

Marta Isabel Díaz
M^a Ángeles Ruiz
Arabella Villalobos



Manual de técnicas y
**TERAPIAS
COGNITIVO
CONDUCTUALES**



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales

MARTA ISABEL DÍAZ GARCÍA
M^a ÁNGELES RUIZ FERNÁNDEZ
ARABELLA VILLALOBOS CRESPO



Índice

Acerca de las autoras	21
Prefacio	25
Capítulo 1: Historia de la Terapia Cognitivo Conductual	31
<i>Marta Isabel Díaz, M^a Ángeles Ruiz y Arabella Villalobos</i>	
1. Introducción	34
2. Raíces históricas tempranas de la Terapia de Conducta	36
3. Bases teóricas y metodológicas de la Terapia de Conducta	38
3.1. La reflexología rusa y las leyes del condicionamiento clásico	38
3.2. El conexionismo de Thorndike	42
3.3. El conductismo de Watson	44
3.4. El neoconductismo	46
3.5. Skinner y el condicionamiento operante	49
3.6. Mapa conceptual de raíces históricas de la Terapia de Conducta	51
4. Evolución de la Terapia de Conducta	52
4.1. Primera generación: El surgimiento de la Terapia de Conducta	54
4.1.1. <i>El surgimiento en Sudáfrica</i>	55
4.1.2. <i>El surgimiento en Inglaterra</i>	56
4.1.3. <i>El surgimiento en los Estados Unidos de Norteamérica</i>	58
4.1.4. <i>Consideraciones sobre la primera generación de la Terapia de Conducta</i>	61
4.1.5. <i>Mapa conceptual de la primera generación</i>	62
4.2. Segunda generación: el papel de los aspectos cognitivos en Terapia de Conducta	63
4.2.1. <i>El aprendizaje social de Bandura</i>	63
4.2.2. <i>El surgimiento de las terapias cognitivas</i>	66
4.2.3. <i>Consideraciones sobre la segunda generación de la Terapia de Conducta</i>	70
4.2.4. <i>Mapa conceptual de la segunda generación</i>	72

4.3. Tercera generación: Panorama actual de la Terapia de Conducta	72
4.3.1. Estado actual de la Terapia Cognitiva	73
4.3.2. El enfoque contextual.	78
4.3.3. Consideraciones sobre la tercera generación de la Terapia de Conducta	84
4.3.4. Mapa conceptual de la tercera generación.	85
5. Definición de la Terapia Cognitivo Conductual y características actuales	85
6. Consideraciones finales	88
7. Resumen	89
8. Bibliografía recomendada	91
9. Referencias bibliográficas	92

Capítulo 2: El proceso en Terapia de Conducta: la evaluación conductual 103
Marta Isabel Díaz, M^a Ángeles Ruiz y Arabella Villalobos

1. Introducción	106
2. Historia y desarrollo de la evaluación conductual.	107
3. Definición de evaluación conductual	111
4. Estrategias de evaluación conductual	113
4.1. Entrevistas conductuales.	114
4.2. Observación conductual.	116
4.3. Evaluación cognitivo conductual	117
4.4. Evaluación psicofisiológica.	118
4.5. Aplicabilidad diferencial de los métodos de la evaluación conductual.	120
5. El análisis funcional en la evaluación conductual	122
5.1. Procedimiento del análisis funcional	124
5.2. Limitaciones del análisis funcional	131
6. Procedimiento y proceso de la evaluación conductual	133
7. Mapa conceptual de evaluación conductual	140
8. Cuestiones sobre fiabilidad y validez en la evaluación conductual	141
9. Direcciones futuras: evaluación basada en la evidencia	143
10. Conclusiones y consideraciones finales.	146
11. Resumen	148
12. Bibliografía recomendada	150
13. Referencias bibliográficas	151

Capítulo 3: Técnicas operantes	159
<i>M^a Ángeles Ruiz, Marta Isabel Díaz y Arabella Villalobos</i>	
1. Introducción	162
2. Fundamentos teóricos y principios básicos	162
2.1. Tipos de reforzadores	164
2.2. Variables que influyen la efectividad de los reforzadores.	166
2.2.1. <i>Características del reforzador</i>	166
2.2.2. <i>Contingencias</i>	167
2.2.3. <i>Contigüidad</i>	167
2.2.4. <i>Operaciones de motivación</i>	168
3. Técnicas operantes para el incremento y mantenimiento de conductas	168
3.1. Reforzamiento positivo	169
3.2. Reforzamiento negativo	169
3.3. Programas de reforzamiento	170
4. Técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas	172
4.1. Moldeamiento	172
4.2. Encadenamiento	173
4.3. Instigación/Atenuación	177
5. Técnicas operantes para la reducción o eliminación de conductas	177
5.1. Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO)	177
5.2. Extinción	179
5.3. Castigo	181
5.3.1. <i>Castigo Positivo</i>	182
5.3.2. <i>Castigo Negativo</i>	183
5.3.3. <i>Factores que influyen en la efectividad del castigo</i>	184
5.3.4. <i>Efectos colaterales del castigo</i>	187
5.4. Sobrecorrección	188
6. Programas de economía de fichas	189
7. Contratos de contingencias	191
8. Mapa conceptual de técnicas operantes	193
9. Aplicaciones y estudios de resultados	193
10. Resumen	194
11. Bibliografía recomendada	195
12. Referencias bibliográficas	197

