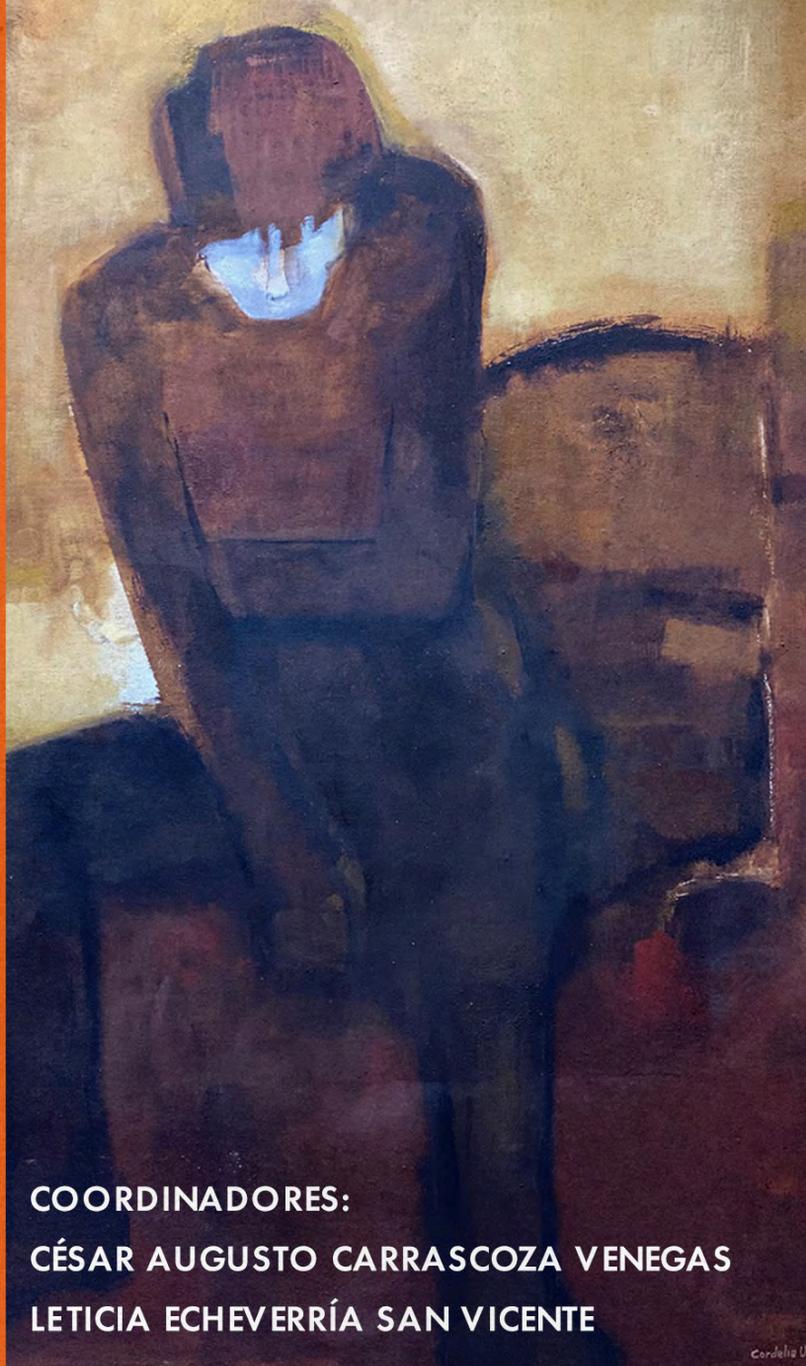


TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN MÉXICO



COORDINADORES:
CÉSAR AUGUSTO CARRASCOZA VENEGAS
LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

Fⁿsac
Fundación de
Investigaciones
Sociales

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIALES, AC. (FISAC)

TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN MÉXICO

César Carrascoza Venegas
Leticia Echeverría San Vicente
Coordinadores

DIRECTORIO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



DR. ENRIQUE LUIS GRAUE WIECHERS

RECTOR

DRA. MARÍA DEL CORO ARIZMENDI ARRIAGA

DIRECTORA

DR. IGNACIO PEÑALOSA CASTRO

SECRETARIO GENERAL ACADÉMICO

DR. LUIS IGNACIO TERRAZAS VALDÉS

SECRETARIO DE DESARROLLO Y RELACIONES INSTITUCIONALES

DR. RAYMUNDO MONTOYA AYALA

SECRETARIO DE PLANEACIÓN Y CUERPOS COLEGIADOS

CP REINA ISABEL FERRER TRUJILLO

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

DRA. ANA ELENA DEL BOSQUE FUENTES

JEFA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA

MC JOSÉ JAIME ÁVILA VALDIVIESO

COORDINADOR EDITORIAL

DIRECTORIO

FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIALES, AC. (FISAC)



JAIME COSTA LAVÍN

PRESIDENTE DE CONSEJO

FERNANDO RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

VICEPRESIDENTE DE CONSEJO

JESSICA PAREDES DURÁN

DIRECTORA DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD

FABIOLA TORRES VILLANUEVA

DIRECTORA DE COMUNICACIÓN Y ESTRATEGIA

JANET SÁNCHEZ QUINTOS

GERENTE DE MEDIOS

ADRIANA ROJAS RUIZ

COORDINADORA DE PROGRAMAS

MARICRUZ TORRES DE LA PEÑA

COORDINADORA DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ ALMEIDA

COORDINADOR DE RELACIONES INSTITUCIONALES

ESTEBAN NOLLA HERNÁNDEZ

COORDINADOR DE DESARROLLO ACADÉMICO

MARISELA PRADO GARCÍA

COORDINADORA DE INFORMÁTICA Y DISEÑO DIGITAL

XOCHIQUETZALLI SABOURIN

ASISTENTE BILINGÜE

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIALES, AC (FISAC)

TERAPIAS COGNITIVO- CONDUCTUALES EN MÉXICO

CÉSAR CARRASCOZA VENEGAS · LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE

Coordinadores

CÉSAR CARRASCOZA VENEGAS · FLORENTE LÓPEZ

RODRÍGUEZ · BENJAMÍN DOMÍNGUEZ TREJO ·

YOLANDA OLVERA LÓPEZ · JUAN JOSÉ SÁNCHEZ

SOSA · PATRICIA EDITH CAMPOS COY ·

SAMUEL JURADO CÁRDENAS · LETICIA ECHEVERRÍA

SAN VICENTE · GEORGINA CÁRDENAS LÓPEZ ·

MARIANA GUTIÉRREZ LARA · FABIOLA GUADALUPE

REYES TORRES · NIKOLAI STEPANOV ·

ANA BEATRIZ MORENO COUTIÑO · SILVIA CRUZ MARTÍN DEL CAMPO ·

PATRICIA REYES DEL OLMO · ÓSCAR VÁZQUEZ NAVARRO ·

ELISARDO BECOÑA IGLESIAS

Autores

Catálogo en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas

Nombres: Carrascoza Venegas, César Augusto, editor, autor | Echeverría San Vicente, Leticia, editor, autor | López Rodríguez, Florente, autor | Domínguez Trejo, Benjamín, autor | Olvera López, Yolanda, autor | Sánchez-Sosa, Juan José, autor | Campos Coy, Patricia Edith, autor | Jurado Cárdenas, Samuel, autor | Echeverría San Vicente, Leticia Graciela, autor | Cárdenas López, Georgina, 1951-, autor | Gutiérrez Lara, Mariana, autor | Reyes Torres, Fabiola Guadalupe, autor | Stepanov, Nikolai, autor | Moreno Coutiño, Ana Beatriz, 1973-, autor | Cruz Martín del Campo, Silvia, autor | Reyes del Olmo, Patricia, autor | Vázquez Navarro, Óscar, autor | Becoña Iglesias, Elisardo, autor.

Título: Terapias cognitivo-conductuales en México / César Carrascoza Venegas, Leticia Echeverría San Vicente, coordinadores ; César Carrascoza Venegas, Florente López Rodrigue, Benjamin Domínguez Trejo, Yolanda Olvera López, Juan José Sánchez Sosa, Patricia Edith Campos Coy, Samuel Jurado Cárdenas, Leticia Echeverría San Vicente, Georgina Cárdenas López, Mariana Gutiérrez Lara, Fabiola Guadalupe Reyes Torres, Nikolai Stepanov, Ana Beatriz Moreno Coutiño, Silvia Cruz Martín del Campo, Patricia Reyes del Olmo, Óscar Vázquez Navarro, Elisardo Becoña Iglesias, autores.

Descripción: Primera edición. | México : Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala : Fundación de Investigaciones Sociales, 2020.

Identificadores: LIBRUNAM 2084508 (libro electrónico) | ISBN UNAM 978-607-30-3492-0 (libro electrónico) | ISBN FISAC 978-607-8199-06-8 (libro electrónico).

Temas: Terapia cognoscitiva -- México | Terapia conductual -- México.

Clasificación: LCC RC489.C63.T48 2020 (impreso) | LCC RC489.C63 (libro electrónico) | DDC 616.891425--dc23

TERAPIAS COGNITIVO- CONDUCTUALES EN MÉXICO

Primera edición: Agosto de 2020

Derechos Reservados 2020

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, Alcaldía de Coyoacán,

CP 04510, Ciudad de México, México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Av. de Los Barrios N° 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla de Baz,

CP 54090, Estado de México, México.

D.R. © Fundación de Investigaciones Sociales (FISAC).

Av. Ejército Nacional N° 579, Granada, Miguel Hidalgo,

CP 11520, Ciudad de México, México

ISBN UNAM 978-607-30-3492-0 (Libro electrónico)

ISBN FISAC 978-607-8199-06-8 (Libro electrónico)

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Apoyo técnico

MC JOSÉ JAIME ÁVILA VALDIVIESO

Cuidado de la edición y corrección de estilo

PLH JORGE ARTURO ÁVILA GÓMORA

DRA. AZUL GABRIELA VALDIVIESO MARTÍNEZ

Corrección de estilo

ALEJANDRO NOLLA HERNÁNDEZ

Diseño editorial y de portada

CORDELIA URUETA

"Resplandor" (1985)

Óleo sobre tela

Portada

Impreso y hecho en México

ÍNDICE

- 12** **PREFACIO**
- 18** **SECCIÓN I**
- 19** **1. Génesis teórica y social de la terapia de la conducta y su desarrollo en México**
César Carrascoza Venegas
- 38** **2. Modificación de conducta en México: su papel en la formación profesional**
Florente López Rodríguez y César Carrascoza Venegas
- 55** **3. ¿Cambio de paradigma? Conductismo y cogniciones**
Benjamin Domínguez Trejo y Yolanda Olvera López
- 87** **SECCIÓN II**
- 88** **4. Estrés en quienes atienden la salud: diagnóstico preliminar en una institución pública**
Juan José Sánchez Sosa
- 105** **5. Contribuciones de la psicofisiología aplicada en el manejo del trastorno de pánico**
Patricia Edith Campos Coy y Samuel Jurado Cárdenas
- 132** **6. Adopción del modelo de autocambio dirigido, para la atención del uso nocivo de alcohol: 20 años en México**
Leticia Echeverría San Vicente, Georgina Cárdenas López y Mariana Gutiérrez Lara
- 157** **SECCIÓN III**
- 158** **7. Telepsicoterapia: definiciones, evidencia empírica y potenciales aplicaciones en el tratamiento del abuso de alcohol**
Georgina Cárdenas López, Fabiola Guadalupe Reyes Torres y Nikolai Stepanov

191 **8. Atención plena compasiva**

Ana Beatriz Moreno Coutiño

209 **9. Terapia cognitivo-conductual y farmacoterapia. Estrategias terapéuticas combinadas al servicio de los pacientes**

Silvia Cruz Martín del Campo, Patricia Reyes del Olmo y Óscar Vázquez Navarro

228 **SECCIÓN IV**

229 **10. Terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de las drogodependencias en España: 1975-actualidad**

Elisardo Becoña Iglesias.

PREFACIO

El libro que el lector tiene en sus manos pretende reflejar el origen, antecedentes y estado actual a nivel mundial y en México de las terapias cognitivo-conductuales, así como los diferentes ámbitos a su alcance, de los cuales aquí solo presentamos algunos.

La obra se integra por colaboraciones de investigadores especialistas en diferentes ámbitos de estas terapias, provenientes de diversas instituciones reconocidas, incluso a nivel internacional (Facultad de Psicología y Facultad de Estudios Superiores [FES] Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], Centro de Investigación y de Estudios Avanzados [Cinvestav] del Instituto Politécnico Nacional [IPN], Instituto Nacional de Psiquiatría [INPRFM], Universidad de Santiago de Compostela [USC]). Cumple con esa labor, en tanto refleja la calidad de la investigación realizada en México y disemina técnicas y estrategias para abordar una variedad de problemas de salud.

En la actualidad, es difícil dar una definición única de lo que se entienden por terapia cognitivo-conductual (TCC), suele denominarse terapias cognitivo-conductuales (TCyC), ya que, si bien se originó como una derivación de los principios y teorías del aprendizaje (denominada terapia de la conducta, TC), la identificación de la conducta inadaptativa y el cambio de la misma mediante la modificación del medio en que se presentaba era su objetivo específico (en lugar de ser ampliado cada vez más en la medida en que la mera conducta no necesariamente representaba la complejidad del problema). En el presente, las TCyC han trascendido esos límites mediante la inclusión de conceptos externos a las teorías del aprendizaje, como los de tipo cognoscitivo, sociales, emotivos, y de otras disciplinas, como la biología, neurociencias, informática, sociología, entre otras.

Además de la inclusión del avance de otras áreas de conocimiento y lo limitado de los principios del aprendizaje para la solución de todos los problemas psicológicos, otros factores han influido con fuerza en la aparición de diferentes aproximaciones, llamadas “olas”, de la terapia de la conducta; por ejemplo, la carencia de una teoría unificada del aprendizaje, el papel de las variables cognoscitivas, la búsqueda de soluciones del problema tomando elementos de diferentes teorías, sin importar sus supuestos conceptuales, así como el debate epistemológico que cuestiona con fuerza los modelos racionalistas que subyacen a diferentes versiones de la TCC (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), en específico la terapia racional emotivo-conductual (Lega, Caballo y Ellis, 1997) e incluso, la terapia cognitiva (Beck, 1995), así como la globalización del conocimiento que ha llevado a la incorporación de la práctica clínica de elementos como la atención plena (De la Fuente, 2015).

Otros autores no están de acuerdo con el concepto de “olas” de la terapia de la conducta (Hoffman & Smits, 2008; Donohue & Ferguson, 2016), en tanto resulta ser una taxonomía arbitraria. Una forma de evitar las confusiones generadas por esta clasificación es sugerida por Nezu y Nezu (2016), quienes distinguen entre terapia cognitivo-conductual (TCC) y terapias cognitivo-conductuales (TCyC, término que utilizamos en este libro), porque reflejan de mejor manera el estado actual de campo, sin priorizar a alguna sobre otra. En la actualidad, las principales instituciones y organizaciones relacionadas al campo emplean este acrónimo por la misma razón.

De esta forma, Nezu y Nezu (2016) definen las TCyC como una aproximación empírica que permite la evaluación objetiva de los problemas de la conducta humana, la conceptualización de casos y la intervención; también, permite el análisis basado en la evidencia de la conducta humana adaptativa y no adaptativa. Las TCyC abordan una amplia gama del funcionamiento humano que va desde las acciones observables, los procesos cognitivos y afectivos, hasta las actividades neurobiológicas subyacentes y las interacciones sociales.

Estas nociones nos llevaron a conjuntar a un grupo de investigadores expertos en los diferentes campos o ámbitos de aplicación de las TCyC, para que estudiantes y especialistas puedan tener acceso a los avances más recientes en el área.

Con este propósito, el libro se divide en cuatro secciones; la primera de ellas comprende la génesis teórica y social de las terapias cognitivo-conductuales y

su desarrollo en México. Bajo esta línea, César Carrascoza analiza, en el primer capítulo, los antecedentes históricos, conceptuales y metodológicos que fungieron como cimientos para la formación de los pioneros de la psicología conductista y la modificación de conducta en México.

El segundo capítulo, a cargo de Florente López y César Carrascoza, describe el surgimiento y consolidación de la terapia de la conducta, así como el importante papel que jugó la Universidad Veracruzana en la conformación de una psicología experimental y sus derivaciones clínicas que darían al psicólogo una identidad profesional.

Por su parte, Benjamín Domínguez y Yolanda Olvera analizan, en el tercer capítulo, cómo las TCyC constituyen una aportación de la aplicación del conocimiento psicológico especializado, apoyado en evidencia proveniente de las neurociencias y otras especialidades médicas vinculadas con el funcionamiento emocional y cognitivo humano. Los autores ejemplifican algunas aplicaciones de estas terapias en el manejo de problemas de dolor crónico en el contexto mexicano.

