio que debe afectar a diversos niveles: “cambio en la forma de comportarse” (implica la supresión de conductas desadaptativas y su sustitución por otras más adaptativas); “cambio en la forma de pensar” (implica la sustitución de formas y procesos de pensamientos desadaptativos e inadecuados, por otros orientados de forma más realista); “control adecuado de las habilidades”, que permita al paciente hacer frente a las condiciones medioambientales en que se desarrolla su vida.

Sólo en cuanto seamos capaces de producir dichos cambios, podremos tener una

relativa seguridad de la eficacia de nuestra actuación terapéutica, y habremos logrado una adecuada integración del carácter "científico y explicativo" de nuestro trabajo como "modificadores conductuales", con el carácter "tecnológico" de nuestra actuación como "terapeutas", y el "carácter adaptativo y humanitario" de la misma. Lo que coincide con una integración de nuestra visión de los trastornos psicopatológicos en una perspectiva cognitiva aprendida.

RESUMEN

El objetivo básico del presente trabajo consiste en la presentación de un modelo teórico cognitivo, basado en la Psicología del Aprendizaje, que permita el análisis del proceso terapéutico individualizado en el tratamiento de los trastornos psicopatológicos desde una perspectiva cognitiva.

En este modelo teórico, se analizan las diferentes fases que engloban la actuación terapéutica de un psicólogo cognitivamente orientado; se identifican los elementos activos de este proceso que determinan la mejoría clínica (cambio conductual) del paciente y se explican las diferentes técnicas susceptibles de aplicación en el tratamiento de trastornos específicos. Todo ello dentro del marco teórico general de la Psicología del Aprendizaje actual, que supone el estudio experimental tanto de los procesos de adquisición y de los modelos explicativos de la conducta alterada, como de los procesos de modificación y técnicas específicas de tratamiento de la misma.

Por último se analiza la validez experimental de la aplicación de dichas técnicas, así como de las perspectivas abiertas de investigación y práctica de las mismas en el tratamiento de los trastornos psicopatológicos.

SUMMARY

The main objective of this study is to present a cognitive theoretical model, according to Learning Psychology, in order to analyse the individual therapeutic process for treatment of behavioral disorders from a cognitive point of view.

According to this model, we analyse the phases of treatment in the therapeutic work of cognitive therapist; we identify the active elements of this process which determines the clinical improvement (behavioral change) of the patient; and we explain several techniques which can be used for the effective cognitive treatments of behavioral disorders.

As we assume the principles of the modern Learning Theory, this implies the experimental study of: a) the modification processes and the specific techniques of treatments of the psychological disorders, but also b) their acquisition processes and the theoretical models which could explain them.

Finally, we study the experimental validation of the applied cognitive techniques and the open perspectives of research and practice, in the cognitive modification of behavioral disorders.

RÉSUMÉ

Il s'agit dans cet article de présenter un modèle théorique cognitif, basé sur la Psychologie de l'Apprentissage. La finalité de ce modèle est de permettre d'analyser d'un point de vue cognitif, le processus théorique individuel utilisé dans le traitement des problèmes psychopathologiques.

Ce modèle théorique analyse les différentes phases qui constituent la conduite thérapeutique d'un psychologue dont l'orientation est cognitive; il identifie également les éléments actifs de ce procès qui déterminent l'amélioration clinique (changement comportemental) du patient; il explique enfin les différentes techniques susceptibles d'être utilisées dans le traitement des problèmes spécifiques. Tous ces éléments sont encadrés à l'intérieur des principes généraux de l'actuelle Psychologie de l'Apprentissage, principes qui supposent l'étude expérimentale aussi bien des processus d'acquisition et des modèles explicatifs de la conduite altérée, que des processus de modification et des techniques spécifiques de traitement de cette même conduite.