Capítulo 4: Terapias y técnicas de exposición	201
<i>Marta Isabel Díaz, M^a Ángeles Ruiz, Arabella Villalobos y Marcela Paz González</i>	
1. Introducción	204
2. Fundamentos teóricos	204
2.1. Primeras teorías conductuales.	205
2.2. Habituaación	206
2.3. Extinción	206
3. Tipos de exposición	208
3.1. Exposición en vivo	213
3.2. Exposición simbólica	215
3.3. Exposición en grupo	218
4. Factores moduladores de los resultados de la exposición	219
5. Procedimiento de aplicación	224
5.1. Planificación de sesiones de exposición efectivas . .	225
5.2. Minimización de factores que inhiben el éxito del tratamiento de exposición	227
6. Ejemplos de aplicación de las técnicas de exposición . .	229
6.1. Ansiedad social	229
6.2. Trastornos de pánico y agorafobia	231
6.3. Trastorno de estrés postraumático	234
6.4. Trastorno obsesivo compulsivo	238
7. Mapa conceptual de las técnicas y terapias de exposición	240
8. Conclusiones y consideraciones finales	240
9. Resumen	242
10. Bibliografía recomendada	243
11. Referencias bibliográficas	244
Capítulo 5: Desensibilización sistemática y técnicas de relajación.	251
<i>Marta Isabel Díaz, Arabella Villalobos y M^a Ángeles Ruiz</i>	
1. Desensibilización sistemática: introducción	255
2. Fundamentos teóricos	255
3. Condiciones de aplicación de la desensibilización sistemática	257
4. Procedimiento de aplicación	258
4.1. Elección de la respuesta incompatible con la ansiedad	258
4.2. Elaboración de la jerarquía de estímulos.	259
4.3. Entrenamiento en imaginación	261
4.4. Proceso de la desensibilización sistemática	261
4.5. Variaciones en la aplicación de la desensibilización sistemática	264

5. Ámbitos de aplicación y evidencia empírica	265
6. Mapa conceptual de la desensibilización sistemática	266
7. Técnicas de relajación: introducción	266
8. Fundamentación teórica	267
8.1. Modelos de efectos de la relajación	268
9. Consideraciones generales para aplicar las técnicas de relajación	269
10. Entrenamiento en relajación progresiva	270
10.1. Procedimiento de la relajación progresiva	272
10.2. Indicaciones generales para la práctica de la relajación progresiva	273
10.3. Variaciones del procedimiento: la relajación diferencial y la relajación pasiva	274
11. Entrenamiento en relajación autógena	275
11.1. Procedimiento de la relajación autógena	275
11.2. Indicaciones generales para la práctica del entrenamiento autógeno	277
12. Técnicas de respiración	278
12.1. Mecanismos autorregulatorios de la respiración	279
12.2. Tipos de respiración	279
12.3. Procedimiento del entrenamiento en respiración	280
12.4. Indicaciones generales para la práctica del entrenamiento en respiración	282
13. Principales aplicaciones y efectividad de las técnicas de relajación y respiración	282
14. Problemas asociados a la relajación	284
14.1. Descargas autógenas	284
14.2. Ansiedad inducida durante la relajación	284
15. Mapa conceptual de las técnicas de relajación	285
16. Conclusiones y consideraciones finales	285
17. Resumen	286
18. Bibliografía recomendada	287
19. Referencias bibliográficas	288

Capítulo 6: Técnicas de modelado y entrenamiento en

habilidades sociales	293
---------------------------------------	-----

M^a Ángeles Ruiz, Arabella Villalobos y Marta Isabel Díaz

1. Introducción	296
2. Modelado	296
2.1. Fundamentos teóricos	296
2.1.1. Marco conceptual	298
2.1.2. Procesos implicados en el aprendizaje observacional	298

2.2. Funciones del modelado	300
2.3. Factores que influyen en el modelado.	301
2.4. Fases del modelado	302
2.5. Tipos de modelado	304
2.6. Ámbitos de aplicación y estudios de resultados . . .	307
2.7. Mapa conceptual de las técnicas de modelado. . .	308
3. Entrenamiento en habilidades sociales	308
3.1. Fundamentos teóricos.	308
3.1.1. Modelos de adquisición de las habilidades sociales	309
3.1.2. Modelos explicativos del comportamiento incompetente.	311
3.2. Tipos de habilidades sociales	313
3.3. Proceso de entrenamiento en habilidades sociales .	315
3.3.1. Evaluación y selección de las habilidades sociales	316
3.3.2. Procedimiento de intervención en el entrena- miento en habilidades sociales.	319
3.4. Modalidades de aplicación.	324
3.5. Ámbito de aplicación y estudios de resultados . . .	325
3.6. Mapa conceptual del entrenamiento en habilidades sociales	326
4. Resumen	327
5. Bibliografía recomendada	328
6. Referencias bibliográficas	330
Capítulo 7: Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)	335
M ^a Ángeles Ruiz, Marta Isabel Díaz y Arabella Villalobos	
1. Introducción	338
2. Origen histórico	338
3. Fundamentos teóricos y filosóficos	340
3.1. Los ABCs de la Terapia Racional Emotiva Conductual	340
3.2. Mecanismos cognitivos del malestar.	341
3.3. Tendencias biológicas básicas	344
3.4. Emociones adaptativas y desadaptativas	345
3.5. Ansiedad perturbadora y ansiedad del yo	346
3.6. Filosofía de vida y salud psicológica.	347
3.7. Adquisición y mantenimiento de las alteraciones psicológicas.	349
3.8. Mapa conceptual de la Terapia Racional Emotiva Conductual	351
4. El proceso de la Terapia Racional Emotiva Conductual .	352
4.1. Fases del proceso	352
4.2. Estructura de las sesiones	354