La segunda sección de este libro se integra por tres capítulos que ejemplifican aplicaciones clínicas de las TCyC en el área del estrés, las adicciones y trastornos de pánico. Así, en el cuarto capítulo, Juan José Sánchez Sosa presenta una investigación sobre el estrés en quienes atienden la salud; comenta que la estabilidad psicológica, la resiliencia y la capacidad adaptativa del personal de salud resultan especialmente importantes en sistemas públicos de atención a la salud. La demanda de destrezas por parte del personal de salud, requiere estabilidad emocional, habilidades cognitivas adaptativas, empatía, compasión y afrontamiento eficaz del estrés generado por condiciones habituales de trabajo en los hospitales públicos. El objetivo de este estudio consiste en la elaboración de un diagnóstico preliminar de la forma en que médicos residentes perciben su funcionalidad interpersonal y psicológica, en términos de condiciones estresantes. Los presentes hallazgos pueden utilizarse para discernir intervenciones potenciales, preventivas o remediales en el contexto del sector salud mexicano.

En el quinto capítulo, Patricia Campos y Samuel Jurado describen las aplicaciones de la hipnoterapia y la relajación asistida por bio-retroalimentación para el manejo del trastorno de pánico en el contexto de la psicofisiología aplicada. Las principales

conclusiones son que este tipo de intervenciones inciden principalmente en el componente somático y cognitivo del trastorno de pánico que disminuye la frecuencia e intensidad de las crisis.

Como cierre de la segunda sección, Leticia Echeverría, Georgina Cárdenas y Mariana Gutiérrez presentan, en el sexto capítulo, los resultados de 20 años de trabajo en el área de las conductas adictivas, en específico del consumo excesivo de alcohol, y describen el proceso de adaptación, validación, diseminación y adopción del modelo basado en la terapia cognitivo-conductual para atender a bebedores problema. Mencionan estudios de aplicación exitosa de este modelo en el área de las conductas adictivas, en nuestro país, y señalan su utilidad para atender en etapas tempranas esta problemática y lograr la reducción de la cantidad consumida y su mantenimiento a través del tiempo; además, muestran que estas intervenciones representan una opción de bajo costo para dar una solución a este problema de salud pública.

La tercera sección incluye tres capítulos que muestran la incorporación de otros campos del conocimiento y disciplinas a las TCyC.

En el séptimo capítulo, Georgina Cárdenas, Guadalupe Reyes Torres y Stepanov Nikolai abordan la telepsicoterapia y, apoyados en las tecnologías de la información y de la comunicación, muestran cómo esta herramienta es viable para proporcionar intervenciones cognitivo-conductuales, basadas en evidencia para diversos padecimientos. Se presenta el marco conceptual de la telepsicología, discuten sus ventajas y limitaciones, y proporcionan evidencia empírica de su eficacia; también, arguyen sobre la problemática del abuso de alcohol en México y el potencial de la telepsicología para afrontarlo.

Por otra parte, Ana Moreno, en el octavo capítulo, presenta un panorama general del estudio de la atención plena. La autora introduce al tema a través de una breve reseña de la primera y segunda generación de terapias cognitivo-conductuales. Explica algunos conceptos que conforman la llamada tercera generación de estas terapias y enfatiza en el entendimiento correcto de los preceptos de la filosofía de la que se desprenden estas técnicas. Se mencionan algunos casos de aplicación exitosa de las técnicas basadas en atención plena, en el área de la salud en nuestro país y en el mundo.

En capítulo noveno, Silvia Cruz Martín del Campo, Patricia Reyes del Olmo y Óscar Vázquez realizan un breve análisis sobre cómo el desarrollo de las neurociencias ha permitido entender mejor el funcionamiento del cerebro, cuáles son los desequilibrios químicos que subyacen a diferentes trastornos del comportamiento y qué herramientas farmacológicas funcionan en cada caso. Plantean una reflexión sobre la necesidad del trabajo interdisciplinario, a partir de la mirada dogmática de algunos profesionales y la mirada biologicista de otros; con lo anterior, se puede entender la diferenciación que algunos hacen entre un trastorno psicológico-psiquiátrico y uno neurológico. Asimismo, presentan algunas de las alteraciones neuroquímicas en los trastornos de ansiedad, depresión y consumo de drogas, así como las alternativas de tratamiento farmacológico que existen para ellos. Los autores concluyen que cualquier estrategia que incluya psicólogos y médicos debe tener metas concretas comunes orientadas al éxito.

La cuarta y última sección incluye una aportación especial del trabajo de Elisardo Becoña, especialista de la Universidad de Santiago de Compostela, donde se expone la evolución de las terapias cognitivo-conductuales en el tratamiento de las drogodependencias en España, desde sus inicios hasta el momento actual. Esta contribución responde a la invitación específica de los coordinadores por la trayectoria del Dr. Becoña en España y Latinoamérica, en general, y en México, en particular. Son varias las formas en que el Dr. Becoña ha influido de forma importante en este país, puede mencionarse que sus libros y artículos son leídos con asiduidad por estudiantes y docentes de diferentes programas de psicología. Ha impartido también asesoría en diferentes instituciones públicas y privadas dedicadas a la enseñanza de la psicología y al tratamiento de las adicciones. Debe mencionarse la desinteresada integración de varios estudiantes y maestros mexicanos en su programa de investigación en la Universidad de Santiago de Compostela, España.

El trabajo que presenta en este capítulo expone de forma clara y sencilla su aproximación al tratamiento de las adicciones desde la terapia cognitivo-conductual como la ha llevado a cabo en España y en aquellos otros lugares en los que ha compartido su experiencia. También analiza cuáles han sido los tratamientos cognitivo-conductuales utilizados, los elementos que han facilitado el desarrollo de los mismos y los factores que están bloqueando su desarrollo actual. Por último, propone las perspectivas a futuro en esta área tan importante del tratamiento psicológico.

Vaya este libro para los estudiantes, profesionales de la salud y aquellas personas que gustan de la psicología. Esperamos que resulten beneficiados del conocimiento de la génesis, la conformación de las terapias cognitivo-conductuales, y de los esfuerzos por llevar a la psicología como una ciencia aplicada al campo clínico y social.

Los coordinadores

Referencias

- Beck, S. (1995). *Terapia cognitiva. conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa. **B**
- De la Fuente, J. R. (2015). *Marihuana y salud*. México: FCE. **D**
- Donohue, T., & Ferguson, K. (2016). “Historical and Philosophical Dimensions of Contemporary Cognitive-Behavioral Therapy”. In: C. Nezu, & A. Nezu (Ed.), *The Oxford Handbook of Cognitive and Behavioral Therapies*. New York: Oxford University Press.
- Hofman, S., & Smits, J. (2008). Acceptance and Commitment Therapy: New Wave or Morita Therapy? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 280-285. **H**
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. México: Editorial Siglo XXI. **L**
- Nezu, C., & Nezu, A. (2016). “Introduction”. In: C. Nezu, & A. Nezu (Ed.), *The Oxford Handbook of Cognitive and Behavioral Therapies*. New York: Oxford University Press. **N**
- Ruiz, M. A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Madrid: Desclée de Brouwer. **R**

SECCIÓN I

- **Génesis teórica y social de la terapia de la conducta y su desarrollo en México**
César Carrascoza Venegas
- **Modificación de conducta en México: su papel en la formación profesional**
Florente López Rodríguez y César Carrascoza Venegas
- **¿Cambio de paradigma? Conductismo y cogniciones**
Benjamín Domínguez Trejo y Yolanda Olvera López

1. GÉNESIS TEÓRICA Y SOCIAL DE LA TERAPIA DE LA CONDUCTA Y SU DESARROLLO EN MÉXICO

César Carrascoza Venegas

En este capítulo se desarrolla el surgimiento y evolución del conductismo, en la medida en que la terapia o modificación de conducta y la terapia cognitivo-conductual constituyen la derivación aplicada del conductismo. El objetivo es analizar los antecedentes históricos, conceptuales y metodológicos que colocaron los cimientos para que se desarrollara este movimiento psicológico en México. Para ello, se exponen los principios teórico-metodológicos de la conducta, además de los pioneros y su obra, así como los principales representantes del campo e instituciones de educación superior donde se forjó este movimiento en el país.

Génesis teórica de la modificación de conducta

En la actualidad, los términos *terapia de la conducta* y *modificación de conducta* se utilizan de forma indistinta (Kazdin, 1975); en un inicio no fue así, puesto que las aplicaciones terapéuticas de los principios de la conducta fueron originándose en diferentes países y con procedimientos conductuales distintos, basados: 1) en el condicionamiento respondiente, base conceptual de diversos procedimientos en Sudáfrica (Wolpe, 1958; Lazarus, 1971), 2) en la inclusión de variables cognoscitivas, en particular en Inglaterra (Eysenck, 1959, 1966; Yates, 1970), y 3) en el condicionamiento operante, combinado en ocasiones con el aprendizaje respondiente y el aprendizaje observacional, sobre todo en Estados Unidos, desde Watson, Thorndike, Tolman, Hull, Mowrer, Skinner y Bandura, entre otros.

A continuación, se exponen aspectos como el surgimiento y la contribución de algunos personajes a la terapia de la conducta.

En primer lugar, cabe señalar que la terapia o modificación de conducta surgió originalmente de dos condiciones de posibilidad: 1) la insatisfacción de varios profesionales de la salud con los resultados del tratamiento psicodinámico y 2) la necesidad de disponer de tratamientos basados en la evidencia científica de mayor eficacia y corta duración.

Psicología experimental en Europa como antecedente de la terapia de la conducta

A principios del siglo XIX, principalmente en Europa, las disciplinas físicas y naturales adoptaron el método científico, la psicología entre ellas. La publicación de *El origen de las especies* en 1859 por Charles Darwin (1809-1882) impactó en las nociones contemporáneas acerca de la naturaleza y origen del hombre. La continuidad filogenética entre las especies llevaría al nacimiento de la psicología comparada comprometida con el establecimiento de la relación de la evolución del *Hombre* y de los animales, su adaptación e inteligencia. La psicología comparada surgió en Inglaterra y sus desarrolladores fueron George Romanes (1848-1894) y Lloyd Morgan (1852-1936).

En la misma época, el avance logrado por la fisiología experimental llevó a incluir algunos de los procesos psicológicos (como la sensación y la percepción) dentro de su campo de investigación, lo que conduciría a la afirmación largamente aceptada por unos y rechazada por otros, de que la psicología era parte de la fisiología científica y no parte de la filosofía especulativa.

Los fisiólogos Weber (1795-1878) y Fechner (1801-1887) investigaban las relaciones entre la estimulación externa en diferentes reacciones de los animales y humanos. Era campo de su interés también las relaciones entre las capacidades sensoriales del humano, por lo que denominaron *psicofísica* al estudio de las relaciones cuantitativas entre los fenómenos perceptivos y los acontecimientos físicos.

H. von Helmholtz (1821-1894) extendió esta investigación de los procesos sensoriales a la visión y la audición, por lo que afirmaba que la psicología era en esencia fisiológica. El problema del mentalismo no existía en su aproximación. Helmholtz

influyó en el desarrollo de la psicología rusa que tomó el camino de la ciencia objetiva, experimental, naturalista y fisiológica, principalmente de la mano de Sechenov (1829-1905), Pavlov (1894-1936) y Becherev (1857-1927).

Condicionamiento respondiente y terapia de la conducta

Si bien lo psicológico no era un campo de interés inicial de la reflexología rusa, fue abarcando el estudio de fenómenos cada vez más complejos hasta llegar a los psicológicos, mediante la aplicación de la metodología objetiva, proporcionando explicaciones en específico mecanicistas de estos fenómenos (objetivos o subjetivos), en tanto la actividad psíquica la consideraba producida por mecanismos reflejos y estímulos ambientales.

Es evidentemente que la psicología rusa es el antecedente más directo del conductismo y de la terapia de la conducta, no solo por la inclusión del paradigma del reflejo condicionado, sino por la aplicación del método científico en sus investigaciones y la exclusión del método introspectivo. A continuación, se realiza un breve recorrido por su evolución hasta el presente.

Para Sechenov, fundador de la psicología objetiva rusa, los problemas de la psicología debía resolverlos la fisiología, en tanto la causa principal de toda acción psíquica está fuera del organismo, determinada por los reflejos, sin que lo psicológico constituya una excepción a este principio, dejando de ser la disciplina imprecisa y subjetiva que hasta ese momento la caracterizaba. Para Sechenov, el punto de unión entre la neurología y la fisiología eran los reflejos que pueden explicar tanto la conducta involuntaria como la voluntaria. Defendió la fisiología materialista basada en el empirismo, contrario a las especulaciones.

El continuador de la obra de Sechenov fue Pavlov. Si bien su interés no era en especial la psicología, sino la actividad del cerebro, su trabajo era psicológico en el sentido en que estudiaba la manera en que los sujetos pueden anticipar la ocurrencia de los eventos ambientales. Estos procesos psicológicos eran explicados por Pavlov en términos de mecanismos fisiológicos, llamándolos reflejos condicionados y generando, de esta manera, el primer paradigma psicológico o condicionamiento clásico: un estímulo neutro (un sonido) que no produce la respuesta de interés (salivar), antecede a la presentación del estímulo incondicionado, para que, posteriormente, la presentación del sonido provoque la salivación. Así, pudo

estudiar distintos procesos, entre ellos: extinción, generalización, recuperación espontánea, inhibición, bloqueo o discriminación y contracondicionamiento.

Además del estudio de los movimientos glandulares, Becheterev dio un paso adelante al interesarse por el análisis de los movimientos esqueléticos o voluntarios. Señalaba que la actividad psicológica se origina por impulsos y termina en modificaciones del medio. Becheterev llamaba reflexología a esta forma de estudiar los fenómenos psicológicos de manera objetiva, es decir, sin implicar elementos de naturaleza especulativa.

La evolución del estudio de los reflejos condicionados, a partir de la provocación de la respuesta por un evento ambiental, hasta el reconocimiento de un cambio ambiental producido por la conducta, constituiría un antecedente directo del conductismo como el estudio objetivo de la conducta y su relación con el medio ambiente.

Cabe recordar que el interés aplicado o clínico del condicionamiento clásico o respondiente inició con la investigación de la neurosis por parte de Pavlov. Algunos investigadores se dirigieron en esa dirección, como Erofeeva (1912; en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), en el tratamiento de la ansiedad mediante el contracondicionamiento; Shenger-Krestovnicova, en el tratamiento de la neurosis; posteriormente, en Sudáfrica, con el trabajo de Wolpe (1958, 1973) sobre la desensibilización sistemática; con otros como Lazarus (1971) y Rachman (1967).

En Inglaterra, a mediados del siglo XX, las bases neurales del condicionamiento clásico interesaron a los terapeutas conductuales en el estudio de los factores involucrados en la personalidad ansiosa. La agresividad, timidez y sociabilidad mostrada por los perros en sus estudios podrían ser paralelas a los seres humanos. De esta manera, la inhibición y excitación del sistema nervioso varía dependiendo de las dimensiones psicofisiológicas, determinando así los tipos de personalidad. Eysenck (1959), uno de los pioneros de la terapia de la conducta, incorporó esta teoría, dando lugar a un modelo de umbrales de neuroticismo mediante los cuales los factores genéticos predisponen a los individuos a diferentes niveles de intensidad de respuesta ante estímulos similares. Junto con Yates (1970), Shapiro (1961) y otros centrarían su interés en el tratamiento de fobias, agorafobias, tics, tartamudez, entre otros padecimientos.

Los investigadores ingleses se aproximaban más al neoconductismo mediacional y metodológico, al integrar constructos como la ansiedad, el miedo y la personalidad para explicar los trastornos psicológicos individuales y la conducta humana en general.

En fechas más recientes, el trabajo de Siegel (1984, 1999 y 2005), empleando los procedimientos de condicionamiento clásico, ha permitido entender y abordar la tolerancia condicionada a las drogas, las recaídas y la muerte por sobredosis por el uso de sustancias psicoactivas desde una perspectiva psicológica y no solo farmacológica.

Siegel ha observado la ocurrencia de respuestas homeostáticas compensatorias más claramente con la administración de sustancias psicoactivas al organismo. Las drogas producen cambios en la homeostasis del organismo que provocan reacciones compensatorias incondicionadas y los estímulos contextuales asociados a la presencia de la droga pueden llegar a causar esas reacciones compensatorias como respuestas condicionadas anticipatorias. Por ejemplo, tocar una cajetilla de cigarrillos, oler el humo arrojado por otro usuario, el aroma y el sabor del café, el olor del humo de la marihuana o el alcohol, lo mismo que el lugar y las personas en donde y con quienes se consume, funcionan como estímulos condicionados que predicen los efectos de la sustancia y pueden provocar avidez y ansiedad relacionadas con el consumo o estímulo incondicionado.

Del mismo modo, en el caso de los adictos abstinentes, los efectos del primer trago de café o alcohol, la primera inhalación de cocaína o la primera aspiración de tabaco, funcionan como un estímulo condicionado que hace que el consumidor anticipe el consumo posterior inmediato siguiente y generan la avidez y respuestas emocionales condicionadas a la droga. Domjan (2010) señala que el estímulo condicionado es una señal interoceptiva, por lo que “la avidez condicionada que provoca una dosis pequeña de la droga hace difícil que los dependientes la consuman con moderación. Esa es la razón por la que la abstinencia es su mejor esperanza para controlar la avidez” (p. 117) o prevenir la recaída.