Finalement, l'auteur analyse la validation expérimentale de l'application de ces techniques et également des perspectives qui s'ouvrent à la recherche et à la pratique de ces techniques dans le traitement des problèmes psychopathologiques.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANDURA, A. *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart y Winston, 1969.
- BANDURA, A. *Social learning theory*. New Jersey: Prentice Hall, 1977.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977, 84, 191-215.
- BANDURA, A. Self-reinforcement: theoretical and methodological considerations. *Behaviorism*, 1976, 4, 135-155.
- BECK, A. Cognition, affect and psychopathology. *Archives of General Psychology*, 1971, 24, 495-500.
- BECK, A. The development of depression: a cognitive model. En FREDMAN y KATZ (Eds.) *The Psychology of Depression*. Washington: Winston and Sons, 1974.
- BECK, A. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press, 1976.
- BECK, A. et al. *Cognitive therapy of depression*. New York: Wiley and Sons, 1979.
- BOLLES, R. *Learning theory*. New York: Academic Press, 1977.
- CONDIOTE, M. y LICHTENTEIN, E. Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 49, 648-658.
- CAUTELA, J. y UPPER, D. The process of individual Behavior Therapy. En HERSEN, M. et al. (Eds.) *Progress in Behavior Modification*. New York: Academic Press, 1975.
- D'ZURILLA, T. y GOLDFRIED, M. Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 1971, 78, 107-126.
- D'ZURILLA y NEZU, A. Social problems solving in adults. En KENDALL, Ph. (Ed.) *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. New York: Academic Press, 1982.
- DICKINSON, A. *Contemporary animal learning theory*. Cambridge: Cambridge University Press, 1980.
- ELLIS, A. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart, 1962.
- ELLIS, A. *The essence of rational psychotherapy*. New York: Institute for rational living, 1970.
- ELLIS, A. y GREIGER, R. *Handbook of rational emotive therapy*. New York: Springer, 1977.
- EMELKAMP, P. The behavioral study of clinical fobias. En HERSEN M. et al. (Eds.) *Progress in Behavior Modification*. New York: Academic Press, 1979.
- GLASS, C. y ARNKOFF, D. Think cognitively: Selected issues in cognitive assessment and therapy. En KENDALL, Ph. (Ed.) *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. New York: Academic Press, 1982.
- GOLDFRIED, M. Psychotherapy as coping skill training. En MAHONEY, M. (Ed.) *Psychotherapy process*. New York: Plenum Press, 1980.

- GOLDSTEIN, A. y KANFER, F. (Eds.) *Maximizing treatment gains: transfer enhancement in psychotherapy*. New York: Academic Press, 1979.
- HOLLON, S. Comparisons and combinations with alternative approaches. En REHM, L. (Ed.) *Behavior therapy for depression*. New York: Academic Press, 1981.
- KANFER, F. y PHILLIPS, J. *Learnings foundations of Behavior Therapy*. New York: Wiley, 1970.
- KANFER, F. Self-management: strategies and tactics. En GOLDSTEIN, A. y KANFER, F. (Eds.) *op. cit.*, 1979.
- KAZDIN, A. y WILSON, G. *Evaluation of behavior therapy*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1978.
- KENDALL, Ph. (Ed.) *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. New York: Academic Press, 1982.
- KENDALL, Ph. y HOLLON, S. *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic Press, 1981.
- KINCHERBAUM, D. y TOMARKEN, A. On facing the generalization problem: the study of self-regulatory failure. En KENDALL, Ph. (Ed.) *op. cit.*, 1982.
- KAROLY, P. y STEFFEN, W. *Improving the long-term effects of psychotherapy*. New York: Gardner, 1980.
- KLUWE, R. Cognitive knowledge and executive control: metacognition. En GRIFFIN, D. (Ed.) *Animal mind-human mind*. New York: Springer Verlag, 1982.
- MAHONEY, M. *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1974.
- MAHONEY, M. y THORESEN, C. *Self-control: power to the person*. Monterey: Brooks/Cole, 1974.
- MARKS, I. The cure and care of neuroses. *Psychological Medicine*, 1979, 9, 620-629.
- MALDONADO, A. Terapia de conducta y depresión: un estudio experimental de los modelos conductual y cognitivo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1982, 37, 31-56.
- MALDONADO, A. El modelo de la reestructuración cognitiva en el tratamiento de la conducta depresiva. En prensa.
- MEICHENBAUM, D.: *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum Press, 1977.
- MEICHENBAUM, D.: Modificación de conducta cognitiva: problemas actuales. *I Jornadas de Modificación de Conducta Cognitiva*, Madrid, 1982.
- MEICHENBAUM, D. y JAREMKO, M. *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum Press, 1983.
- MARHOLIN, D. et al. Treatment and transfer: a search for empirical procedures. En HERSEN M., et al. (Eds.) *Progress in Behavior Modification*. New York: Academic Press, 1976.
- MARLATT, A. y GORDON, J. Determinants of relapse. En DAVIDSON y DAVIDSON (Eds.) *Behavioral medicine*. New York: Bruner-Mazel, 1980.
- PEARCE, J. y HALL, G. A model for pavlovian conditioning. *Psychological Review*, 1980, 87, 532-552.
- REHM, L. A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 1977, 8, 787-804.
- REHM, L. et al. An evaluation of major elements in a self-control therapy program for depression. *Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy*, 1978.
- RESCORLA, R. Some implications of a cognitive perspective of pavlovian conditioning. En HULSE, et al. (Eds.) *Cognitive processes in animal cognition*. New Jersey: L.E.A., 1978.
- SELIGMAN, M. A learned helplessness point of view. En REHM, L. (Ed.) *op. cit.* 1981.
- SPIVACK, G. y SHURE, M. *Social adjustment of young children*. San Francisco: Jossey-Bass, 1976.
- SPIVACK, G. et al. (Eds.) *The problem solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass, 1976.
- TAYLOR, F. y MARSHALL, W. Experimental analysis of cognitive-behavior therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1, 59-72.
- WAGNER, A. SOP: a model of automatic memory processing in animals. En SPEAR y MILLER (Eds.) *Information processing in animals*. New Jersey: L.E.A., 1981.