4.3. Estilo terapéutico y relación con el cliente	354
4.3.1. <i>Estilo terapéutico</i>	355
4.3.2. <i>Relación con el cliente</i>	356
4.4. Principales técnicas de intervención	358
4.4.1. <i>Técnicas utilizadas en el transcurso de las sesiones</i>	358
4.4.2. <i>Técnicas utilizadas en la realización del trabajo para casa</i>	365
4.4.3. <i>Técnicas que tienden a evitarse en la TREC</i>	369
5. Aplicaciones, evidencia empírica y estudios de resultados	369
6. Consideraciones finales	374
7. Resumen	374
8. Bibliografía recomendada	376
9. Referencias bibliográficas	378
Capítulo 8: Terapia Cognitiva	383
<i>M^a Ángeles Ruiz, Marta Isabel Díaz, Arabella Villalobos y Marcela Paz González</i>	
1. Introducción	386
2. Conceptos teóricos fundamentales	386
2.1. Organización cognitiva	388
2.1.1. <i>Esquemas cognitivos</i>	388
2.1.2. <i>Procesos cognitivos</i>	389
2.1.3. <i>Productos cognitivos</i>	389
2.2. Modelos cognitivos explicativos de distintos trastornos	390
2.2.1. <i>Modelo cognitivo de la depresión</i>	390
2.2.2. <i>Modelo cognitivo de la ansiedad</i>	395
2.2.3. <i>Modelo cognitivo de los trastornos de personalidad</i>	397
2.3. Mapa conceptual de la Terapia Cognitiva	399
3. El proceso de intervención en Terapia Cognitiva	400
3.1. Características del terapeuta y relación con el paciente	400
3.2. Estructuración del proceso terapéutico	401
3.3. Principales técnicas de intervención	403
3.3.1. <i>Técnicas conductuales</i>	403
3.3.2. <i>Técnicas emotivas</i>	406
3.3.3. <i>Técnicas cognitivas</i>	407
3.3.4. <i>Tareas para identificar y modificar esquemas cognitivos y supuestos básicos subyacentes</i>	412
3.3.5. <i>Técnicas para el cambio de creencias nucleares y supuestos básicos</i>	415
3.3.6. <i>Realización de tareas para casa</i>	418

4. Evidencia empírica y estudios de resultados	419
5. Resumen	422
6. Bibliografía recomendada	424
7. Referencias bibliográficas	425

Capítulo 9: Técnicas de habilidades de afrontamiento y

solución de problemas	433
--	-----

M^a Ángeles Ruiz, Marta Isabel Díaz y Arabella Villalobos

1. Introducción	436
2. Entrenamiento en Autor-instrucciones	436
2.1. Introducción	436
2.2. Fundamentos teóricos del Entrenamiento en Auto-instrucciones	437
2.3. Tipos de auto-instrucciones y función	439
2.4. Procedimiento de aplicación del entrenamiento en Auto-instrucciones	439
2.5. Estudios de eficacia del entrenamiento en Auto-instrucciones	442
2.6. Mapa Conceptual del entrenamiento en Autoinstrucciones	443
3. Entrenamiento en Inoculación de Estrés	443
3.1. Introducción	443
3.2. Fundamentos teóricos del Entrenamiento en Inoculación de Estrés	444
3.3. La práctica del Entrenamiento en Inoculación de Estrés	445
3.4. Estudios de eficacia del Entrenamiento en Inoculación de Estrés	455
3.5. Mapa Conceptual del Entrenamiento en Inoculación de Estrés	457
4. Terapia de Solución de Problemas	457
4.1. Introducción	457
4.2. Fundamentos teóricos de la Terapia de Solución de Problemas	459
4.3. La práctica de la Terapia de Solución de Problemas	471
4.4. Estudios de eficacia de la Terapia de Solución de Problemas	477
4.5. Mapa conceptual de la Terapia de Solución de Problemas	479
5. Conclusiones y consideraciones finales	479
6. Resumen	480
7. Bibliografía recomendada	482
8. Referencias bibliográficas	483

Capítulo 10: <i>Mindfulness</i>	493
<i>Arabella Villalobos, Marta Isabel Díaz y M^a Ángeles Ruiz</i>	
1. Introducción	496
2. ¿Qué se entiende por <i>mindfulness</i>?	496
3. Origen de <i>mindfulness</i> y fundamentos teóricos.	497
4. Definición de <i>mindfulness</i>.	500
5. Componentes de <i>mindfulness</i>	502
6. Mecanismos de acción	506
7. Aplicaciones de la meditación con <i>mindfulness</i>	514
7.1. Programa de reducción del estrés basado en <i>mindfulness</i>	514
7.1.1. <i>Estructura del programa MBSR.</i>	515
7.1.2. <i>Técnicas del MBSR</i>	516
7.1.3. <i>Procedimiento del programa MBSR</i>	523
7.1.4. <i>Aplicaciones y resultados del programa MBSR.</i>	524
7.2. Terapia Cognitiva basada en <i>mindfulness</i> para la depresión	526
7.2.1. <i>Estructura y procedimiento del programa MBCT</i>	528
7.2.2. <i>Evidencia empírica del MBCT</i>	531
8. Consideraciones sobre la eficacia de las terapias basadas en <i>mindfulness</i>.	532
8.1. Implicaciones clínicas	532
8.2. Déficits en la evidencia empírica disponible	534
9. Mapa conceptual de <i>mindfulness</i>	535
10. Conclusiones y consideraciones finales.	535
11. Resumen	536
12. Bibliografía recomendada	537
13. Referencias bibliográficas	539
Capítulo 11: Terapias de tercera generación	547
<i>Arabella Villalobos, Marta Isabel Díaz, M^a Ángeles Ruiz y Marcela Paz González</i>	
1. Introducción	550
2. Fundamentos teóricos y principios básicos	551
2.1. El contextualismo funcional	552
3. Terapia de Aceptación y Compromiso	555
3.1. Marco teórico y conceptual de ACT	558
3.1.1. <i>Teoría de los Marcos Relacionales</i>	558
3.1.2. <i>Conceptos principales de ACT.</i>	561
3.2. Estructura y procedimiento de ACT	563
3.3. Recursos clínicos	567
3.4. Evidencia empírica de ACT	568