El desarrollo de la tolerancia y la posterior dependencia a las drogas también se ha visto mejor analizado a través del condicionamiento clásico. La tolerancia consiste en que cada vez es menor el efecto de la droga, por lo que debe incrementarse la cantidad a consumir. Este proceso se pensó por varios años solo de naturaleza farmacológica.

El modelo de condicionamiento clásico de tolerancia a las drogas desarrollado por Siegel (1984), permite una predicción importante. La tolerancia se verá disminuida cuando el consumo de la droga se haga en circunstancias distintas o en ausencia de señales predictivas habituales de la droga. El efecto de la droga será total, no disminuido por las respuestas condicionadas compensatorias, llegando inclusive a provocar la muerte por “sobredosis”, aun cuando la cantidad haya sido la misma.

Condicionamiento operante y modificación de conducta

El crecimiento industrial y económico de fines del siglo XIX y principios del XX, en Estados Unidos, demandaba el desarrollo científico de las diferentes disciplinas de conocimiento, entre ellas la psicología, como sucedía en Europa. La transición de aquel momento, de una sociedad rural a una industrial, precisaba conocimientos científicos, productivos y a corto plazo. Lo anterior también requería de una reformulación de la psicología introspectiva hacia una pragmática.

La tarea la llevó a cabo Watson (1913) al declarar: “La Psicología, como el conductismo la ve, es una rama experimental y objetiva de la ciencia natural. Su meta teórica es la predicción y el control de la conducta” (p. 158). La introspección no es parte esencial de sus métodos y la interpretación de sus datos no puede serlo en términos de la conciencia.

El paradigma pavloviano fue elegido por Watson (1878-1958) para el estudio del objetivo de la psicología. Es importante recalcar que Watson, al dotar a la psicología de un objeto de estudio –la conducta– la independizó de la filosofía especulativa y le permitió la aplicación del método científico para su estudio en lugar del introspeccionismo. Finalmente, es el fundador de la terapia de la conducta, debido a la aplicación que hizo del paradigma pavloviano para el estudio del miedo aprendido (Watson & Rayner, 1920), su adquisición y eliminación.

Su propuesta recibió una serie de críticas y aportaciones de investigadores de la talla de Guthrie (1865-1959), Clark Hull (1884-1952), Tolman (1896-1961), Mowrer (1907-1982) y Skinner (1904-1990), entre otros, por su carácter reduccionista, cada uno propuso por separado un conductismo no fisiologista que dio lugar a lo que se conoce como neoconductismo.

De manera breve, se describen las aportaciones de los autores mencionados y otros más no incluidos. Si bien pareciera que cada uno tuviera una postura diferente, siguen siendo conductismo en tanto: 1) se mantiene la premisa evolutiva de la continuidad de las especies, b) el estudio del aprendizaje es fundamental para comprender la conducta y c) el énfasis en las aplicaciones prácticas.

Guthrie postulaba el principio de contigüidad: el aprendizaje solo requiere que se aparezcan un estímulo y una respuesta. También menciona técnicas para conductas inadaptativas ligadas a determinados estímulos, mediante la presentación progresiva de un estímulo nocivo se prevenía la ocurrencia de la respuesta. Aunque esto no es condicionamiento clásico, resulta una forma de tratamiento antecedente a la desensibilización sistemática.

Hull, por su parte, introdujo variables intervinientes en la relación E-R, como *fuerza del hábito e impulso* (estado de activación del organismo), cuya reducción da lugar al reforzamiento. Este es el principio central del aprendizaje, no la contigüidad entre E y R como decía Guthrie.

Tolman también vio al conductismo como una alternativa a la psicología introspectiva de la época. En su opinión, el reduccionismo watsoniano simplificaba la conducta a meros estímulos y respuestas glandulares y musculares, hizo sus propias aportaciones, por ejemplo, que la conducta consiste en una serie de acciones que tienen un propósito, por lo que a su conductismo se le conoció como conductismo propositivo o teleológico. También introdujo variables intervinientes entre el E y la R que afectan el aprendizaje, como *expectativas, mapa cognitivo*, además de la distinción entre aprendizaje latente y ejecución. Variables por las que sería criticado, pero que fueron un antecedente temprano de la obra de Bandura (1986), la cual resultaría fundamental varios años después para la conformación de la terapia cognitivo-conductual.

Mowrer es importante en el neoconductismo por la formulación de la teoría bifactorial del reforzamiento. Afirma la existencia del aprendizaje de señales (algunas respuestas involuntarias o emocionales pueden ocurrir por la presencia de un estímulo antecedente aversivo), mientras que otras de tipo voluntario reducen la pulsión o impulso. Esto se llama aprendizaje de soluciones. Repasa las teorías de Pavlov, Thorndike y Hull. También empleó variables mediadoras, como el miedo que daba pie a la ocurrencia de la conducta de evitación o aprendizaje de soluciones, para su eliminación, así como las aplicaciones clínicas en el tratamiento de la enuresis.

El conexionismo de Thorndike (1874-1949) fue otro de los antecedentes importantes del conductismo y de la solución a problemas educativos. Aunque criticado por Watson por su subjetivismo su trabajo es por completo conductista. Empleó métodos objetivos y rechazó la conciencia como objeto de estudio. Sus investigaciones se dirigieron al aprendizaje de respuestas nuevas en el repertorio del organismo. Para él, el reflejo era la conexión entre un estímulo y una respuesta con sus consecuencias inmediatas, por lo que formuló la Ley del efecto, la cual enfatiza las consecuencias agradables o desagradables de la conducta en ciertas circunstancias, para que ésta se repita o no cuando vuelven a estar presentes dichas condiciones (a lo cual llamó aprendizaje). Es importante señalar que el término *modificación de conducta* es empleado varias veces en su obra (Thorndike, 1911), sin que implicara la fundación de un movimiento aplicado.

La Ley del efecto sería transformada con posterioridad por uno de sus alumnos, Skinner, en el principio del reforzamiento (un evento aplicado de forma contingente a una conducta determina la probabilidad de su ocurrencia futura), eliminó el subjetivismo criticado por Watson y cimentó lo que, hoy día, se denomina terapia de la conducta o modificación de conducta.

Skinner, fisiólogo de formación, fue influido por lectura de Bertrand Russell, Ivan Pavlov, Jaques Loeb y John Watson, y lo llevaron a interesarse en el conductismo. Compartía con el último el rechazo a las variables intervinientes en la explicación de la conducta por considerarlas ficciones; también las fisiológicas (a diferencia de Watson) porque reducen la conducta a la mera actividad del sistema nervioso; difería de casi todos ellos al colocar el énfasis en el estudio de las consecuencias de la conducta, más que en sus antecedentes; es decir, no integró el condicionamiento respondiente en su teoría, desarrolló otro tipo de aprendizaje mediado por sus consecuencias, llamado operante o instrumental.

El cambio en las consecuencias de la conducta llevaría a la modificación de probabilidad de ocurrencia de la misma. Los principios de la conducta pueden resumirse de la siguiente manera: un incremento de la respuesta, si va seguida por la presentación de una consecuencia positiva o la eliminación de una consecuencia aversiva (*reforzamiento positivo* en el primer caso y *reforzamiento negativo* en el segundo); un decremento si va seguida por la eliminación de la consecuencia positiva (*castigo negativo*) o la presentación de una estímulo aversivo (*castigo positivo*), o su decremento si deja de presentarse la consecuencia positiva (*extinción*); lo mismo que la manipulación de la probabilidad de la ocurrencia

de la respuesta en función de la probabilidad del reforzador (*programas de reforzamiento*).

Skinner, Solomon y Lindsey (1953) introdujeron el término terapia de la conducta por primera vez, con el consecuente desarrollo de una metodología para el estudio de la conducta y sus consecuencias, sin la interferencia de variables mediadoras, llamada análisis experimental de la conducta. También, con su obra *Science and Human Behavior*, Skinner (1953) describió la aplicación de los principios del condicionamiento operante para la modificación de conducta a nivel social.

Génesis de la modificación de conducta en México

El Dr. Serafín Mercado (Carrascoza, 2005), uno de los principales protagonistas y promotores de la psicología experimental en México, resume la historia de este proceso de la siguiente manera:

La psicología experimental llega a México muy pronto una vez que se inaugura el laboratorio de W. Wundt en Alemania y el de William James en Harvard. Estos dos sucesos marcarían el inicio de la psicología experimental, el ingreso de la psicología a la ciencia empírica, con lo que dejaría de ser una mera rama de la filosofía. En México, a finales del siglo XIX con el proyecto de la reforma educativa de Gabino Barreda, durante el gobierno juarista, la psicología se vuelve una de las áreas que quedan incorporadas al plan educativo. Entonces, tanto Ezequiel Chávez como Enrique O. Aragón son quienes realmente dan impulso a la incorporación de la psicología en la Escuela Nacional Preparatoria. En ese periodo, en la Escuela de Altos Estudios ya se empieza a formar un área de especialización en psicología con el doctorado en psicología. Se crean laboratorios en México, vienen personalidades como James Baldwin. Esa fase es muy importante porque establece las bases para su consolidación. Después, con el movimiento revolucionario de 1910, se viene abajo la Universidad y cuando se reabre, viene la rebelión para obtener la autonomía. En realidad, en ese momento era elitista, totalmente contraria a la idea de la revolución mexicana, que consistía en hacer un gobierno para las masas y no para las élites. Incluso la búsqueda de la autonomía universitaria fue la búsqueda de las élites al servicio del control gubernamental revolucionario. Durante ese tiempo, desaparece por un tiempo la idea de la psicología, aunque vuelve a aparecer. Primero, como un apéndice de la filosofía, ya después como un área independiente con su propia

maestría y su propio doctorado. Cuando vuelve a nacer la psicología, nace primero bajo el control del grupo ideológico dominante en filosofía. Eran tomistas, neotomistas. Después, los neotomistas empiezan a ingresar a los problemas de la psicología con la preocupación de demostrar la existencia del alma, de la espiritualidad, de los problemas éticos de la filosofía como fundamentales para la psicología. Después, con el crecimiento de la población, se abre a algunos médicos y psiquiatras psicoanalíticos ortodoxos frommianos, y el laboratorio del Maestro Chávez y el Maestro Aragón queda por ahí arrumbado. En alguna bodega. No es sino hasta que Rogelio Díaz Guerrero, alumno de Altos Estudios que estudiaba medicina y que hace un posgrado en la Universidad de Iowa con Kurt Lewin y Clark Hull, que a su regreso empieza a combatir a los psicoanalistas. Reabre el laboratorio, restaura muchos aparatos, construye otros y empieza a realizar algunos proyectos. Además de emplear las máquinas de enseñanza de Skinner para la enseñanza de la estadística y otras materias con material programado, estableció convenios de intercambio con universidades de Estados Unidos. México se insertó pronto en el proceso del desarrollo de la psicología experimental, aunque posteriormente decayó, por los motivos políticos mencionados y el control que los grupos psicoanalistas ejercieron sobre el entonces Colegio de Psicología de la Facultad de Filosofía. Posteriormente, a principios de la segunda década del siglo XX, se vería un renacimiento de la psicología experimental, el conductismo y la modificación de conducta y su consolidación en muchas universidades de la República Mexicana. Esos momentos históricos pueden analizarse ligados entre sí (Parte de la entrevista a Serafín Mercado, Carrascoza, 2005).

En esta extensa cita del Dr. Serafín Mercado, pueden notarse dos momentos históricos de la psicología experimental en México. La primera, simultánea al desarrollo del laboratorio de Wundt en Alemania y James en Harvard, debido a los esfuerzos de Ezequiel Chávez y Enrique O. Aragón, y una segunda etapa de resurgimiento a mediados del siglo XX, después un periodo de decaimiento debido a los problemas políticos que menciona, donde los estudios del Dr. Rogelio Díaz Guerrero en Estados Unidos y los convenios de intercambio con varias universidades de ese país, hacen resurgir el interés por la enseñanza y la investigación de la psicología experimental y el conductismo. A continuación, se analizan esas etapas.

En un primer momento, en el contexto de la discusión evolucionista acerca de la superioridad racial que tenía lugar durante el siglo XIX, la psicología contribuía al tema (Hale, 1990). El pensamiento dominante de la época consideraba las razas anglosajonas como superiores a las latinas.

A finales del siglo XIX en México, Justo Sierra tomó el pensamiento evolucionista para demostrar que la raza mexicana, en tanto mestiza, refutaba los planteamientos de la superioridad racial, al ser producto de dos razas. Una de las muchas aportaciones realizadas por Justo Sierra consistió en haber dotado a México de una identidad nacional que residía en el mestizo.

Uno de sus discípulos más importantes fue Ezequiel Chávez (1868-1946), promotor de la enseñanza de la psicología experimental en México, lo mismo que de su campo de aplicación a los problemas sociales de la época, ya que pretendía que a través de ésta se investigara el carácter (o identidad del mexicano) del siglo XX. Al respecto, Chávez (1901) menciona:

En varios pueblos se ha principiado ya a estudiar el carácter nacional, al que debían adaptarse las instituciones. En casi toda Europa y en los Estados Unidos se procura observar y analizar las condiciones psíquicas de los elementos nacionales, tales como aparecen en la infancia y juventud, y a ese fin los alumnos de las universidades en los laboratorios de Psicología experimental de las universidades, se someten a múltiples observaciones (p. 2).

De este modo, se hacía necesario el desarrollo de la psicología experimental. La primera cátedra se fundaría en 1896, con un programa elaborado e impartido por Chávez, previa aprobación del mismo por Porfirio Díaz, y se impartiría en la Escuela Nacional Preparatoria (Valderrama, 1994). El curso se basaría en el texto de Titchener *Elementos de Psicología*, traducido por Chávez, y se emplearía durante los siguientes 25 años. El curso se impartía como parte de los estudios de graduados en filosofía en la Escuela de Altos Estudios, donde también se localizaba el primer laboratorio de psicología experimental, a cargo de Enrique O. Aragón, discípulo de Chávez (ambos maestros de Rogelio Díaz Guerrero).

Este interés por la psicología experimental y su impacto social se continuaría hasta la fundación de la Universidad Nacional de México, cuando la psicología se enseñaría a nivel superior en la Facultad de Filosofía y Letras, anteriormente denominada como Escuela Nacional de Altos Estudios, lo que resalta la influencia de las universidades francesas.

La clase inaugural fue sobre psicología social e impartida por el psicólogo norteamericano James Mark Baldwin (1861-1934) discípulo de Wundt, quien jugaría un destacado

papel como asesor en el proceso fundacional de la Universidad. Baldwin había inaugurado laboratorios de Psicología en la Universidad de Toronto, Canadá, en la Universidad de Princeton y, previamente, en la Universidad de Johns Hopkins, EUA (Boring, 1978; Sánchez-Sosa & Valderrama, 2001). Estuvo en México dos ocasiones y asesoró a la organización de la Universidad Nacional. En 1908 renunció a Hopkins para vivir cinco años en México como consejero de la Universidad (Boring, 1978).

De acuerdo al interés de Chávez y otros intelectuales de la época, interesados en el estudio científico del carácter nacional del mexicano, conjuntamente con la aplicación de otras ciencias sociales (sociología, etnología, antropología y psiquiatría social), se propusieron estudiar la conducta antisocial en un país en plena revolución y transformación. La psicología aplicada fue una importante herramienta de apoyo en este intento (Valderrama, 2004).

En un segundo momento, los cambios políticos y sociales en México, así como el interés por la psicología al interior de la Universidad, señalado por Mercado líneas arriba, transformaron la disciplina. En aquella época, la psicología se impartía en la Facultad de Filosofía y Letras. La continuidad de la obra de Chávez en cuanto al interés por la psicología experimental como medio científico para estudiar la identidad del mexicano, fue llevada a cabo por uno de sus alumnos, Rogelio Díaz Guerrero¹ (en cierto modo continuador de su obra, como él lo dice) (Carrascoza, 2003a), quien realizó estudios de posgrado en Estados Unidos con los principales representantes de la psicología experimental (Kenneth Spence y Kurt Levin) y en 1955 establecería el primer convenio de intercambio entre la Hogg Foundation for Mental Health (inicialmente con Wayne Holtzman de la Universidad de Texas) y, posteriormente, con otras universidades en las que se formarían los precursores de la psicología experimental en México, principalmente de la Universidad Veracruzana y después, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

La cooperación y el intercambio iniciado por Díaz Guerrero se hizo más profundo, de tal modo que para 1959 impartió un curso en la Universidad de Texas y se llevó a tres estudiantes: Luis Lara Tapia, Héctor Capello y Gilberto Martínez, lo que dio inicio al intercambio de estudiantes a esa universidad, con la meta de formar profesores de calidad para la psicología mexicana.

En el periodo de 1960 a 1965 hubo gran cantidad de viajes a diversas universidades de Estados Unidos, a las que asistieron varios estudiantes mexicanos. Se iniciaron

1 Participó de manera activa en el proceso de independencia del Colegio de Psicología de la Facultad de Filosofía, que desembocaría en la Fundación de la Facultad de Psicología de la UNAM en 1973.

intercambios con universidades americanas, como la Universidad de Santa Bárbara y la de Michigan, entre otras. Esto propiciaría, a decir de Lara Tapia (Carrascoza, 2003b), el conocimiento de las teorías de los psicólogos americanos y la identificación con ellos y no ya con los psicoanalistas.