REFERENCIAS DE LAS PUBLICACIONES DEL AUTOR RELACIONADAS CON LA MODIFICACIÓN Y TERAPIA DE CONDUCTA

- MALDONADO, A. Indefensión aprendida. En TUDELA, P. (Ed.) *Psicología Experimental I*. Madrid: UNED, 1981.
- MALDONADO, A. Terapia de conducta y depresión. *Folia Neuropsiquiátrica*, 1981, 16, 267-273.
- MALDONADO, A. *Terapia de conducta y depresión*. Fundación J. March, Serie Universitaria, 1982.
- MALDONADO, A. Terapia de conducta y depresión: un análisis experimental de los modelos conductual y cognitivo de la depresión. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1982, 37, 31-56.
- MALDONADO, A. Reestructuración cognitiva y entrenamiento asertivo en sujetos depresivos: un estudio comparativo. *Actas del VII Congreso de Psicología Española*, 1982, 109-111.

- MALDONADO, A. y RUIZ CABALLERO, J. A. Indefensión aprendida humana: una revisión crítica. *Psicológica*, 1982, 3, 153-174.
- MALDONADO, A. Indefensión aprendida humana: un estudio experimental de la inadecuación de la inducción cognitiva como método de estudio de la I. A. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1983, 38, 835-854.
- RUIZ CABALLERO, J. A. y MALDONADO, A. Reconocimiento de estímulos neutros y emotivos: un análisis de la teoría de la detección de señales en la depresión. *Psicológica*, 1983, 1, 67-83.
- RUIZ CABALLERO, J. A. y MALDONADO, A. Percepción de estímulos neutros y emotivos: un análisis de la teoría de la detección de señales en la depresión. *Psicológica*, 1983, 4, 153-171.
- MALDONADO, A. Interacciones de tratamientos conductuales, cognitivos y farmacológicos en la depresión. *Actas del I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Area 3: Psicología y Salud*. Madrid, 1984, 129-133.
- RUIZ CABALLERO, J. A. y MALDONADO, A. Incontrolabilidad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis: un estudio mediante el diferencial semántico. *Folia Neuropsiquiátrica*, 1984, 19, 45-57.
- MALDONADO, A. Terapia de conducta y depresión II: análisis experimental de las interacciones entre tratamientos conductuales y cognitivos con tratamientos farmacológicos en sujetos depresivos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1984.
- MALDONADO, A. Modelo de tratamiento conductual cognitivo: técnicas conductuales y cognitivas aplicadas a la psicopatología según un proceso terapéutico individualizado. Ponencia del I Symposium sobre Importancia de las Terapias Cognitivas y Conductuales en la psicopatología infanto-juvenil. Málaga, 1984.
- MALDONADO, A. Reestructuración cognitiva y depresión I: análisis del modelo cognitivo de la depresión e implicaciones terapéuticas. *Folia Neuropsiquiátrica*. En prensa.
- MALDONADO, A. Reestructuración cognitiva y depresión II: el proceso terapéutico de la depresión a través del manual de tratamiento de la reestructuración cognitiva. *Folia Neuropsiquiátrica*. En prensa.