4. La Terapia Dialéctica Conductual (TDC)	570
4.1. Fundamentos teóricos.	572
4.2. Estructura y procedimiento de intervención de TDC	574
4.3. Recursos clínicos	576
4.3.1. <i>Procedimientos de mindfulness utilizados en TDC.</i>	578
4.4. Evidencia empírica de TDC	579
5. Terapia Metacognitiva	582
5.1. Concepto de metacognición.	583
5.2. Modelo de funcionamiento ejecutivo autorregulado.	583
5.3. Estructura de la intervención metacognitiva	585
5.4. Evidencia empírica de la Terapia Metacognitiva . . .	589
6. Terapia de Activación Conductual	590
6.1. Evidencia empírica de la Terapia de Activación Conductual	592
7. Mapa conceptual de las terapias de tercera generación .	593
8. Consideraciones finales	593
9. Resumen	595
10. Bibliografía recomendada	597
11. Referencias bibliográficas	597

Capítulo 12: Otras técnicas de intervención en Terapia

Cognitivo Conductual	607
<i>Marta Isabel Díaz, M^a Ángeles Ruiz y Arabella Villalobos</i>	

1. Introducción	610
2. Entrenamiento en reversión del hábito	610
2.1. Procedimiento de reversión del hábito	611
2.2. Aplicabilidad y datos de eficacia	613
3. Técnicas de condicionamiento encubierto	613
3.1. Procedimiento de las técnicas de condicionamiento encubierto	614
3.2. Aplicabilidad y datos de eficacia	618
4. Condicionamiento por el método de alarma (<i>pipí-stop</i>) .	619
4.1. Procedimiento del condicionamiento por alarma . .	619
4.2. Aplicabilidad y datos de eficacia	621
5. Técnicas de detención de pensamiento	621
5.1. Procedimiento de la parada de pensamiento	622
5.2. Aplicabilidad y datos de eficacia	624
6. Mapa conceptual de reversión de hábitos, condicionamiento encubierto, <i>pipí-stop</i> y detención de pensamiento	626



7. Técnica de intención paradójica	626
7.1. Procedimiento de la técnica de intención paradójica	628
7.2. Aplicabilidad y datos de eficacia	630
8. Técnicas de <i>biofeedback</i>	631
8.1. Procedimiento general de las técnicas de <i>biofeedback</i>	632
8.2. Aplicabilidad y datos de eficacia	637
9. Sugestión e hipnosis en la Terapia Cognitivo Conductual	638
9.1. Procedimiento de la sugestión e hipnosis	640
9.2. Aplicabilidad y datos de eficacia	643
10. Intervenciones para la regulación emocional y tratamientos transdiagnósticos	644
10.1. Procedimiento del entrenamiento en regulación emocional	646
10.2. Tratamientos transdiagnósticos para los trastornos emocionales.	648
10.3. Aplicabilidad y datos de eficacia	650
10.4. Consideraciones sobre la regulación emocional. .	651
11. Mapa conceptual de intención paradójica, <i>biofeedback</i>, hipnosis y regulación emocional	652
12. Resumen	652
13. Bibliografía recomendada	654
14. Referencias bibliográficas	655

Acerca de las autoras



Marta Isabel Díaz García

Doctora en Psicología por la UNED. Es Especialista en Psicología Clínica y Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico en la UNED. Desde 1996 imparte docencia en materias de grado y postgrado relacionadas con la psicoterapia general y la intervención cognitivo conductual. Su actividad clínica e investigadora se ha centrado fundamentalmente en temas relacionados con la psicofisiología clínica, el abordaje psicológico del dolor crónico, la fibromialgia, los trastornos somatomorfos y los trastornos de comportamiento alimentario. Dirige, además, en la UNED diversos cursos de formación específica en tratamiento cognitivo conductual en adultos y población infantil y adolescente.



Mª Ángeles Ruiz Fernández

Doctora en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Es Especialista en Psicología Clínica y Catedrática del Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos en la UNED. Desde 1987 imparte docencia en materias relacionadas con Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales, tanto en estudios de licenciatura como en grado, master y programas de doctorado. Sus líneas de investigación se han centrado fundamentalmente en el estudio de la hipocondría, su naturaleza y tratamiento y en la influencia de factores psicosociales y calidad de vida, en pacientes con cáncer y trastornos cardiovasculares.



Arabella Villalobos Crespo

Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid. Es Especialista en Psicología Clínica y profesora colaboradora del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la UNED, donde imparte docencia en la asignatura de Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Su actividad investigadora se ha centrado fundamentalmente en la elaboración de programas de intervención que permitan mejorar la imagen corporal en trastornos de alimentación. Es profesora del Master de Terapia de Conducta de la UNED desde 1993. Tiene varias publicaciones relacionadas con el ámbito de la psicología clínica entre las que cabe destacar el libro *Habilidades Terapéuticas* escrito en colaboración con M^a Ángeles Ruiz.

Prefacio

La Terapia Cognitivo Conductual se ha convertido en las últimas décadas en la orientación psicoterapéutica que ha recibido (y así sigue siendo) mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos. Este hecho ha generado una ampliación creciente de sus ámbitos de aplicación, y no solo por su capacidad para resolver problemas, sino por hacerlo, además, de una forma eficiente, al tratarse de intervenciones de tiempo limitado, con la posibilidad de llevarse a cabo en grupo y capaces de integrarse con facilidad en ámbitos de tratamiento interdisciplinar. La TCC se muestra, por tanto, con capacidad para atender de la mejor forma las necesidades sociales de intervención psicológica, tanto en el ámbito de la salud en general, como en el área educativa, industrial o comunitaria.

Como se verá a lo largo de este manual, la Terapia Cognitivo Conductual no cuenta en estos momentos con un entramado de principios teórico-conceptuales y técnicas compartidos de forma generalizada, sino que el término abarca enfoques de tratamiento que pueden resultar dispares. No obstante, independientemente de las diferencias y debates presentes en el seno de esta disciplina, existen una serie de rasgos comunes compartidos por los enfoques integrantes. Aunque esta diversidad ha sido objeto de críticas, realmente puede considerarse uno de los elementos más ventajosos, pues la pluralidad que ha generado su evolución ha mostrado una capacidad de adaptación y de generación de herramientas terapéuticas exitosas sin comparación en el ámbito de la psicoterapia.