Para finales de 1960, la carrera de psicología se independizó de la Facultad de Filosofía y Letras y se nombró a Luis Lara Tapia primer director de la misma. Mientras esto ocurría, y como parte del mismo proceso, las clases y prácticas de laboratorio al margen de las establecidas curricularmente, eran impartidas por alumnos jóvenes, como Víctor Alcaraz, Emilio Ribes, Florente López, Gustavo Fernández, Arturo Bouzas, Ely Rayek, María Luisa Morales, Graciela Rodríguez, entre otros. Estos jóvenes profesores, que integraban el Grupo Pedregal, habían sido alumnos de Luis Lara Tapia a su regreso de la Universidad de Texas.

Las actividades académicas realizadas por estos alumnos constituían un currículo paralelo al sistema académico formal, representativo de una nueva organización, que con el tiempo se verían complementadas con los viajes de intercambio de estos alumnos a universidades de Estados Unidos, debido a la traducción de libros de psicología experimental al español (como el libro *Theories of Learning* de H. Mowrer, 1956) y la realización de congresos de psicología. Todos los eventos comentados hasta el momento iban configurando el surgimiento del conductismo en México y de la modificación de la conducta.

Valderrama (1994) señala que durante 1962, las generaciones 1959-1962 y el Grupo Galileo Galilei, formado por Antonio Gago, Emilio Ribes, Víctor Alcaraz y Serafín Mercado en 1961, solicitaron a Chávez, Rector de la UNAM un cambio en el plan de estudios para la carrera de psicología, por su bajo nivel científico, la planta docente no era de psicólogos, la nula traducción de libros al español y anexaron la propuesta de un plan de estudios con énfasis en los procesos psicológicos básicos.

El grupo Galileo Galilei tenía los planes de estudio de Harvard, de Yale, de Stanford y de otras universidades. Ribes recuerda que cuando ingresó a la carrera de psicología, aun en la Facultad de Filosofía y Letras, no había maestros psicólogos, los únicos eran Díaz Guerrero y Luis Lara Tapia, pero ambos venían de medicina, ninguno era psicólogo de origen. No obstante, Alberto Cuevas, egresado de la Universidad de Yale era un excelente maestro de metodología y de psicología experimental. Lo

anterior permitió darse cuenta que había otras psicologías distintas a la tomista y la psicoanalítica, predominantes en ese momento (Carrascoza, García y Pérez, 2017).

El inicio y posterior auge de la carrera de psicología en la Universidad Veracruzana, en Xalapa, se dio cuando Víctor Alcaraz recibió una invitación, en 1963, por parte de Rafael Velasco², para trabajar en la clínica de conducta, así como para fundar una carrera de psicología (Carrascoza, 2008). Las diferentes propuestas de planes de estudio más orientados a la psicología científica e impartida por psicólogos, habían sido hechas por él y el Grupo Galileo Galilei. Al año siguiente, se le unieron en Xalapa, Emilio Ribes y Antonio Gago.

En los primeros cuatro semestres el plan de estudios era de corte experimental, con opciones como psicología clínica y educativa que eran de orientación conductista, entre otras.

Mediante la invitación de Ribes, Mowrer impartió un ciclo de conferencias en Xalapa, y la lista siguió con Bijou, Ayon, Berlyne, Harlow y otros. Se introdujeron cada vez más en el campo de la modificación de conducta, al tiempo que se elaboró un programa para hacer posgrados en el extranjero; Mercado fue el primero en viajar a la Universidad de Texas, Gustavo Fernández con Herford también a Texas; Ribes a la Universidad de Toronto con Berlyne en 1967, sin embargo, de camino visitaría a Mowrer y a Bijou. Asistió con Ayon al congreso de la ABT en Washington. Con todos ellos conversó sobre la importancia de la vinculación de los skinnerianos de la parte experimental con la parte práctica y se convirtió al conductismo después de los diálogos con Bijou.

Florente López creó el Centro de Entrenamiento en Educación Especial (CEEE), que de inicio surgió por la necesidad de proporcionar un sistema de entrenamiento efectivo en el área específica de retardo en el desarrollo para los estudiantes avanzados del Departamento de Psicología (Carrascoza, 2009); sin embargo, pronto se orientó al servicio experimental a la comunidad. Además, las ventajas de entrenar en el trabajo resultaron en un análisis de grano fino del repertorio conductual del niño y en una experiencia extremadamente eficiente de las técnicas de control operante (López & Barrera, 2000). Era uno de los modelos más importantes para la formación de psicólogos. En este proyecto, una de las habilidades importantes de un psicólogo es actuar como investigador, no para dedicarse a la investigación, sino porque el trabajo profesional implica un trabajo similar al de un investigador

2 En ese tiempo Secretario General de la Universidad Veracruzana.

y la mejor forma de hacerlo es resolviendo problemas. Ribes colaboró un corto tiempo en este Centro y recoge esos logros en el libro *Técnicas de modificación de conducta* (1976). En 1972, López emigró a cursar la maestría en Modificación de Conducta en el Instituto de Rehabilitación de la Universidad de Southern, Illinois. A su regreso se creó la maestría en Modificación de Conducta en la Facultad de Ciencias de la Universidad Veracruzana. El Centro de Entrenamiento en Educación Especial creció y se movió al Hospital Infantil de Xalapa y se volvió un centro de entrenamiento e investigación para los estudiantes de maestría y licenciatura. Al Programa de Modificación de Conducta vinieron, entre otros, Ferster, Patterson, Bijou y otros. La maestría duró cuatro años y para 1971, previo regreso de Ribes a México, se organizó el Primer Simposio de Modificación de Conducta.

Tras una serie de problemas políticos en la Universidad Veracruzana, se inició con Ribes y Alcaraz el regreso gradual a la UNAM del grupo. Permanecieron Florente López, Jorge Peralta, Benjamín Domínguez, Paulo Speller, Roberto Alvarado, Carlos Fernández y Jesús Nieto (unos estudiantes, otros maestros). Bajo la dirección de Luis Lara Tapia, todos encontrarían lugar en la Facultad de Psicología de la UNAM. El plan de estudios que se había implementado en 1967 en Xalapa fue adoptado con algunos cambios en 1970 por la Facultad de Psicología de la UNAM. Otros, como el mismo López permanecieron hasta 1972.

La modificación de conducta llegaba a la UNAM. Aun cuando en 1967 durante el XI Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología, realizado en la Ciudad de México, Jorge Molina y Héctor Ayala, miembros de la Facultad de Psicología habían presentado uno de los primeros trabajos sobre retardo en niños, empleando técnicas de modificación de conducta. Como parte de este proceso de institucionalización de la modificación de conducta en la Facultad de Psicología de la UNAM, a finales de los años 60 emigraron a la Universidad de Kansas Juan José Sánchez Sosa, Laura Hernández, Héctor Ayala y Jaime Hernández.

Los conductistas, junto con psicólogos experimentales de otras corrientes, como la psicología cognoscitiva de Serafín Mercado, la psicología social de Héctor Capello, la psicometría de Díaz Guerrero y Lara Tapia, la psicofisiología de Alberto Cuevas y otros, “terminaron siendo los actores principales en la búsqueda por la definición de identidad del psicólogo en la UNAM” (Valderrama, 1994, p. 47) y la modificación de conducta, en manos de varios de los mencionados, se volvió la propuesta aplicada de la psicología científica.

El conductismo y la modificación de conducta como terapia cognitivo-conductual, paradigma de la psicología científica, y su aplicación para la solución de problemas sociales, se extendió a lo largo de muchas universidades mexicanas y, posteriormente, a la sociedad en general, mediante la práctica clínica de los terapeutas conductistas en sus diversas modalidades y campos de intervención, mostrando su impacto tanto profesional como a nivel institucional.

Como cierre de este capítulo, cabe señalar que la primera parte de este trabajo muestra el desarrollo del conductismo como una ciencia experimental, desde la psicología alemana del siglo XIX, así como el paulatino desarrollo de la modificación de conducta, basada en la evidencia, hasta la terapia cognitivo-conductual. La segunda parte muestra también cómo se fueron configurando las relaciones entre la psicología conductista en Estados Unidos y en México, mediante el intercambio de estudiantes y de investigadores en nuestro país, así como la inserción de los pioneros de la psicología experimental y conductista en México para desarrollar después un plan de estudios de corte experimental en diversas instituciones de México, que hasta el presente conforman la enseñanza y la práctica de la terapia cognitiva-conductual.

Referencias

- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. New York: Holt, Rinehart and Winston. **B**
- Boring, E. (1978). *Historia de la psicología experimental*. México: Trillas.
- Carrascoza, C. (2003a). Rogelio Díaz Guerrero: pionero de la Psicología Experimental en México. *Psicología y Ciencia Social*, 5(2). FES Iztacala, UNAM. **C**
- _____ (2003b). Luis Lara Tapia (1930-2000). *Psicología y Ciencia Social*, 5(2). FES Iztacala, UNAM.
- _____ (2005). Serafin Mercado: Padre de la Psicología ambiental en México. *Psicología y Ciencia social*, 7, (1-2). FES Iztacala, UNAM.
- _____ (2008). Dr. Victor Manuel Alcaraz. Pionero de la Psicología Experimental en México. *Psicología y Ciencia Social*, 11(1 y 2).
- _____ (2009). “Pioneros de la Psicología Experimental: Florente López”. *Psicología y Ciencia Social*, 11(1 y 2), 54-66.
- Carrascoza, C., García, C. y Pérez, R. (2017). “Emilio Ribes Iñesta”. En: C. García (Comp.), *Grandes Psicólogos del Mundo*. México: Trillas.
- Chávez, E. (1901). Ensayo sobre los rasgos distintivos en la sensibilidad como factor del carácter del mexicano. *Revista Positiva*, 3.
- Domjan, M. (2010). *Principios de aprendizaje y conducta* (6ª ed.). México: Cengage Learning Eds. **D**
- Eysenck, J. (1959). Learning Theory and Behavior Therapy. *Journal of Mental Science*, 105, 61-75 **E**
- _____ (1966). *The Effects of Psychotherapy*. New York: International Science Press.

- H** Hale, Ch. (1990). "Ideas políticas y sociales en América Latina, 1870-1930". En: L. Bethel (Ed.), *Historia de América Latina* (Tomo VIII). Cambridge University: Edit. Crítica.
- J** Jones, M. C. (1924). A Laboratory study of Fear. The case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308-315.
- K** Kazdin, A. (1975). *History of Behavior Modification. Experimental Foundations of Contemporary Research*. Baltimore: University Park Press.
- L** Lazarus, A. (1971). *Behavior Therapy and Beyond*. New York: McGraw Hill.
- López, F., & Barrera, F. (2000). A tentative program for retarded children. *Integración. Educación y Desarrollo Psicológico. Revista del Instituto de Psicología y Educación de la Universidad Veracruzana*. 13, 2-7.
- R** Rachman, S. (1967). Systematic Desensitization. *Psychological Bulletin*, 67: 93-103
- Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid: Descleé de Bower.
- S** Sánchez-Sosa, J., & Valderrama, P. (2001). Psychology in Latin America: Historical Reflections and Perspectives. *International Journal of Psychology* 36, 6, 384-394.
- Shapiro, M. (1961). The single-case in fundamental clinical research. *British Journal of Medical Psychology*, 34, 255-262.
- Skinner, B. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: McMillan.
- Skinner, B., Salomon, H., & Lindsey, O. (1953). *Studies in Behavior Therapy*. Metropolitan State Hospital. Status Report I.
- Siegel, S. (1984). Pavlovian Conditioning and heroin overdose. Reports by heroin victims. *Bulletin of the Psychological Society*, 22, 428-430.

_____ (1999). Drug Anticipation and Drug Addiction. The 1998 David Archivald lecture. *Addiction*, 94, 1113-1124.

_____ (2005). Drug Tolerance and Drug Anticipation. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 296-300.

Thorndike, E. (1911). *Animal Intelligence. Experimental Studies*. New York: McMillan.

Valderrama, P. (1994). "Evaluación de la Enseñanza de la Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México (1910-1973)". En: L. M. Reidl y M. L. Echeveste (Coords.), *La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Treinta Años a la Vanguardia*. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Yates, A. (1970). Misconceptions about Behavior Therapy: A Point of View. *Behavior Therapy*, 1, 92-107.

Watson, J. (1913). Psychology as Behaviorist Views it. *Psychological Review*, 20, 158-177.

Watson, J., & Rayner, R. (1920). Conditioned Emotional Reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. California: Stanford University Press.

_____ (1973). *The Practice of Behavior Therapy*. Second Ed. New York: Pergamon Press, Inc.

T

V

Y

W

2. MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN MÉXICO: SU PAPEL EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL

Florente López Rodríguez
César Carrascoza Venegas

Introducción¹

Nuestro ensayo se relaciona con los antecedentes de la modificación de conducta o terapia conductual en nuestro país, así como con su papel en la formación profesional. Conviene anotar que los términos *modificación de conducta* y *terapia conductual* suelen utilizarse como intercambiables, aunque en otras ocasiones se les considera diferentes (véase Kazdin, 1975, para una revisión al respecto). Nuestra idea es destacar aquellos acontecimientos que fueron importantes, según nuestra propia interpretación. No hicimos un gran esfuerzo por asociarlos con personas específicas, ya que esto se encuentra bien documentado en otros escritos, como el de Carrascoza (2003, 2004, 2017 y 2018), quien realizó una serie de entrevistas que detallan lo anterior; asimismo, Urbina (1993) encontró testimonios importantes de varios protagonistas y Ribes (2000) presenta una descripción de personajes y acontecimientos de los inicios de la psicología en Xalapa.

La intención fue tratar de ubicar tales antecedentes por su importancia en la conformación de un perfil del psicólogo que contribuyó en gran medida a generar una imagen social del mismo. En este contexto, ofrecemos secciones de antecedentes de la modificación de conducta o terapia conductual. En particular, revisamos la aparición de la modificación de conducta, aunque se mencionan brevemente

¹ Este trabajo es producto de agradables y relajadas charlas entre el Dr. Florente López y el segundo autor. La intención no manifiesta era rendir tributo a la obra Dr. Florente López y su aporte a la psicología experimental en México; sin embargo, dada su conocida sencillez y modestia, prefirió dar cuenta del proceso histórico, tal como lo vivió. La reconstrucción de los hechos se realizó, primero, tomando nota de los recuerdos de Florente y luego, teniendo pláticas informales e intercambios epistolares en línea. La forma final fue tomando cuerpo mediante el trabajo de ambos autores.

otros modelos de intervención, como los cognitivos y los derivados del aprendizaje asociativo. La razón es que, hoy día, diversas prácticas cognitivas y otras derivadas del estudio del aprendizaje son consideradas en el contexto de la terapia cognitivo-conductual (TCC), que constituye un referente importante en el desarrollo de la psicología en México, en cuanto a sus implicaciones para la formación profesional. Al final, comentamos brevemente algunos puntos relacionados con la perspectiva de la TCC, con el interés de considerar su papel en la formación profesional de los alumnos.

Para iniciar, se presenta una semblanza histórica de los acontecimientos que favorecieron cambios en la estructura curricular de la enseñanza de la psicología que, consideramos, contribuyeron a conformar una visión aplicada con un enfoque conductista en dicha estructura.

Un poco de historia

La década de los 60 del siglo pasado significó el auge del movimiento conductista, en términos de su influencia en la investigación, y puede reconocerse como el modelo dominante de la época. De hecho, por los años 50 aparecieron varios artículos de investigación que generaron interés en diversos investigadores, en particular en el tema de aprendizaje. Si bien el líder del movimiento conductista –Skinner– ya había publicado diversos escritos, quizá no sea exagerado decir que el de mayor impacto, en cuanto a las posibilidades de aplicación de los principios, fue *Science and human behavior* (1953). Fuera de las importantes consideraciones respecto a la tarea fundamental de la búsqueda de relaciones ordenadas entre eventos, en el texto propone extensiones al comportamiento humano de diversa naturaleza.

La búsqueda de relaciones ordenadas como parte del programa de trabajo se había iniciado años atrás en lo que se denominó investigación en análisis experimental de la conducta (AEC) y que derivó en 1958 en la publicación de una revista completamente orientada con este enfoque: *Journal of Experimental Analysis of behavior*. Esta revista surgió como resultado de los esfuerzos de la *Society for the Experimental Analysis of Behavior*, que incorporaba a los investigadores sobresalientes en el campo de aprendizaje instrumental. A la par, con el creciente número de publicaciones en investigación básica inició una sostenida actividad dirigida a las aplicaciones de los resultados de dicha investigación. Según Baer, Wolf y Risley (1968), las investigaciones en el AEC permitieron identificar varios mecanismos involucrados en el control de

la conducta individual. En estas condiciones, se vio la posibilidad de aplicar tales principios a conductas problemáticas de interés social; de hecho, ya existían varios intentos exitosos de aplicaciones del análisis experimental de la conducta y su número incrementaba notoriamente. Por esta razón, se consideró como siguiente un paso a la creación de una revista especializada en la que se informaran las aplicaciones del AEC, lo cual ocurrió en 1968 con la aparición del *Journal of Applied Behavior Analysis*. En otras palabras, en dicha década se consolidó el modelo del AEC en términos del creciente número de publicaciones de investigación básica y aplicada, las revistas de investigación correspondientes y la creación de programas de estudio en las universidades estadounidenses dedicados por completo a la formación en ambas modalidades del modelo conductual.

La influencia del modelo conductual se vio reflejada en nuestro país antes de que apareciera el *Journal of Applied Behavior Analysis* y enseguida delineamos estos acontecimientos.

Antecedentes

La modificación de conducta se desarrolló en México en la segunda mitad de la década de los 60 del siglo pasado, en particular en la Universidad Veracruzana; sin embargo, un antecedente importante fueron las condiciones en que apareció el interés por la psicología experimental o científica en la Ciudad de México, cuando la enseñanza de la psicología se impartía en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Al principio de los años 60, la psicología en nuestro país carecía de una identidad propia. Por un lado, no existía como profesión y, por otro, rara vez los docentes encargados de impartirla tenían una formación como psicólogos. Las enseñanzas que recibimos quienes la estudiábamos en el Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, fueron un tanto vacilantes y, por lo general, orientadas hacia la psicología clínica ortodoxa y la heterodoxa liderada por Erich Fromm. Entre otras dificultades, la formación clínica ortodoxa no habilitaba al psicólogo como candidato a terapeuta freudiano puesto que no contaba con formación certificada como médico. Además, el ámbito de aplicaciones de este enfoque se limitaba en gran medida al tratamiento clínico de consultorio privado o institucional. En todo caso, los dos tipos dominantes en los tratamientos de los pacientes eran el psiquiátrico y el psicoanalítico.

El enfoque de estos tratamientos se reflejó en las prácticas ofrecidas en algunos cursos de dicho departamento. Las de tipo psiquiátrico eran simplemente ilustrativas y se relacionaban con el tratamiento de pacientes con algún tipo de psicopatología, internados en clínicas u hospitales de atención psiquiátrica. En general, no condujeron mayormente a la formación profesional debido a que eran de carácter presencial. Consistían en observar a los internos en instituciones psiquiátricas (en ocasiones presentados en el mismo salón de clase) y en familiarizar al alumno con los pacientes para darle sentido a lo que se describía en clase. Las orientadas psicoanalíticamente eran de carácter clínico, donde quienes la enseñaban eran terapeutas que asistían a personas en el manejo de sus conflictos, por lo general, de carácter neurótico, y las prácticas que ofrecían se reducían a enseñar un cierto dominio de la entrevista clínica y a familiarizar a los alumnos mediante observación de ésta en la cámara de Gesell. Desde luego, no faltaron intentos por habilitar a los alumnos en la aplicación e interpretación de pruebas proyectivas (Galindo, 2004).

No deben menospreciarse los intentos anotados dadas las condiciones de desarrollo de la disciplina en nuestro país en aquella época. No obstante, nos parece que el problema principal que se presentaba se reduce a que el programa de estudios no propiciaba un punto de vista psicológico. En consecuencia, carecía de los fundamentos psicológicos que le dieran sentido a los contenidos y programación de los cursos. En estas circunstancias, en esa década empezó a aparecer cierta inquietud por la búsqueda de enfoques congruentes con los desarrollos de la propia historia de la psicología. Según parece, estas inquietudes fueron un tanto estimuladas porque algunos docentes del departamento enseñaban lo que podríamos llamar *psicología experimental y teorías del aprendizaje*. Por ejemplo, se introdujeron los textos, entonces disponibles en español, de Garret (1958) y de Hilgard (1961). Estas lecturas resultaban incongruentes con la enseñanza impartida porque en ésta lo importante era conocer “la naturaleza del ser humano y su psicopatología” mientras que, en las sugeridas por los textos, lo importante era descubrir y explicar los determinantes del comportamiento.

Con frecuencia, dichas inquietudes contribuyeron a la formación de grupos de estudio extra-aulas. Debe mencionarse la insatisfacción por parte de algunos alumnos de la época con la deficiente formación académica y la carencia de docentes formados en psicología, lo cual llevó a la creación independiente de seminarios de estudio sobre lo que podríamos llamar *psicología científica*. Estos tenían su origen en la iniciativa

de alumnos que percibían serias limitaciones en lo ofrecido por la propia escuela de psicología y se realizaban en los domicilios de algunos de ellos. Según la experiencia del primer autor, no volvió a ver tal entusiasmo y dedicación en los años posteriores. En los seminarios no había un desarrollo sistemático de temas, más bien se acordaban lecturas o iniciativas personales, pero con el ánimo general de formarse en los contenidos y textos de escuelas de psicología norteamericanas y en los orígenes de la psicología científica en Europa.

De igual manera, la creación de un ambiente que avizoraba la posibilidad de un enfoque psicológico se vio favorecida por la visita de psicólogos experimentales de renombre, por el intercambio estudiantil con universidades del extranjero y por la posterior realización de estudios de posgrado en diversos países, principalmente en los Estados Unidos. Este proceso llevó a que un grupo de estudiantes emigraran al Departamento de Psicología de la Universidad Veracruzana, donde tendrían la oportunidad de generar un currículo académico más apegado a la tradición psicológica, que con posterioridad se adoptaría con modificaciones en la Facultad de Psicología de la UNAM (una vez que regresaron algunos de estos alumnos pioneros) y en varias universidades públicas y privadas de México. Uno de los frutos primigenios de este proceso, fue la Clínica de la Conducta de la Universidad Veracruzana, precursora en la aplicación de técnicas y procedimientos basados en la psicología. Además de los señalamientos sobre la necesidad de una psicología científica, impartida por psicólogos experimentales, la Clínica de la Conducta cumplía la misión de integrar en su campo de acción teoría, práctica e investigación, como característica necesaria de la enseñanza psicológica.

De manera paralela, en la Facultad de Psicología de la UNAM existía un incipiente interés por el estudio del comportamiento social, realizado en especial con métodos psicométricos y encuestas. Por lo general, se concentraban en estudios académicos descriptivos, pero poco orientados a las implicaciones prácticas. En cambio, en la teoría del aprendizaje sí existía una idea y ensayos que sugerían formas de entender y dar atención a patologías psicológicas y, lo más importante, representaba una manera de comprenderlas distinta a la propuesta por el enfoque psicoanalítico ortodoxo (por ejemplo, Neuringer & Michael, 1970).

Aventuramos la posibilidad que las inquietudes descritas propiciaron intentos por modificar los programas de estudio de la psicología en la UNAM, tratando de incorporar los desarrollos de la teoría y la investigación psicológica. De este modo, el programa de estudios, además de continuar con materias de corte clínico,

agregó temas de metodología, percepción, aprendizaje y cognición, en gran medida, debido a la influencia del programa de estudios de la Escuela de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Universidad Veracruzana. Aquí, vale la pena delinear algunas peculiaridades de esta escuela.

En principio, los académicos pioneros de los estudios de psicología en la Universidad Veracruzana se ubicaron en la Facultad de Pedagogía, Filosofía, Letras y Ciencias y, en 1965, se independizaron y formaron la Facultad de Ciencias junto con las disciplinas de física y matemáticas y después, biología (Figura 2.1). Lo anterior tuvo un significado importante para la carrera de psicología en dos sentidos: por un lado, afirmaba el interés por ubicar la disciplina dentro de una orientación científica; por otro, propició que la interacción entre profesores de las disciplinas señaladas generara un contexto de razonamiento particularmente favorable para dicha orientación.



Figura 2.1. Grupo Xalapa, circa 1966. De izquierda a derecha Gustavo Fernández, Arturo Bouzas, Francisco Montes, Emilio Ribes, Sra. Mowrer, Antonio Gago, Hobart Mowrer, Serafín Mercado, Florente López, Javier Aguilar y Víctor Alcaraz.

En segundo lugar y como se indicó, a principios de 1960 se creó la Clínica de Conducta que ofrecía servicios psicológicos a la comunidad, pero, sobre todo, lo hacía asumiendo un fuerte rechazo a las técnicas de la clínica psicoanalítica, con la adopción de una estrategia de intervención fundada en hechos y psicológica. No hay duda que se constituyó en un fuerte motor de los adelantos posteriores del análisis experimental aplicado en México.

En tercer lugar, en paralelo a los cambios anteriores, se fue conformando un programa de estudios que reflejaba los avances de la disciplina en otros países, en particular, en los Estados Unidos. De esta manera, se incorporaron materias de tipo metodológico y de psicología básica como aprendizaje y motivación, y percepción.

En cuarto lugar, poco a poco se delimitó un perfil de estudios fundamentado en el movimiento conductista, aunado a un ardiente rechazo de enfoques especulativos y psicoanalíticos. A esto debemos agregar que, por iniciativa de académicos de la

citada escuela a mediados de la década, por primera vez en el país la psicología fue certificada como profesión por las instancias administrativas pertinentes en el estado de Veracruz.

En conjunto, estas características anunciaban una sustitución de los modelos médicos psicoanalíticos y heterodoxos, como base para la formación del psicólogo, que además delineaba cierta identidad profesional al recurrir a su propia historia y sugerir un perfil diferente. Este último pronosticaba buena recepción de los interesados en formarse en la disciplina. No solo reacomodaba nuestra percepción del tratamiento de los problemas de la clínica psicológica, sino que la extendía hacia otros campos de aplicación, como la educación básica, educación especial y psicología laboral. Sobre todo, fortalecía la idea que la enseñanza de la teoría e investigación básica era perfectamente compatible y necesaria para las técnicas de intervención.

En este contexto resumido surgieron las técnicas de modificación de conducta en la Escuela de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Universidad Veracruzana, como una forma de aplicación o intervención a problemas de interés social. Como consecuencia, moduló una nueva dirección en lo que llegaría a ser la formación profesional y la naturaleza de las prácticas ofrecidas.

Inicio de la modificación de conducta

El enfoque de la modificación conductual tuvo su mayor desarrollo de forma organizada en la Universidad Veracruzana y en menor medida, por la contribución de los esfuerzos de algunos docentes de la Escuela de Psicología de la UNAM. Debe reconocerse que la enseñanza en esta última reflejaba también los intereses de otros docentes y alumnos más orientados hacia la psicología de la cognición. Los psiquiatras y los psicoanalistas siguieron influyendo en la parte clínica, principalmente en el tipo de problemas abordados, pero la forma de tratarlos empezó a modularse por la psicología clínica.

¿Cuál era la idea al principio? Tener una enseñanza que reflejara los avances de la psicología en la formación profesional. Por ejemplo, en los inicios de los programas en Xalapa ya no se contaba con profesores o textos de la psicología ortodoxa, que solo se consideraba desde una perspectiva crítica sin ser parte de los programas. El cuerpo de profesores tenía educación principalmente autodidacta en las tendencias

de la propia psicología. Es posible que esta circunstancia propiciara la idea de que la enseñanza de la psicología debía asociarse a los avances de ésta y vincular teoría, investigación y práctica.

¿Qué se quería resolver con esto? Según parece, los programas de estudio padecían de un divorcio entre la formación del alumno orientada a resolver problemas psicológicos y los contenidos de la enseñanza de la teoría o la investigación. En estas condiciones, se favorecía un enfoque pragmático, donde las acciones de intervención se dilucidaban en la práctica o requerían de una formación teórica diferente. La escuela de psicología de la Universidad Veracruzana desde el principio consideró que el programa de estudios debía incorporar prácticas en las que los alumnos aplicaran los principios revisados en los cursos.

Para instaurar un sistema de prácticas se requería una infraestructura tanto humana como física. La primera contaba con los docentes de la propia Facultad, mientras que la segunda requería de los medios o espacios que dieran las facilidades necesarias. Como se señaló, el proceso requerido inició con casos individuales en la Clínica de Conducta y con posterioridad, en diversos centros, uno, originado por la propia Facultad donde se trataban problemas de discapacidad intelectual.

El antecedente de este último fueron los Centros de Educación Especial del gobierno que ya existían y de ellos se tomaron casos complejos con la idea de adaptar a los niños a las condiciones de la enseñanza tradicional, es decir, tratamientos en grupo con técnicas ajustadas a los repertorios conductuales de los niños participantes. Con este objetivo, en 1967 se creó el Centro de Entrenamiento y Educación Especial (CEEE) que empezó a trabajar con unos cuantos niños, a cargo de docentes de la Escuela de Psicología y con la participación de alumnos de ésta como una forma de práctica. Lo esencial de la estrategia era que giraba alrededor de la idea de aplicar la teoría y principios enseñados en clase y era congruente con la idea de vincular teoría, investigación y práctica.

El CEEE surgió de la necesidad de proporcionar un sistema de entrenamiento efectivo en el área específica de retardo en el desarrollo para los estudiantes del Departamento de Psicología; sin embargo, pronto se percibió que las funciones del CEEE podían extenderse a la investigación y no solo a la práctica crediticia de los estudiantes. Además, las ventajas de practicar “en el trabajo” habrían de

resultar en un análisis de grano fino del repertorio conductual del niño y en una experiencia en extremo eficiente de las técnicas de control operante, a pesar que los recursos materiales de las CEEE eran escasos.

Lo anterior llevó a que se diseñaran materiales instruccionales y técnicas especiales de bajo costo, asequibles². De lo anterior, debe inferirse que la modificación de conducta en México apareció como una necesidad de la escuela de psicología, no solo como una aplicación de servicio a la comunidad, sino como un medio de formación e investigación. Tiempo después la modificación de conducta se constituyó en un instrumento de servicio en instituciones no educativas o de tratamiento privado.

Las actividades del CEEE pronto fueron seguidas por trabajos en escuelas preprimarias y primarias donde se observaba y registraba el comportamiento de los niños y se trataban los problemas de adaptación a las condiciones de las escuelas. Este era un trabajo en instituciones establecidas con sus propias reglas y características que, con frecuencia, se contraponían con las necesidades e ideas de los modificadores de conducta. Quizá por lo anterior, los intentos no fueron más allá de resolver problemas de conducta y adaptación a los medios escolarizados, pero no se llegó a abordar la cuestión de enseñanza en el salón de clase, como tal. También hubo intentos por intervenir en cuestiones de la problemática relacionada con internos en prisiones. La idea no prosperó porque la situación que enfrentaban prisiones en México estaba fuera de control y la problemática fundamental en esas instituciones se remitía a su infraestructura humana y física.

Incentivos de la modificación de conducta

La modificación de conducta como técnica de intervención resultó atractiva para los estudiantes de psicología, y quizá vale la pena inferir las razones de ello. Fuera de la capacidad de sus proponentes en el país, podríamos mencionar las siguientes:

1. No era sino una extensión de los principios obtenidos en el laboratorio hacia el comportamiento humano y el tratamiento de comportamientos indeseables. Esta extensión se remitía, en su mayor parte, a la consideración de los ingredientes que nos permitían entender las relaciones entre el medio ambiente, la conducta y sus consecuencias y que aseguraban el control de la conducta. No había una incongruencia apreciable entre la teoría, la investigación y la práctica y las tareas de formación se facilitaban.

2 Una descripción detallada del programa de trabajo y los procedimientos aplicados se puede revisar en López y Barrera (2000, del original en Ribes, 1972).

2. No solo funcionaba en la mayoría de los problemas tratados, sino que se tenía una retroalimentación casi inmediata de las acciones que se aplicaban, en términos tanto cualitativos como cuantitativos. Lo primero porque los observadores verificaban los adelantos o cambios requeridos en el comportamiento y los familiares de los niños solían notar cambios positivos. Lo segundo, porque las técnicas de modificación requerían métodos de observación que cuantificaban tales cambios y, además de proporcionar información importante para corregir procedimientos, casi siempre acababan por mostrar avances en la dirección apropiada. ¡Las acciones del modificador eran reforzadas por las consecuencias de sus intervenciones!

3. El análisis experimental de la conducta proporcionaba una clara identidad al estudiante, diferente y más propia que la que había adquirido en los programas de estudio tradicionales. Fue notable el impacto que se tuvo tanto en el grado de participación de alumnos en los cursos, como en los congresos y reuniones académicas. Baste recordar una frase popular de los 1970: “¡Soy conductista, y qué!”

Consolidación y extensiones

La modificación de conducta se vio fortalecida como opción de intervención a lo largo de los años por dos acontecimientos. Por un lado, se creó un programa de maestría en Modificación de Conducta en la propia escuela de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Universidad Veracruzana. Por otro, en 1975 se inició la publicación de la *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, seguida por la creación de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta (Martínez, 2006).

Ambos acontecimientos fortalecieron la institucionalización de la modificación de conducta como parte importante de la formación de los alumnos de psicología. De hecho, estos acontecimientos promovieron la continuidad de la modificación de conducta al fortalecer el programa de la Maestría de Análisis Experimental de la Conducta en la Facultad de Psicología de la UNAM. Esta maestría incorporaba las dos opciones de formación, investigación básica y aplicada, lo cual, a nuestro gusto, representaba un importante progreso en la formación al crear las condiciones favorables a una visión interrelacionada de las tareas teóricas, de investigación básica y aplicada y de las aplicaciones en sí.