La Terapia Cognitivo Conductual utiliza un amplio cuerpo de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica para el tratamiento de los diversos problemas y trastornos psicológicos que pueden afectar al individuo en su interacción con diversos contextos, pero también para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo así su adaptación al entorno y el incremento de la calidad de vida. La diversidad que atiende este conjunto de estrategias terapéuticas permiten el diseño creativo de programas de tratamiento para los problemas más novedosos, resistentes, particulares o con las presentaciones clínicas más complicadas. Es evidente, que la materialización de todo el potencial terapéutico de la Terapia Cognitivo Conductual requiere un profundo conocimiento de sus desarrollos tecnológicos y una amplia experiencia en su aplicación. Solo de esta forma es posible lograr establecer qué tipo de terapeuta, con qué tipo de problema y con qué tipo de procedimiento y entrenamiento concreto, puede conseguir determinados resultados terapéuticos.

Al presentar el progreso de la TCC y sus amplias posibilidades de intervención en diversas áreas, se hace también necesario llamar la atención sobre el error que supondría considerar que es momento de sentarse simplemente a disfrutar del éxito. Aunque el camino recorrido es ya largo y los logros alcanzados determinantes, conocer y

reconocer lo que ha supuesto para la psicoterapia la distancia recorrida no debe ser razón para ingenuamente desviar la atención de todas las tareas pendientes. Temas como los modelos que subyacen a los tratamientos, sus mecanismos de acción, las relaciones conceptuales entre enfoques, o asuntos como qué tratamientos, no solo son eficaces, sino cuales son los más eficaces, y no solo si son los más eficaces, sino con qué trastornos y pacientes son los más eficaces, y además si son eficientes, son todavía a día de hoy cuestiones pendientes, relevantes, complejas y difíciles de abordar; cuestiones que requieren reflexión teórica, depuración metodológica y secuencias de investigación en muchos casos costosas en términos económicos y temporales. Y todo esto, sin dejar de lado otros temas que empiezan a ser pujantes en la actualidad, como es el caso la diseminación de los tratamientos con apoyo empírico, su *transportabilidad* intercultural o la especificidad de los resultados en función de la edad.

Este manual pretende transmitir al lector el estado actual de la terapia cognitivo conductual, reconociendo y valorando todo lo logrado, pero también reflexionando en cada capítulo sobre sus quehaceres pendientes. La extensión de este manual y sus objetivos didácticos no permiten recoger todas las técnicas, procedimientos o terapias pertenecientes a la Terapia Cognitivo Conductual de forma detallada. De esta forma, se ha optado por presentar el núcleo técnico fundamental de la TCC, primando el análisis detallado de la fundamentación conceptual y teórica de las técnicas y terapias expuestas, así como la descripción sistemática de sus procedimientos.

Los dos primeros capítulos del manual son básicos para entender las terapias y técnicas expuestas en el resto, pues aportan, el primero el entramado conceptual, y el segundo el armazón pragmático para acercarse al proceso general de la TCC. El Capítulo 1 presenta una revisión de la historia de la Terapia Cognitivo Conductual, haciendo referencia a su evolución conceptual y epistemológica, y presentando los autores más relevantes en el surgimiento y desarrollo de esta disciplina. A lo largo del tema se señalan los hechos más significativos de su historia y se reflexiona sobre el papel que han tenido en el panorama general de la TCC. El Capítulo 2 está dedicado a la Evaluación Conductual, el proceso de evaluación fundamental que articula toda la intervención cognitivo conductual. Se presta aquí especial atención a su elemento nuclear, al análisis funcional, proceso que es imprescindible para entender tanto la conceptualización, como la puesta en marcha de la mayor parte de los acercamientos terapéuticos específicos en TCC.

El resto de los capítulos recogen las terapias y técnicas más significativas pertenecientes a las distintas generaciones descritas en la evolución de la TCC. De esta forma el Capítulo 3 dedicado a las Técnicas Operantes, el 4 dedicado a las Técnicas de Exposición y el 5 dedicado a la Desensibilización Sistemática y Relajación describen los que constituyen los procedimientos terapéuticos más relevantes procedentes de

la primera generación de la Terapia de Conducta (TC). Por su parte, la segunda generación de la TC está representada por las Técnicas de Modelado y Habilidades Sociales (Capítulo 6), la Terapia Racional Emotiva de Ellis (Capítulo 7), la Terapia Cognitiva de Beck (Capítulo 8) y las Técnicas de Afrontamiento y Solución de Problemas que recogen concretamente el Entrenamiento en Auto-instrucciones, el Entrenamiento en Inoculación de Estrés y la Terapia de Solución de Problemas (Capítulo 9). Los desarrollos terapéuticos pertenecientes a la tercera generación de la Terapia de Conducta vienen presentados en el Capítulo 10 dedicado a los procedimientos de meditación por atención o conciencia plena conocidos como *Mindfulness*, y en el Capítulo 11 dedicado, entre otras, a la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y a la Terapia Dialéctico Conductual. El último Capítulo (12) recoge de forma resumida distintas técnicas y procedimientos de utilización más específica (e.g. las técnicas de *biofeedback* o el entrenamiento en regulación emocional) o especialmente útiles en situaciones terapéuticas difíciles (e.g. la intención paradójica). Es importante destacar en este punto que el advenimiento de las diferentes generaciones en terapia cognitivo conductual se ha producido sin solución de continuidad, por tanto, no debe entenderse que el cambio generacional ha supuesto la ruptura conceptual y técnica con lo anterior; de hecho, muchos autores han criticado el término *tercera generación* pues consideran que hay más similitudes que diferencias entre la terapia cognitivo conductual tradicional y la tercera generación.