Vale la pena mencionar que dicha maestría mostró un esfuerzo importante por trascender la mera enseñanza en el salón de clase y generó posibilidades de investigación efectiva en laboratorios y medios para la investigación aplicada y en dotar medios de aplicación de la modificación de conducta. Cabe destacar, entre estos últimos, la creación de un centro de intervención que, aunque de inicio creció más en la investigación, sentó bases para la capacitación en la aplicación de las técnicas de intervención.

Este centro, llamado Centro de Psicología Humana creado en febrero de 1977, en principio se asemejaba un tanto al CEEE, pero fue creando una estructura diferente, con mayor participación de los padres y ampliando los objetivos y medios de intervención. Con el tiempo llegó a establecerse como una institución de la Facultad de Psicología, independiente de la Maestría de Análisis Experimental de la Conducta.

Integración de otras perspectivas

Vale la pena mencionar que la modificación de conducta en México se originó como un movimiento que partía de las instituciones universitarias. De ese origen se extendió a instituciones no académicas y también a la práctica profesional privada. Por lo anterior, aquí hemos subrayado la importancia que tuvo en la aparición de una nueva imagen o identidad social del psicólogo. Por esa razón, subrayamos su importancia como un elemento formativo en la profesionalización de la psicología. Tal vez por las razones anteriores, se inició su integración con otros enfoques que compartían la idea de la aplicación de los conocimientos básicos a los problemas de comportamiento de su competencia. Conviene entonces, delinear esta integración que se suscitó en varias instituciones universitarias.

La modificación de conducta se originó en el conductismo skinneriano; sin embargo, ya por 1950 se consideraban aplicaciones basadas en el aprendizaje asociativo un tanto más orientado al tratamiento de problemas clínicos, como las fobias y la ansiedad, originalmente conocidas como terapias conductuales (Wolpe, 1969). De hecho, a mediados de 1960 se creó la Sociedad para el Avance de las Terapias Conductuales en los Estados Unidos (ABCT, siglas del inglés; que más adelante pasó a ser la Asociación de Terapias Conductuales y Cognitivas).

De esta manera, incluían procedimientos originados en el condicionamiento clásico, como la desensibilización sistemática y la inhibición recíproca. No obstante, la participación de los practicantes de la modificación de conducta en dichas organizaciones fue escasa, a pesar de que investigadores reconocidos dentro de la temática, como Nathan Azrin y Todd Risley, llegaron a ser presidentes de la ABCT.

Cierto que la historia de los vínculos entre modificación de conducta y terapia conductual es interesante, al grado de considerarse términos intercambiables; sin embargo, aquí solo anotaremos que siguieron cursos diferentes, aunque partieron de ideas similares: el rechazo e insatisfacción con el modelo psicoanalítico y el interés por aplicaciones de regularidades encontradas en la investigación básica, en particular, aquella relacionada con investigación sobre aprendizaje.

No contamos con información si el enfoque de las terapias conductuales llegó a formar parte importante de los recursos de intervención en los psicólogos mexicanos. Después de todo, en algo se asemejaba a la clínica tradicional: en su mayor parte, era un tratamiento de uno a uno, en oficina y orientado a problemas como psicofobias. Ciertamente es que fue una opción que ingresó como parte de la cultura psicológica de algunos académicos y se insertó en algunos cursos, aunque no queda claro para los autores si prosperó como parte de la formación práctica en instituciones universitarias.

En general, puede decirse que tanto la terapia conductual como la modificación de conducta, abrieron las puertas al razonamiento y aplicación de tratamientos originados en la investigación psicológica, curioso que ambas en relación estrecha con la investigación en el laboratorio de comportamiento animal. Estos esfuerzos se difundieron con amplitud a nivel mundial y México no fue la excepción. En nuestro país empezó a cobrar interés un modelo que, en algún momento en la historia de la psicología, se presentaba más bien como un competidor de los modelos conductuales.

Un poco de cognición y sus aplicaciones

Según parece, el camino a procedimientos cognoscitivos empezó a abrirse más en la Facultad de Psicología de la UNAM que en otras instituciones. En ese lugar había académicos con inquietud por el estudio y la teoría de la cognición que, posiblemente propiciado por la Revolución Cognitiva de los años 60 (Véase Miller,

2003, para una muy interesante perspectiva), llegó a influir en buen grupo de estudiantes que decidieron formarse en estos procedimientos. A pesar de su importancia, las ciencias cognitivas enfrentaban el problema de vincular cognición con acción. No obstante, trataban con problemas que no parecían estar al alcance del movimiento conductual y su investigación era principalmente con participantes humanos.

En todo caso, este vínculo se propuso de una forma peculiar en la cognición aplicada, considerando que las personas construían una estructura cognitiva del ambiente que orientaba sus acciones. Por ejemplo, muchos problemas de adaptación social de las personas se veían como problemas de la estructura de información del individuo respecto a su medio social. Entonces, una técnica propuesta se denominó reestructuración cognoscitiva.

Dicho de otra forma, el comportamiento no era necesariamente una respuesta adaptada a las condiciones del ambiente, sino a la forma en que el individuo lo percibe, y lo que había que cambiar era preciso esa forma. Desde luego, persiste la pregunta más académica respecto a cómo se transforma una forma de reestructuración en conducta y la manera en que la acción decidida resulta exitosa.

La psicología cognitiva desarrollada a nivel experimental propone el estudio científico de la mente como procesador de información como objeto de estudio; incluye, entre otros, el estudio de la memoria, formación de conceptos, procesamiento de información, ideas, constructos personales, creencias, atribuciones de significado. Según se afirmaba, la importancia de las cogniciones es central en los procesos humanos, en general, y en el desarrollo de los trastornos mentales, en particular (Stenberg, 2009).

La psicoterapia cognitiva se desarrolló no solo en el campo clínico, sino también en la educación, la inteligencia artificial, entre otros. Una de sus características más importantes fue la sistematización de sus tratamientos y su validación empírica, lo que la hizo atractiva para la psicología científica, aunque la práctica clínica con esta orientación no se fundamentó de manera exclusiva en los principios de la psicología cognitiva.

Enfoque cognitivo conductual (ECC)

En una mirada, quizá superficial de lo que se informa como parte del ECC, no da la impresión que se trate de un enfoque particular. En su lugar, la imagen que produce es de aglutinamiento de diversas aplicaciones propuestas por asociaciones psicológicas o programas de posgrado en algunas instituciones educativas. Quizá la imagen más clara de un enfoque unificado sea la proporcionada por la Asociación Norteamericana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) al caracterizar la terapia cognitivo-conductual (TCC). Es pertinente, entonces, reproducir lo que en dicha asociación se informa; aquí parafraseemos y abreviamos lo que se dice:

La TCC es una terapia que ha sido efectiva para diversos problemas, tales como depresión, desórdenes de ansiedad, problemas con el alcohol y drogas, problemas maritales, desórdenes de la alimentación y enfermedades mentales severas. Subraya que los progresos en TCC se fundamentan tanto en investigación como en la práctica clínica. Considera que el origen de los problemas psicológicos incluye: 1) formas fallidas de razonamiento, 2) patrones aprendidos de conducta inoperante y 3) la condición de las personas que los sufren puede mejorar si se aprenden mejores formas de enfrentarlos.

En consecuencia, el tratamiento debe cambiar patrones de pensamiento mediante diversas intervenciones; entre otras, se suele incluir el cambio de patrones de conducta. En particular, una forma que directamente actúa sobre el comportamiento es el juego de roles en el que se ayuda a resolver situaciones de interacción inadecuadas³.

Esta caracterización hace a la TCC un tanto similar a la terapia racional emotiva conductual (TREC), aunque la terapia cognitivo-conductual incorpora el contexto social, así como los principios del aprendizaje derivados del análisis experimental de la conducta y la entrevista motivacional para la adquisición de estrategias de afrontamiento efectivas en situaciones de riesgo, en general.

En cambio, la TREC es más especulativa y propensa a vincularse con la idea de racionalidad de las creencias, es más directiva y se basa, entre otras cosas, en la identificación de las creencias disfuncionales de la persona. Aunque finalmente podríamos afirmar que existen diversas coincidencias entre ambos enfoques, el vínculo de la TREC con una base de investigación es considerablemente más tenue que la TCC.

³ Se puede obtener el manuscrito en: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral.aspx>

Consideraciones finales

De lo revisado, se puede concluir que tratamos con tres formas de intervención que surgieron de las perspectivas de la teoría e investigación de los procesos psicológicos básicos. Según parece, estos han sido incorporados en la formación profesional en psicología de una manera pragmática. Por formación profesional entendemos aquella que se orienta a la educación con intereses de solución de problemas sociales e individuales que se consideran pertinente de la psicología.

Estos se han incorporado como contenidos importantes en los cursos aplicados de los últimos semestres de psicología, en los de especializaciones y en algunos programas de maestría. El criterio pragmático se relaciona con la selección de procedimientos que han mostrado eficacia en la solución de los problemas mencionados. Esos procedimientos representan el interés de la investigación aplicada y de la tecnológica. Si el panorama que presentamos es correcto, queda pendiente la forma de instrumentar un sistema de prácticas que sustente la formación necesaria para la definición del perfil correspondiente a la imagen social que se quiere dar al profesionista psicólogo. La cuestión es si estas diferentes formas pueden convivir de manera congruente en un programa de formación profesional.

Referencias

- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97. **B**
- Carrascoza, C. (2003). Rogelio Díaz Guerrero: Pionero de la Psicología Experimental. *Revista Psicología y Ciencia Social*, 5(2). FES Iztacala, UNAM. **C**
- _____ (2004). Entrevista a Héctor Ayala Velázquez. *Revista Psicología y Ciencia Social*, 6(1). FES Iztacala, UNAM.
- _____ (2017). "Emilio Ribes Iñesta". En: C. García (Comp.), *Grandes Psicólogos del Mundo*. México: Trillas.
- _____ (2018). Entrevista con el Dr. Arturo Bouzas Riaño. *Revista Psicología y Ciencia Social*, 21(3), 817-846. FES Iztacala, UNAM.
- Galindo, E. (2004). Análisis del desarrollo de la Psicología en México hasta 1990. Con una bibliografía in extenso. *Psicología para América Latina*. **G**
- Garrett, H. E. (1958). *Las grandes realizaciones en la psicología experimental*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hilgard, E. R. (1961). *Teorías del aprendizaje*. México: Fondo de Cultura Económica. **H**
- Kazdin, A. (1975). *History of Behavior Modification. Experimental Foundations of Contemporary Research*. Baltimore: University Park Press. **K**
- López, F., & Barrera, F. (2000). A tentative program for retarded children. *Integración: Educación y Desarrollo Psicológico*, 12, 2-6. Reproducción de un documento escrito en 1968. **L**
- Martínez, H. (2006). Treinta años de la Revista Mexicana de Análisis de la Conducta: Un reto a la supervivencia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 24, 105-125. **M**

Miller, G. A. (2003). The cognitive revolution: a historical perspective *TRENDS. Cognitive Sciences*, 7(3), 141.

N Neuringer, C., & Michael, J. L. (1970). *Behavior modification in clinical psychology*. East Norwalk, CT, US: Appleton-Century-Crofts.

R Ribes, E. (1972). *Técnicas de modificación de conducta: Su aplicación al retardo en el desarrollo*. México: Trillas.

_____ (2000). La psicología en Xalapa: crónica de sus inicios (1963-1971). *Integración Educación y Desarrollo Psicológico*, 14, 1-13.

U Urbina, J. (1993). *Facultad de Psicología: testimonios de veinte años, 1973-1993*. México: Facultad de Psicología, UNAM.

S Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.

Sternberg, R. J. (2009). *Cognitive psychology* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

W Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Oxford, England: Pergamon.

3. ¿CAMBIO DE PARADIGMA?

CONDUCTISMO Y COGNICIONES

Benjamín Domínguez Trejo

Yolanda Olvera López

Antecedentes

Hace más de 40 años en México, los psicólogos del entonces Colegio de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (García-Cadena, 2018; Ardila, 1986, 2004) nos preparamos para conceptualizar el razonamiento como un proceso abstracto y formal¹.

El mundo occidental que habitamos nos exige tomar numerosas decisiones; también es evidente que nuestras capacidades para ejecutarlas son limitadas y al parecer esto es más distintivo de lo humano de lo que pensábamos; por ejemplo, lidiamos con limitaciones en nuestras percepciones de los niveles de inseguridad que nos amenazan, nuestra capacidad para producir atención compite con miles de estímulos distractores, la memoria es desafiada por un flujo interminable de eventos y, ante estos desafíos, nuestras habilidades de procesamiento de la información resultan rebasadas. En el caso del razonamiento deductivo, la mayoría de los especialistas adoptó un modelo basado en la lógica clásica, cuyo objetivo era construir argumentos formalmente válidos y conservadores de “la verdad” a partir de premisas aceptadas.

Realizando trabajo clínico-psicológico cara-cara con pacientes afectados por alteraciones emocionales y confrontados con el pensamiento y el razonamiento,

¹ La reseña histórica en primera persona se refiere al primer autor Benjamín Domínguez Trejo.

uno de los hallazgos más reiterados (1966-1978) ha sido que los humanos no somos muy atinados en este tipo de procesos. Si bien podemos aprender a aplicar reglas formales de inferencia y elección, se requiere mucha disciplina y práctica y tenemos que forcejear contra las tendencias naturales más vigorosas para pensar de otras maneras.

Al parecer, nuestras mentes están “cableadas” para ser sensibles al contenido y el contexto y para emplear la heurística² en lugar de los procedimientos formales de decisión que ha promovido la psicología cognoscitiva tradicional.

Entre 1967 y 1976 el Colegio de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM era en gran medida skinneriano: Luis Lara Tapia encabezaba estas iniciativas; Skinner había debatido con Carl Rogers en 1976 y Montrose Wolf se había graduado recién y había ayudado a establecer con Baer y Risley el *Journal of Applied Behavior Analysis* (Baer, Wolf, & Risley, 1968). Los estudiantes de licenciatura en Psicología de la UNAM incluimos actividades de laboratorio de aprendizaje con animales (ratas o palomas) incipientes e improvisadas, y leíamos en inglés a los clásicos de la conducta: Bernard, Pavlov, Sidman, Watson, Ullman y Krasner, Keller y Schoenfeld, y claro, todo lo que Skinner había publicado hasta ese momento.

En este contexto académico y de inquietud profesional, motivado poderosamente por la búsqueda del rol del psicólogo mexicano, se configuró un encuadre original de los procesos de cambio humano; una mezcla de condicionamiento clásico y operante combinado con aprendizaje indirecto (observacional) y procesos de autorregulación. El entusiasmo de esa época se mantuvo en el Colegio de Psicología de la UNAM, pero no en la misma proporción en el terreno profesional, atribuible, principalmente, al tipo de experiencias derivadas de los desafíos inherentes planteados por las instituciones de custodia en México: cárceles, asilos, hospitales, entre otras (Dominguez, 1982); estos escenarios hicieron evidente la insuficiencia de los modelos de condicionamiento. Quizá la publicación de Bandura (1969) fue uno de los primeros desafíos articulados para el enfoque skinneriano dominante. Bandura documentó la necesidad de mejor comprensión de los procesos cognitivos en el cambio y contribuyó a iniciar la *revolución cognitiva* que estaba generándose en la disciplina a nivel internacional.

En este contexto, se presentó la oportunidad y el honor de recibir un curso de Gerald C. Davison, graduado con Bandura, ya era un importante investigador en psicología clínica y en el enfoque cognitivo conductual, lo que denominamos, subsecuentemente,

2 Colección de reglas más que algoritmos para tomar decisiones para propósitos generales. Pueden ser rápidas, frugales y computacionalmente baratas, más que consistentes, coherentes y generales. Y son adaptables a contextos particulares pasados o presentes, físicos o sociales (Gigerenzer & Selten, 2002, p. 9).

terapia cognitivo-conductual (TCC). Davison era un clínico íntegro y nos enseñó lecciones invaluableles sobre psicoterapia, ciencia y el potencial de su interacción. Después del curso que impartió en la maestría en Modificación de Conducta en la Universidad Veracruzana, su estilo elegante en el trabajo clínico siguió influyendo nuestro trabajo. En la *Declaración pública sobre la modificación de la conducta* (MC) de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Gerald Davison (octavo presidente de la AABT), ante la confusión que prevalecía en los medios de igualar los electrochoques con la modificación de conducta, declaró: “es un error grave [...] equiparar la terapia de MC con el uso de descargas eléctricas aplicadas a las extremidades [...] una contribución importante de la terapia MC ha sido un profundo compromiso con la descripción completa de los procedimientos y la evaluación cuidadosa de sus efectos” (Davison & Stuart, 1974, pp.). A partir de ese momento, la AABT se convirtió en un instrumento para promulgar las directrices legislativas que protegían a los sujetos de investigación humanos y también se activaron los esfuerzos para educar al público.



Figura 3.1. De derecha a izquierda, F. Montes, Dr. G. Davidson, J. Peralta., Xalapa, Veracruz, 1969.

equiparar la terapia de MC con el uso de descargas eléctricas aplicadas a las extremidades [...] una contribución importante de la terapia MC ha sido un profundo compromiso con la descripción completa de los procedimientos y la evaluación cuidadosa de sus efectos” (Davison & Stuart, 1974, pp.). A partir de ese momento, la AABT se convirtió en un instrumento para promulgar las directrices legislativas que protegían a los sujetos de investigación humanos y también se activaron los esfuerzos para educar al público.

En el trabajo con poblaciones cautivas, los procesos de pensamiento resultaron protagónicos, importantes e influyentes y no empataban con el asociacionismo lineal postulado por el paradigma dominante skinneriano. Escribí mi primera carta a Skinner, sin esperar respuesta; le expresé mis dudas sobre la posibilidad de que los pensamientos se formaran “automáticamente” por la valencia de los eventos que los sucedieron en el tiempo. Para mi deleite y sorpresa, Skinner respondió con una breve nota dirigida a varios investigadores norteamericanos con inquietudes parecidas, entre ellos, el Dr. Michael Mahoney (Figura 3.2). Escribió que él también dudaba de la automaticidad en los efectos del reforzamiento en los pensamientos; no elaboró más sobre esta idea, pero su respuesta me generó una prolongada inquietud. Mantuve mi correspondencia con Skinner, intensificándola hasta su visita en diciembre de 1975 a la Ciudad de México. Sentirme “íntimo” y “personal” con alguien como Skinner fue una inspiración para reflexionar, desafiar e innovar. Durante ese periodo sentí el estímulo de Skinner para mi trabajo profesional sobre

modificación conductual en las cárceles mexicanas, pero también sus tajantes advertencias sobre la falta de orientación de mi interés en los pensamientos y patrones de pensamiento, un interés que él consideraba un “callejón sin salida” del mentalismo.

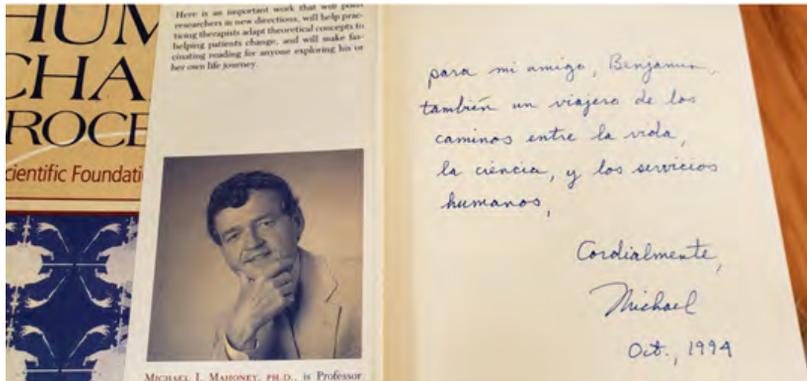


Figura 3.2. Michael Mahoney.

De manera preliminar, concluimos que había espacio para la existencia de un optimismo medurado con respecto a la promesa de los modelos (cognitivos) de mediación (Meichenbaum, 1977). Otros clínicos internacionales y algunos nacionales habían expresado su inquietud y comenzó a estructurarse una divergencia dentro de la terapia conductual en torno al tema de la cognición. No es posible especificar una fecha particular de cuándo el conductismo en México debilitó su influencia (focalizando más hacia la cognición). Algunos cambios surgieron de lecturas e investigación (Cuadro 3.1) pero hubo diversas influencias derivadas de la práctica clínica que forzaron a una reconsideración de la pertinencia del conductismo ortodoxo para el contexto mexicano.

Lo anterior pude constatarlo al ser estudiante de pregrado, ya que trabajé como psicólogo en dos escenarios, en el sistema penitenciario y en la enseñanza de niños con problemas en el desarrollo. Fue un auténtico laboratorio conductual y esos numerosos internos y niños me enseñaron mucho sobre las complejidades de los fenómenos psicológicos bajo estudio. Estas poblaciones no respondían de la manera en que los libros de texto conductistas describían que lo harían.

Cuadro 3.1. Autores con mayor influencia y su aplicación a problemas sociales en el contexto mexicano

MODELOS TEÓRICOS / METODOLÓGICOS		
Influencias- autores en B.D.T.	Problemas planteados	Problemas por resolver
A. B.F. Skinner, Wolf, Baer and Risley, Aylon-Azrin, Ribes, E., López, F. & Premack, R.	<ul style="list-style-type: none"> • Demostrar principio del reforzamiento positivo en poblaciones institucionalizadas. • Naturaleza del cambio conductual vs cambio farmacológico, cambio vía: deterioro, cronificación, relaciones sociales disfuncionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones y mecanismos del cambio conductual con otros niveles de cambio (social y molecular). • Causales <ul style="list-style-type: none"> a. Correlaciones b. Co-variedades
B. Wolfe, Ullman & Krasner, Agras.	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenciar ventajas de la T.C. en comparación con las técnicas tradicionales "psicológicas" en problemas clínicos particulares (psicopatología). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos coadyuvantes para elevar eficiencia del cambio conductual.
C. Ellis, Mahoney, Erikson, Haley, Meichenbaum, Watzlawick.	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto de la interacción: actividad cognositiva-regulación-conductual en los mecanismos de control de comportamiento humano en problemas psicológicos no tradicionales (obesidad, fluidez verbal, etc.). • Ubicación e importancia clínica de factores cognositivos (creencias, estilos de pensamiento, etc.) en los procesos de auto-regulación de la conducta y cambio humano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Naturaleza del cambio cognositivo. • Relaciones cambio cognositivo y conductual. • Cambios cognositivos y correlatos psicofisiológicos, inmunológicos y bioquímicos.

Fuente: elaboración propia.

Por su parte, Donald Meichenbaum (PhD), conocido por su papel en el desarrollo la terapia cognitivo-conductual (TCC) y por sus contribuciones al tratamiento del estrés postraumático, publicó en 1977 la obra *Cognitive Behavior Modification: An Integrative Approach* (CBM), el cual se considera un texto clásico en el campo. El enfoque de la CBM contribuyó significativamente al desarrollo de la TCC³, que evolucionó como una de las modalidades terapéuticas más utilizadas por su aplicación a problemas de interés social.

Otro protagonista central ha sido Emilio Ribes Iñesta, quien al evocar este periodo escribió acerca del psicoanálisis como la concepción dominante de la época y, en

3 En cuanto a la teoría/mecanismos de cambio, la TCC está integrada en el paradigma de procesamiento de la información, donde el papel causal de las cogniciones explícitas o implícitas en generar emociones y comportamientos ya está bien establecido. No obstante, varias cogniciones apuntadas por TCC tienen diferentes soportes basados en la investigación, así como en la evolución continua tanto en investigación acumulativa como crítica e integrada en un panorama más amplio de la ciencia (por ejemplo, neurogenética cognitiva) (David, Cristea, & Hofmann, 2018).

el caso de la psicología experimental, predominaban las orientaciones hulliana y piagetiana, con los primeros asomos de la llamada 'ciencia cognoscitiva. Ribes-Iñesta transitó hacia un cambio teórico a partir del conductismo; en tanto que el condicionamiento operante (o análisis de la conducta) constituía una aproximación reduccionista, lineal, casualista, atomista y orientada tecnológicamente (Ribes-Iñesta, 2018).

El propio Skinner se volvió cada vez más intolerante a la creciente popularidad de las ciencias y las terapias cognitivas en los años 70 y 80. Hacia el final de su vida, lanzó un ataque contra la psicología cognitiva, la psicología humanista y la psicoterapia en general. Dijo que estos representaban los mayores obstáculos para una psicología verdaderamente científica: una ciencia de la conducta en lugar de una pseudociencia de la conciencia.

El balance del paradigma conductista skinneriano sugería que resultaba insuficiente para los problemas del contexto mexicano, debido a la:

1. Aplicación generalizada del asociacionismo como mecanismo explicativo.
2. Postulación de los procesos cognitivos como un obstáculo o a redefinirlos solo como conexiones relativamente simples entre eventos presuntamente aislados (definidos como estímulos, respuestas, entre otros).
3. Afirmación de que un patrón (hábito) puede eliminarse totalmente del repertorio de una persona; sobresimplificando los alcances de las intervenciones clínicas de la TCC.

Los dos primeros puntos fueron discutidos con amplitud en su momento (Bandura, 1969; Mahoney, 1974, 1991). Básicamente cuestionaron la noción demasiado simplificada de cómo se organiza la experiencia humana. No es aconsejable reducir la complejidad del "orden sensorial" a solo una acumulación de emparejamientos (asociaciones). El sistema nervioso humano, incrustado e influenciado por otros sistemas corporales y sociales (simbólicos), es, en esencia, de naturaleza clasificatoria, y cualquier propuesta de una teoría adecuada de la experiencia humana deberá abordar la complejidad de nuestros procesos simbólicos "centrales". Como un desenlace, se ha documentado que estos procesos centrales son inseparables del fenómeno de

encarnación (*embodiment*) haciendo insostenible el dualismo pitagórico/platónico/cartesiano entre la mente y el cuerpo.

La fuerte tendencia simplificadora de algunas teorías conductistas pioneras contribuyó para declarar, como se mencionó, que los patrones de actividad pueden eliminarse permanentemente del repertorio de una persona. En el curso de la evolución biológica, los sistemas nerviosos rara vez eliminan cualquier estructura o patrón funcional que haya servido a la supervivencia del sistema en su pasado. Cuando los mamíferos primitivos desarrollaron una proto-corteza y lo que llamamos sistema límbico, no eliminaron el complejo reptiliano sobre el que se construyó. Los seres humanos presentan los vestigios de su herencia reptiliana, todavía funcional, para la protección de las redes básicas de soporte vital. En ejemplos más clínicos, la persona que ha sufrido ansiedad, ataques de pánico y episodios de depresión, seguirá siendo capaz de re-experimentar esos patrones (en especial frente a la fatiga, el trauma y los nuevos desafíos). La reaparición ocasional de viejos patrones de afrontamiento no significa necesariamente “recaída” o “reincidencia”, sino que refleja la preservación autoprotectora del organismo sobreviviente, como lo ha planteado la teoría polivagal (Porges y Buczinky, 2015). En conjunto, el enfoque de la TCC ofrece alternativas refrescantes a la patologización que ha dominado la psicología clínica y la psiquiatría durante más de un siglo.

Una lección clínica que emergió de este contexto histórico es que quizá somos naturalmente irracionales. Nuestros intentos por razonar correctamente se ven frustrados por las inclinaciones innatas para tomar atajos y ser influidos por factores irrelevantes. Por ejemplo, un paciente joven y atlético con una lesión ya cicatrizada y curada en la rodilla reportaba que con solo pensar en moverse seguía teniendo dolor, hasta llegar a una kinesifobia⁴, que poco tiene de racional pero igual lo incapacitaba. Estos sesgos y accesos directos pueden ser necesarios, considerando las limitaciones de tiempo y de recursos cognitivos que prevalecen en la llamada “vida real”; pero resultan de todos modos óptimos. Esta visión se incorporó a las teorías del razonamiento de *doble proceso* desarrolladas desde la década de los 80. Tales teorías distinguían dos tipos de procesos cognitivos de razonamiento: 1) *implícitos*, que son rápidos, sin esfuerzo y no conscientes y procesos; 2), *explícitos*, que son lentos, esforzados y conscientes. Si hay algo que hemos apuntalado del trabajo directo con personas, pacientes y poblaciones que lidian cotidianamente con asuntos relacionados con el pensamiento y el razonamiento en las últimas cuatro décadas, es que los humanos en realidad no somos muy competentes en este último tipo

4 Miedo intenso anticipatorio a realizar movimientos que provoquen dolor o que puedan empeorar una lesión previa.

de procesos. Tal vez hemos juzgando el razonamiento humano en contra de un estándar inapropiado, como alguien que piensa que una botella de plástico puede usarse para cocinar huevos. De hecho, se ha configurado una perspectiva renovada basada en modelos de razonamiento que asignan roles cruciales al contexto, el contenido y la pragmática, así como a sus características formales (Watzlawick, 2003; Gigerenzer & Selten, 2002).

Sobre este tema se han escrito numerosos libros, artículos y celebrado conferencias nutridas, desde que Herbert A. Simon acuñó el término *racionalidad limitada o acotada*⁵ a mediados del siglo XX; sin embargo, cuando Kenneth Arrow, Daniel Kahneman y Reinhard Selten⁶ escribieron sobre la racionalidad limitada, cada uno de ellos desarrolló conceptos diferentes.

Senderos clínico-cognitivos: lenguaje de salud (LS) y lenguaje de enfermedad (LE)

La clásica relación entre el lenguaje y el pensamiento está lejos de pasar a los anaqueles de la historia, por lo que utilizar el lenguaje como una ventana a la mente, sigue siendo una acción necesaria. Es cierto que hay varios aspectos del pensamiento humano que probablemente son imposibles sin el lenguaje, en especial cuando se trata de entidades abstractas (que no existen como objetos tangibles en el mundo) o ideas de alguna complejidad (física teórica, literatura o política); sin embargo, estos son diferentes a los bloques básicos de construcción de la cognición, la forma en que nuestra mente organiza la experiencia en términos de tiempo, espacio, causalidad, agencia, relaciones sociales, entre otras. Estos conceptos fundamentales son estudiados y profundizados por Steve Pinker (2007), quien utiliza el lenguaje como herramienta para acceder a ellos; no obstante, una ventana puede limitar nuestra preciada visión periférica, y más preocupante, distorsionar las cosas que vemos. Pinker (2007) ha señalado que el lenguaje no es lo mismo que el pensamiento (por ejemplo, un síntoma de dolor) de distintas maneras (lo que se conoce como toma de perspectiva) y ha mostrado hábilmente cuántos argumentos de derecho y política se basan en diferentes descripciones verbales, exactamente de la misma situación. Asimismo, ha subrayado la importancia de la polémica hipótesis de Sapir-Whorf: “el lenguaje que uno habla determina la manera en que uno piensa” pero ha expuesto las estructuras conceptuales básicas que son comunes en todos los ámbitos e idiomas y, por tanto, en todas las personas tanto en un estado saludable como uno de enfermedad (infortunadamente, su libro

5 *Bounded Rationality*, en inglés.

6 Los tres, al igual que Simon, ganadores del Premio Nobel.

depende demasiado de ejemplos solo en inglés), lo cual apunala la importancia de estudiar clínicamente el lenguaje.

Las condiciones sociales adversas (también conocidos genéricamente como estresores) se han relacionado recientemente (Cole *et al.*, 2015) a un nivel inmunológico con una respuesta transcripcional conservada a la adversidad en los leucocitos circulantes (CTRA, por sus siglas en inglés). Este proceso puede contribuir en principio a clarificar los gradientes sociales en la enfermedad; sin embargo, los mecanismos del sistema nervioso central (SNC) involucrados en este proceso siguen siendo un enigma, en parte porque los perfiles de expresión genética del CTRA a menudo reflejan más las variables socioambientales externas que las consecuencias afectivas internas expresados en los tradicionales autorreportes clínicos de estados, como el estrés, la depresión o la ansiedad. Los psicólogos contribuimos a posicionar el razonamiento humano contra un estándar inapropiado, como alguien que piensa que un termómetro electrónico puede usarse para preparar jugo de naranja.

Un aspecto importante de este cambio de paradigma ha sido la forma en que los psicólogos piensan acerca del razonamiento deductivo cotidiano, donde el modelo clásico ha sido gradualmente reemplazado por uno probabilístico en el que a las premisas se les asignan probabilidades graduadas y el objetivo del argumento es preservar la probabilidad y no la verdad. El fenómeno del dolor es un ejemplo clínico ilustrativo, ya que en principio se trata de una experiencia somática que es mutuamente reconocible y refleja la aprehensión (angustia, inquietud, zozobra) de una persona por la amenaza a su integridad corporal o existencial. ¿Qué significado puede tener cuando un paciente reporta: tengo dolor o estoy dolorido? ¿Es equivalente a estar ‘enamorado’ o estar endeudado? Cualquier dolor físico por una lesión o emocional por la pérdida de un ser querido, en principio, está en realidad dentro y no fuera del individuo. Si bien el dolor después de una quemadura –una lesión tisular aguda– es común, técnicamente, “dolor asociado con la nocicepción aguda”; surgen problemas cuando se aplica esa misma terminología a los casos en que el daño tisular no es directamente perceptible (visual, táctil), y se usa el término en un sentido metafórico; por ejemplo: “siento como si tuviera un cuchillo en mi espalda” o “me arde como si me untaran chile en los ojos”.

En 1975, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) enfrentó el desafío de establecer definiciones que sirvieran para insertar los avances biomédicos científicos de la nocicepción y el dolor y, al mismo tiempo,

funcionaran como herramientas prácticas de comunicación entre las personas que experimentan dolor y sus clínicos. En general, la persona que experimenta dolor no posee un lenguaje ni de salud (LS), ni de enfermedad (LE), y menos habilidades interoceptivas, para reportar directo esa experiencia a los demás o para explicárselo a sí misma, por tanto, debe recurrir al símil y la metáfora, por lo regular, de manera creativa. Por otra parte, varios clínicos tienden a privilegiar el lenguaje de la biomedicina que implica “una relación predecible y lineal entre el daño tisular identificable y el informe de dolor” (Quintner *et al.*, 2008, p.), que en el trabajo clínico cara a cara, es más la excepción que la regla.