Para finalizar, parece también conveniente realizar algunas consideraciones sobre el uso de los términos Terapia de Conducta, Modificación de Conducta, y Terapia Cognitivo Conductual que se hace a lo largo del texto. Aunque es frecuente utilizar los términos indistintamente, conviene puntualizar que cada uno de ellos ha contado históricamente con acepciones diferentes, y que en la actualidad pueden mantenerse connotaciones de las que, a veces, no resulte fácil desprenderse. Inicialmente, la denominación Modificación de Conducta se utilizó para aludir a las intervenciones basadas en el condicionamiento operante y la de Terapia de Conducta para hacer referencia a aquellas centradas en el condicionamiento clásico, sin embargo, esta distinción no es acertada, pues el propio Skinner fue uno de los primeros en utilizar el término Terapia de Conducta para referirse a la aplicación del modelo de condicionamiento operante a pacientes psicóticos. Dada la variedad de enfoques, técnicas, procedimientos y terapias que se agrupan bajo estos dos títulos, no sería posible adscribir cada uno de ellos a un determinado modelo teórico, de esta forma, estos términos dejaron de ser indicadores del modelo de aprendizaje que servía de base a sus estrategias de intervención. No obstante, quizá las connotaciones operantes del término Modificación de Conducta persisten en cierta forma todavía en la actualidad.

Otra diferencia entre los términos Terapia de Conducta y Modificación de Conducta se hizo teniendo en cuenta sus ámbitos de intervención, así el término Terapia

de Conducta se ha utilizado más en el contexto clínico, aquel referido a los trastornos psicopatológicos y de la salud, y se ha reservó la denominación de Modificación de Conducta para intervenciones en ámbitos tan diversos (y apartados de la clínica) como el laboral, el educativo, el deportivo, el comunitario, etc. Sin embargo, y a pesar de que las dos denominaciones comentadas mantienen su utilización en la actualidad, quizá el término que goza de mayor presencia en nuestros días es el término Terapia Cognitivo Conductual. Esta designación pretende reflejar explícitamente la presencia y relevancia de los aportes de la orientación cognitiva a la Terapia de Conducta de la primera generación fundamentada en las teorías del aprendizaje. Aportes que, si bien según algunos autores podrían tener simplemente cabida en el término Terapia de Conducta, también pueden considerarse merecedores de una referencia terminológica explícita, tanto por su procedencia, un tanto al margen del origen y primer desarrollo de la Terapia de Conducta, como por su proceder, basado principalmente en procedimientos y estrategias no derivadas directamente de los paradigmas de aprendizaje clásico. A lo largo del texto se ha reservado el término Terapia de Conducta para referirnos a la orientación terapéutica surgida inicialmente a partir de la aplicación clínica de los paradigmas del condicionamiento clásico y operante, y para dar cuenta de los acercamientos más estrictamente conductuales, y el de Terapia Cognitivo Conductual para referirnos al producto actual surgido de la evolución teórica y práctica de la Terapia de Conducta a lo largo de su existencia. Este término reúne en estos momentos a un conjunto expansivo de enfoques de tratamiento psicológico que comparten una historia común y una vocación científica inexorable.

*Las autoras
Madrid, enero de 2017*

Historia de la Terapia Cognitivo Conductual

Marta Isabel Díaz, M^a Ángeles Ruiz y Arabella Villalobos

1. Introducción

2. Raíces históricas tempranas de la Terapia de Conducta

3. Bases teóricas y metodológicas de la Terapia de Conducta

- 3.1. *La reflexología rusa y las leyes del condicionamiento clásico*
- 3.2. *El conexionismo de Thorndike*
- 3.3. *El conductismo de Watson*
- 3.4. *El neoconductismo*
- 3.5. *Skinner y el condicionamiento operante*
- 3.6. *Mapa conceptual de las raíces históricas de la Terapia de Conducta*

4. Evolución de la Terapia de Conducta

- 4.1. *Primera generación: el surgimiento de la Terapia de Conducta*
 - 4.1.1. *El surgimiento en Sudáfrica*
 - 4.1.2. *El surgimiento en Inglaterra*
 - 4.1.3. *El surgimiento en los Estados Unidos de Norteamérica*
 - 4.1.4. *Consideraciones sobre la primera generación de la Terapia de Conducta*
 - 4.1.5. *Mapa conceptual de la primera generación*
- 4.2. *Segunda generación: el papel de los aspectos cognitivos en Terapia de Conducta*
 - 4.2.1. *El Aprendizaje Social de Bandura*
 - 4.2.2. *El surgimiento de las terapias cognitivas*
 - 4.2.3. *Consideraciones sobre la segunda generación de la Terapia de Conducta*
 - 4.2.4. *Mapa conceptual de la segunda generación*
- 4.3. *Tercera generación: panorama actual de la Terapia Cognitivo Conductual*
 - 4.3.1. *Estado actual de la terapia cognitiva*
 - 4.3.2. *El enfoque contextual*
 - 4.3.3. *Consideraciones sobre la tercera generación de la Terapia de Conducta*
 - 4.3.4. *Mapa conceptual de la tercera generación*

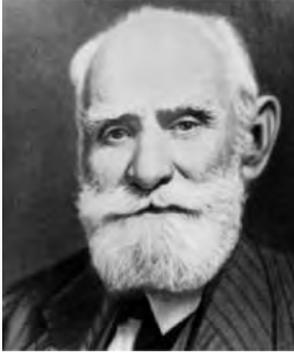
5. Definición de Terapia Cognitivo Conductual y características actuales

6. Conclusiones y consideraciones finales

7. Resumen

8. Bibliografía recomendada

9. Referencias bibliográficas



Iván Petróvich Pavlov (1849-1936). Fisiólogo ruso, alumno de Bechterev. Tras terminar el doctorado en 1883, amplió sus estudios en Alemania, donde se especializó en fisiología intestinal y en el funcionamiento del sistema circulatorio. En la siguiente década su trabajo estuvo centrado en la investigación del aparato digestivo y el estudio de las secreciones gástricas. Esta investigación le hizo merecedor del premio Nobel de Medicina en 1904. Entre sus principales aportaciones a la psicología se encuentra la formulación de la *ley del reflejo condicional*, que por un error en la traducción de su obra al inglés fue llamada *ley del reflejo condicionado*. Su influencia en los autores conductistas posteriores, como Watson, fue determinante para la aparición de la Terapia de Conducta.

http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1904/pavlov.html



John Broadus Watson (1878-1958). Ha sido uno de los psicólogos americanos más importantes del siglo XX. Fundador de la Escuela Conductista, su convencimiento de que los contenidos de la mente y la conciencia no podían someterse a ningún análisis objetivo le llevó a proclamar la conducta manifiesta como el objeto único de estudio de la psicología. Sus postulados se dan a conocer con la publicación en 1913 de su emblemático manifiesto *La Psicología tal como la ve el Conductista*. En 1914 publicó *El conductismo: Una introducción a la psicología comparativa*, donde postulaba la observación directa como único procedimiento de identificación de conexiones entre la conducta y la fisiología subyacente. Es conocido también por su controvertido experimento con el pequeño Albert realizado junto a Rosalie Rayner, su asistente personal.

Palabras clave

- Reflexología
- Conductismo
- Aprendizaje vicario
- Modelos cognitivos
- Constructivismo
- Condicionamiento clásico
- Condicionamiento operante
- Aprendizaje social
- Modelos contextuales

Objetivos

Este capítulo ha sido escrito con el objetivo de que el lector/la lectora...

- Conozca los antecedentes históricos y desarrollos científicos que llevaron a sentar las bases del surgimiento de la Terapia de Conducta.
- Conozca los autores y los paradigmas de aprendizaje básico que originaron la Terapia de Conducta y que han constituido las piedras angulares de la Terapia Cognitivo Conductual actual.
- Conozca la evolución de la Terapia Cognitivo Conductual en términos de generaciones, comprendiendo el porqué de los cambios que se produjeron en cada generación y su papel en el contexto general de la Terapia Cognitivo Conductual.
- Conozca con detalle el entramado teórico-empírico de cada una de las orientaciones existentes en la TCC actual, de tal forma que le permita comprender la fundamentación teórica y el procedimiento de las técnicas y terapias cognitivo-conductuales que se presentan posteriormente a lo largo de los capítulos de este manual.

1. Introducción

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001). Desde los momentos iniciales, hace ya cinco décadas, en que la Terapia de Conducta se adhería fuertemente a los principios y teorías del aprendizaje, una larga y compleja evolución se ha dado en esta disciplina, habiéndose ampliando su sustentación teórica más allá de las teorías del condicionamiento, para pasar a considerar en la explicación del comportamiento humano factores y modelos procedentes de otros ámbitos de la psicología (e.g. psicología evolutiva, social, cognitiva, etc.).

La Terapia de Conducta (TC) hace su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose especialmente frente al modelo psicoanalítico. La TC parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje. De esta forma, en lugar de indagar acerca de posibles conflictos y estructuras subyacentes, los terapeutas de conducta empezaron a centrarse en la conducta observable y en el ambiente en el que se produce. Desarrollaron para este análisis el proceso de evaluación conductual, alternativa también radical a los sistemas diagnósticos tradicionales, y concibieron la terapia como una empresa empírica y fundamentada en la metodología experimental propia de la investigación científica.

Estos principios convirtieron a la TC en una orientación psicoterapéutica revolucionaria, cuya contribución al desarrollo de la psicoterapia científica, apartada de su anterior carácter artístico, ha sido determinante. No obstante, los avatares e inconvenientes han sido muchos a lo largo de su existencia, por ejemplo, la ausencia (aún a día de hoy) de una teoría unificada del aprendizaje, las controversias sobre el papel de las variables cognitivas, así como su naturaleza y medida, el pragmatismo clínico apartado del debate teórico, o el surgimiento de paradigmas epistemológicos cuestionadores de los modelos racionalistas subyacentes a algunas de las orientaciones más influyentes, son algunas de las circunstancias y motivos que han sido y son responsables del proceso de transformación de la TC en lo que es en la actualidad.

El producto final de esta evolución es una especialidad difícil de definir conceptualmente, que está unificada en cuanto al objetivo (la detección y cambio de conductas, pensamientos y respuestas emocionales desadaptadas), pero que difiere en el énfasis teórico que las distintas aproximaciones cognitivo conductuales asignan al condicionamiento clásico y el operante, a la mediación de factores cognitivos y/o al papel de las variables biológicas. Las diferencias actuales entre los diferentes acercamientos considerados cognitivo conductuales son incluso epistemológicas, al acoger

concepciones sustancialmente diferentes de la realidad y de la psicopatología. Estas diferencias teóricas y epistemológicas se plasman necesariamente en las formas de intervención, desde las más estrictamente conductuales a las estrictamente cognitivas constructivistas. Sin embargo, todas ellas han crecido y se han desarrollado conviviendo de forma muy cercana, algunas desde los primeros días del conductismo radical, enriqueciendo su práctica y sus modelos con la incorporación de principios y métodos de cada una de ellas.

Alguno de sus representantes más acreditados ha argumentado que la TCC debe considerarse como un conjunto de técnicas eficaces, sin obedecer a ningún modelo terapéutico. Desde un punto de vista fenomenológico, podemos señalar cuatro rasgos obvios de la TCC en la actualidad:

- Primero. La TCC es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado a lo largo de tanto tiempo que se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, los individuos no conocen el carácter aprendido de sus hábitos y consideran que tienen poco o ningún control sobre ellos. La TCC considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y que puede ejercer control sobre ellos.
- Segundo. Al tratarse de un ámbito de mejora de la salud, la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo. Aunque en la última época ha crecido el interés por los enfoques transdiagnósticos en psicopatología y en el tratamiento de diversos trastornos (Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody y Dalgleish, 2015), la naturaleza orientada hacia problemas específicos de la TCC ha facilitado su caracterización como una terapia de tiempo limitado.
- Tercero. La TCC tiene una orientación educativa, que puede ser más o menos explícita. La mayor parte de los procedimientos cuentan con módulos educativos, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento.
- Cuarto. La TCC posee, en esencia, un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso de intervención, con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos. Estas características son herederas de la adopción del conductismo metodológico como principal eje vertebrador de la TCC, y probablemente la seña de identidad más genuina de la TCC actual.

A lo largo del capítulo se irán detallando los aspectos que se han apuntado en esta breve definición-caracterización de la Terapia Cognitivo Conductual. A través del

análisis y exposición de su evolución histórica en los epígrafes subsiguientes se pretende, por un lado, dar una visión de los hitos históricos y desarrollos teóricos y prácticos que han llevado a la TCC a ser lo que es en la actualidad, la orientación psicoterapéutica más eficaz, influyente y extendida, por otro, se trata de componer el marco de referencia para el entendimiento y utilización de los procedimientos, técnicas y programas de intervención que se exponen en los posteriores capítulos de este libro.

2. Raíces históricas tempranas de la Terapia de Conducta

Los intentos por ayudar a la personas a solucionar problemas conductuales mediante maniobras semejantes a las utilizadas por la TCC tienen una larga historia. Ya Plinio el Viejo, durante el primer siglo de la existencia de Roma, trataba de curar a aquellos que abusaban del alcohol colocando arañas muertas en descomposición en los vasos dónde bebían. Esta técnica en la actualidad es denominada *condicionamiento aversivo*. En el siglo XVIII el “niño salvaje de Aveyron” fue enseñado a hablar con maniobras y técnicas que actualmente con conocidas como *modelado*, *instigación*, *refuerzo positivo*, *retirada de reforzadores*, etc. En el siglo XIX, el equivalente actual a un guardián de prisiones, Alexander Maconchi, usaba lo que conocemos hoy como economía de fichas, con el objetivo de conseguir que los internos del *Royal British Penal* obedecieran las reglas del penal. En el mismo siglo, un médico francés trató los pensamientos obsesivos con técnicas parecidas a las que conocemos hoy como *parada del pensamiento* e *inhibición recíproca*. No obstante, como orientación específica de intervención en salud, la TCC cuenta con unos 60 años de historia.

Como no podía ser de otra forma, La historia de la TCC está inextricablemente interconectada con la historia de la psicología. La psicología como disciplina científica surgió como parte de la revolución de un grupo de filósofos europeos con una mentalidad científica, cuando estos abandonaron la filosofía y comenzaron la psicología como la ciencia de estructura de la mente y la conciencia. El objetivo fue hacer de la psicología una ciencia pura natural, en igualdad de condiciones a otras ciencias, utilizando como técnica principal de investigación de la mente la *introspección* personal estructurada. De su foco de investigación procede el nombre de la escuela de psicología que fundaron: el *estructuralismo*. Ellos fueron los primeros psicólogos experimentales, sin que en aquellos momentos hubiese ningún interés terapéutico de sus investigaciones.

Wihem Wundt comenzó el estructuralismo psicológico en Alemania y Titchener, después de su entrenamiento junto a Wundt, llevó el estructuralismo a EEUU en el siglo XIX. Sin embargo, la observación pasiva y estructurada de la mente mediante la *introspección* se mostró bastante improductiva. Pronto la atención de los psicólogos

se dirigió hacia las ciencias naturales, quienes a diferencia de la psicología contaban con constructos concretos y objetivamente observables. Estos constructos podían ser manipulados y ofrecían resultados predecibles y contrastables. El progresivo interés en una investigación de carácter más objetivo y experimental, tomando como modelo la investigación en física o zoología, llevó a una especie de revolución en la psicología americana que ocurrió en los primeros años del siglo XX. El principal resultado de esta revolución fue el surgimiento de tres nuevas escuelas en EEUU: la *escuela de la gestalt*, el *conductismo* y el *funcionalismo*, cada una de las cuales contaba con dos objetivos: 1) eliminar a las otras escuelas haciendo de la suya sinónimo de psicología americana, y 2) conseguir aportar a la psicología americana una base científica firme al mismo nivel que las ciencias naturales.

En aquellos años el interés en los problemas de conducta era prácticamente inexistente, probablemente porque en aquellos momentos el concepto de salud mental era limitado y precario. Se pensaba que las personas podían pertenecer solo a cuatro categorías: 1) gente normal, la que se encuentra en contextos cotidianos, 2) gente insana o loca, la internada en los manicomios, 3) criminales, los internos de las prisiones, y 4) gente enferma, los que visitaban al médico. De esta forma, no existía, ni remotamente, necesidad reconocida de desarrollar un área de intervención dedicado a los problemas comportamentales.

De las tres escuelas surgidas a principios del siglo XX, el funcionalismo fue la que contó con mejor organización. Sus seguidores decidieron cambiar el foco de interés de su investigación, pasando de observar pasivamente mediante la *introspección* la estructura subjetiva de una mente pasiva, a observar los contenidos de una mente activa abordando tareas cotidianas. Este interés podría haber derivado posteriormente en interés psicoterapéutico, sin embargo no fue así, probablemente debido a la agresiva y rígida postura que el conductismo tomó en relación con las otras dos escuelas.

La escuela conductista estaba directamente influida por el *positivismo lógico* del Círculo de Viena, un grupo de filósofos que argumentaba y defendía la necesidad de traducir el conocimiento del mundo a observaciones físicas. Consideraban cualquier otra cosa pura especulación. El conocimiento según el positivismo lógico debía fundamentarse en la observación y debía verificarse a través de ella. Estos principios fueron recogidos y aplicados directamente a la psicología por el conductismo. El representante más carismático y emblemático del conductismo es John B. Watson, quién trató de convertir el condicionamiento *pavloviano* en la base de la psicología conductual. El impacto de los desarrollos y fundamentos teóricos de esta escuela fueron determinantes para el surgimiento y desarrollo ulterior de la TC. El desarrollo del conductismo y sus implicaciones para la TC se abordan de forma más detallada en un epígrafe posterior.