Si bien tanto el clínico como el paciente siguen diferentes senderos y agendas, incluidas varias creencias y expectativas, llegan al mismo destino, el escenario clínico cara a cara. La persona que experimenta dolor se presenta para la investigación y el tratamiento con la expectativa, bastante razonable, de que el especialista médico o psicólogo podrá explicar su experiencia recurriendo al conocimiento científico; sin embargo, cuando el clínico no sabe cómo proceder, el resultado para ambas partes puede ser una crisis de elección, acción e identidad. Este dilema clínico tiene implicaciones potencialmente negativas para la relación terapéutica (Cohen *et al.*, 2011), incluido el daño físico y emocional, mientras, dentro de los sistemas de atención médica y la sociedad, en general, prevalece el riesgo real de que la persona sea estigmatizada, con un desenlace a corto plazo en la que se le declara inválida, imaginada o inmoral (Nielsen, 2012). Cada individuo aprende cuándo es correcto pensar y hablar de uno mismo como “Me duele” y aprende a comunicar que lo que sucede implica comprender oraciones sobre el dolor; las aportaciones de las intervenciones basadas en la TCC en este tópico han sido significativas.

El modelo biomédico predominante en cuanto a la percepción de los síntomas, colocan al cerebro como un órgano pasivo impulsado por estímulos. Adoptan la idea que el cerebro absorbe las señales sensoriales del cuerpo y las convierte, directamente, en experiencia consciente. En consecuencia, la biomedicina ha funcionado con el supuesto de que los síntomas son resultado directo de la disfunción fisiológica e iniciar una intervención para alcanzar una mejoría es la consecuencia directa de la restauración de la función corporal (Viñeta 1)⁷. A pesar de sus incuestionables éxitos, el modelo biomédico no ha generado una explicación adecuada de dos fenómenos clínicos bien demostrados en medicina: 1) la experiencia de los síntomas sin interrupción fisiopatológica y 2) la experiencia de alivio después de la administración de tratamientos con placebo.

7 Presentación simple de un caso a manera de ejemplo.

Viñeta I

Es esta viñeta se puede apreciar la forma en que son tratadas 40 pacientes sobrevivientes de cáncer de mama, de entre 37 y 65 años de edad, integrantes de un grupo de autoayuda denominado “Ave Fénix”. Todas recibieron diagnóstico por parte de su médico, algunas estando solas y otras en compañía de un familiar; en el caso particular de una paciente atendida por la Dra. Patricia Cortés⁸, creadora del grupo, la noticia del diagnóstico fue suministrada acompañada de una explicación médica para el tratamiento y de un trato comprensivo. Todas ellas se preguntaban cómo se iban a sentir sin un seno, el miedo a morir y dejar a sus hijos pequeños, esposo, entre otros. Con la intervención basada en TCC aprendieron a convivir con el cáncer y disfrutar la vida con lo que les tocó, han valorado lo que tienen; una de ellas comenta “nos tocó esta enfermedad y no hay más que afrontarla”.

Un factor determinante para salir a flote fue la familia y el apoyo médico y psicológico, su atención se enfocó a todo lo que sí tienen y no las carencias, se les facilitaba un cuento llamado *Salvar a la manzana*, el cual narra si se corta un pedazo a la fruta que está podrido, la manzana o la fruta resulta muy sabrosa. Reiterarles que importan y que no es un expediente más o un número de archivo, que son personas importantes y que se trabaja en equipo con ellas como paciente la médica y su equipo de psicólogos. Una de ellas reportó que un familiar le dijo “agradécele a la enfermedad porque te ha hecho más fuerte”. Encontrarse sin un seno o ambos en un inicio les causo tristeza y coraje con las pregunta constantes: ¿por qué yo?, ¿por qué a mí? Pero ahora valoran más su vida y la solidaridad de su familia y del equipo de salud. Otro denominador común en este grupo de autoayuda, es que todas se identificaron por tener el mismo diagnóstico y haber experimentado situaciones similares. Saber que sobrevivir a una enfermedad crónica degenerativa, cambia la manera de ver la vida y vivirla.

El sistema nervioso lidia constantemente con un flujo continuo y potencialmente abrumador de señales variables provenientes de nuestro cuerpo y de los sentidos. De acuerdo con teorías anteriores, alineadas con el modelo biomédico contemporáneo de la enfermedad, conceptualizaron la percepción como una lectura ascendente de las señales sensoriales, los modelos bayesianos (Barrett & Simmons, 2015) emergentes sugieren que la percepción está modulada cognitivamente, en su mayor parte inconsciente del tipo 2⁹, y puede comprenderse mejor como un proceso

8 Médica oncóloga del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

9 Procesos cognitivos de razonamiento que son lentos, esforzados y conscientes, según se vio antes.

de predicción, basado en una integración de entradas sensoriales, experiencias previas y claves contextuales (Clark, 2013). La propuesta clave es que, para percibir el mundo, el cerebro sigue una teoría de probabilidad conocida como la regla de Bayes. En su forma matemática, la regla actualiza la probabilidad de una hipótesis (o anterior), dada alguna evidencia, considerando el producto de la probabilidad y la probabilidad previa de la hipótesis (Barrett & Simmons, 2015).

Este flujo de hipótesis vía descendente se encuentra con la corriente de abajo hacia arriba (vía ascendente) de entradas sensoriales que provienen de los sentidos. Cualquier desajuste entre la entrada predicha y la entrada real da como resultado un error de predicción, lo cual incita al sistema a revisar sus hipótesis. La percepción de abajo hacia arriba es, por tanto, inseparable de la predicción de arriba hacia abajo. Algunas de las hipótesis que explican las características más abstractas y generales del mundo están incorporadas por la evolución, otras son susceptibles de refinamiento progresivo a través del aprendizaje (TCC). A lo largo de la vida útil de una persona, el sistema nervioso se involucra en la actualización continua de estos antecedentes para predecir mejor las siguientes entradas sensoriales y minimizar el error (Clark, 2015). Una implicación central de la teoría es que lo que percibimos no es el mundo tal como en realidad es, sino la mejor conjetura del cerebro, refinado continuamente por la evidencia sensorial entrante (Hechler, Endres, & Thorwart, 2016). La idea de que lo que percibimos no es el mundo tal como es, sino nuestra mejor hipótesis que se aplica igualmente al cuerpo (Barrett & Simmons, 2015) y a los estados corporales subjetivos, como los síntomas médicos. Este marco sugiere que no necesariamente sentimos dolor porque lo “percibimos” directamente desde el cuerpo periférico. Apoyándonos en la evidencia disponible (Seth, Suzuki, & Critchley, 2012; Clark, 2013), sentimos dolor porque predecimos (nos los decimos usando un LE) o incluso, sin percatarnos de manera consciente que estamos sufriendo sobre la base de una integración de entradas sensoriales, experiencias previas y señales contextuales. La experiencia de los síntomas surge de la inferencia de que el cuerpo se ha desviado de las constantes fisiológicas que definen la salud.

Desde una perspectiva bayesiana (Mendoza & Nieto-Barajas, 2016), la experiencia de la salud depende del hecho de que mantenemos una hipótesis general de *condición corporal saludable* (en parte determinada por la evolución, en parte por el desarrollo) que explica un cierto rango de variaciones normales en la información somática (por ejemplo, variaciones en la frecuencia de los latidos del corazón, dolores

corporales, entre otros). Mientras que estas variaciones se mantengan dentro de los límites previstos por la hipótesis de la condición corporal saludable, el cerebro las categoriza como “ruido” y no se percibe síntoma alguno. Cuando, debido a una causa perturbadora como la enfermedad, la variación de los insumos somáticos es voluminosa como para que la hipótesis general pueda predecirla con éxito y el error de predicción aumenta, el cerebro debe generar otra hipótesis que justifique la nueva evidencia. De acuerdo con la teoría, tenemos síntomas, incluido el dolor, cuando la hipótesis con el error de predicción más bajo representa un evento somático anormal.

Desde esta perspectiva, el dolor crónico refleja la alta precisión que se atribuye a las hipótesis frente a la evidencia sensorial. Las variaciones leves e inofensivas en los insumos interoceptivos en ciertos contextos (que en individuos sanos serían tratados como ruido) hacen que el cerebro infiera erróneamente el dolor como la causa de estos insumos, y que sienta el dolor en consecuencia. La ansiedad, el miedo, la percepción de amenaza y los estados emocionales catastrofistas, que a menudo acompañan a este trastorno, tienen el efecto de empeorar los síntomas al exacerbar la vigilancia frente al dolor predicho.

Existen tendencias complementarias en el juicio y la toma de decisiones, donde los investigadores en las tradiciones de racionalidad acotada y ecológica sostienen que las heurísticas en las que confiamos intuitivamente no son compromisos subóptimos, sino que a menudo son las mejores soluciones para problemas particulares específicos del contexto. Una vez más, se argumenta, la visión tradicional confundió las respuestas inteligentes específicas con las falacias generales. Por tanto, desde esta perspectiva, diversos factores cognitivos que antes se consideraban sesgos o atajos aparecen como influencias legítimas y procedimientos racionales. No obstante, el solo cambio de perspectiva produce una nueva comprensión de las fortalezas y debilidades del razonamiento humano y está cambiando las preguntas lineales que formulamos los psicólogos y las interpretaciones que podemos ofrecer. En este contexto, surge una idea más compleja de la cognición, que ya no se limita al pensamiento consciente y explícito (Tipo 2), sino que es capaz de explotar el nivel implícito intencional, lo que resulta en la capacidad de contextualizar y moverse creativamente dentro de la complejidad de la realidad.

Para hacer frente a la incertidumbre dominante en el mundo real, el pensamiento debe considerar las probabilidades, las presuposiciones implícitas o los grados de

creencia. Gigerenzer reelaboró el significado original que Simon (1955, 1985) planteó como racionalidad humana en términos de racionalidad limitada o acotada. Tras señalar su auténtica naturaleza psicológica se enfrascó en una serie de reflexiones teóricas significativas que documentaron cómo la racionalidad humana es capaz de adaptarse a una realidad caracterizada por la incertidumbre en la que “no existe una respuesta óptima, pero si varias formas razonables de comportarse” de una manera racional: “El concepto de racionalidad ecológica explica cómo este milagro inferencial puede ser posible”.

Los pacientes adultos enfrentados con un diagnóstico de cáncer se preguntan reiteradamente ¿por qué yo?, al convivir en la antesala de los tratamientos anticancerígenos y encontrarse con niños y jóvenes en esa condición reformulan pronto esa pregunta o la abandonan.

A diferencia de Descartes, los razonadores en lo que conocemos como “vida cotidiana normal” no buscan certezas eternas sino soluciones oportunas a problemas particulares, y sus actividades de razonamiento están determinadas tanto por objetivos prácticos como epistémicos.

Otro desarrollo importante con implicaciones para el diseño de las intervenciones en la TCC ha sido la propuesta de Mercier y Sperber (2011), en el sentido que el razonamiento humano no está diseñado para la investigación en solitario, sino para la argumentación pública: la producción y evaluación de argumentos destinados a persuadir a otros significativos.

Se había favorecido una tendencia a pensar que el procesamiento implícito (Tipo 1) era simplemente un sustituto rápido y sucio del pensamiento explícito (Tipo 2), y que, si se emplea el pensamiento explícito, entonces es deseable que se anulen las respuestas implícitas. De hecho, la mente implícita (no consciente) se parece cada vez más a la sala de máquinas de la cognición y la mente explícita (consciente) a una superestructura frágil. ¿Cómo medirlo?, ¿cómo hacerlo durante una sesión clínica de TCC?

Durante la incubación, en ausencia de un control consciente, la restricción de relevancia permite que el pensamiento de varias capas descubra una nueva interpretación de los datos que finalmente ofrece una salida del punto muerto (Gigerenzer & Selten, 2002). Simon (1985) especuló que el acto creativo de la

reestructuración cognitiva implica una forma de pensamiento inconsciente de alto nivel –pensamiento analítico inconsciente–. Para conducirse racionalmente las personas deben hacer inferencias a partir de sus creencias y juzgar la confianza que deben tener en las conclusiones que infieren de sus creencias, en su mayor parte inciertas. Los estados mentales epistémicos fijos no pueden asumirse, pero los grados de creencias deben actualizarse con el tiempo. En primer lugar, el razonamiento no puede reducirse a un mecanismo neutral independiente de la motivación, las preferencias y los objetivos del individuo. De acuerdo con la evidencia (Gilhooly, 2017), las teorías de doble proceso de los efectos del sesgo de creencia que se establecieron hace una década, ya no parecen sostenibles. Si bien es sostenible que todos los eventos están determinados por sus causas, también sabemos que son imposibles de predecir porque somos necesariamente ignorantes.

En este sentido, la probabilidad surge de la ignorancia de las condiciones iniciales o variables relevantes o leyes que las rigen; en cambio, han asumido que un estilo lingüístico individual estaría vinculado a ese estilo de razonamiento individual y sugieren que diferentes rasgos de personalidad pueden predisponer a los razonadores a respaldar diferentes premisas y conclusiones. Gilhooly (2017) ha explorado el papel del pensamiento inconsciente en los procesos creativos, en particular, en la fase de incubación que precede a la respuesta en tareas de pensamiento divergentes. A través de una revisión de las teorías de la incubación y de la evidencia empírica relacionada, el autor argumentó que el pensamiento inconsciente parece ser un mecanismo viable para la incubación en forma de procesos asociativos implícitos basados en la activación de la propagación.

Gilhooly también ha explorado la cuestión de la forma que podría tomar el trabajo inconsciente y la idea de que el trabajo inconsciente podría ser una versión subliminal del trabajo consciente; explica cómo una estructura del cerebro, conocida como la red, de modo predeterminado produce una de las características de la creatividad humana: ser mejorado, sobre todo, durante los períodos en que la mente divaga (períodos de ocio o en la etapa previa al sueño fisiológico). Ambos resultados resaltan una dinámica particular de pensamiento creativo vinculado a la activación inconsciente de las redes neuronales. Este hallazgo neurobiológico parece corresponder a los resultados de la investigación psicológica sobre la incubación. En condiciones en las que la mente divaga o participa en otras tareas, hay un aumento empíricamente controlado de la capacidad creativa con respecto al problema objetivo, estado que

también puede inducirse en algunos pacientes con el entrenamiento en relajación y el aumento de la actividad parasimpática.

Lo anterior no implica negar el valor de aplicar explícitamente reglas lógicas y procedimientos de decisión. En la vida contemporánea hay diversas situaciones que demandan hacer justo eso, pero es importante reconocer que el aparato cognitivo que usamos para hacerlo no se desarrolló exclusivamente para ese propósito. Si alguien debe depositar toda su confianza para resolver un problema económico solo con la compra de una botella de plástico o de un billete de lotería o un huevo, entonces, esto puede ayudar a entender con exactitud cómo funciona una creencia o expectativa apoyada en poca o ninguna evidencia.

Las instrucciones y las sugerencias son conocidas modalidades de influencia social cotidiana, utilizadas como herramientas basadas en evidencia, en el trabajo clínico cara a cara durante la TCC (David, Cristea, & Hofmann, 2018); sin embargo, en el campo de la psicología y la neurociencia cognitiva, a menudo las han trivializado y solo en los últimos 15 años los investigadores han centrado su atención para preguntarse cómo los cerebros humanos aprenden sobre la emoción y el dolor, a partir de las instrucciones verbales directas en el curso de una sesión clínica (Atlas *et al.*, 2016). Se han estudiado ejemplos específicos de los efectos de la instrucción, como los correlatos cerebrales de los efectos del placebo (Wager *et al.*, 2004), así como un interés creciente por comprender los procesos neurofisiológicos subyacentes a la hipnosis (Rainville *et al.*, 1999). Estos ejemplos destacan la importancia para la actividad clínica psicológica, en general, y para la TCC de cómo las instrucciones y sugerencias sociales pueden tener un profundo impacto en la experiencia cognitiva de la emoción y el dolor, en particular. En esta década se ha comenzado a estudiar cómo las instrucciones, las vías descendentes cerebrales y la información social pueden interactuar con el aprendizaje basado en la experiencia empotrado con las vías ascendentes (Atlas *et al.*, 2016).

Como especies sociocognitivas, los primates contamos con recursos para comprender las interacciones sociales de nuestros pares (Bergman, Beehner, Cheney, & Seyfarth 2003). Por tanto, la cognición en los primates requiere del procesamiento puntual de la interacción social que mantenemos con nuestros pares. Hasta ahora se desconoce dónde y cómo se implementan los análisis de la interacción social en el cerebro mamífero. Usando la resonancia magnética funcional del cerebro completo en monos macacos, un equipo de investigadores

(Sliwa & Freiwald, 2017) identificó una red centrada en la corteza prefrontal medial y ventrolateral, que se dedica exclusivamente al análisis de la interacción social. El alcance y la ubicación de un sistema cerebral exclusivo dedicado para el análisis de interacción social sugieren que esta función es un precursor evolutivo de las capacidades de lectura mental humana (*Theory of Mind*). En este sentido, reconocer objetos físicos, agentes intencionales, sus acciones y sus interacciones es esencial para comprender el mundo que nos rodea y el tipo particular de interacción que se produce durante la relación médico-paciente.

Relación: lenguaje-salud, evidencia reciente

Análisis psicolingüísticos recientes han demostrado que los patrones de uso del lenguaje natural (LN) cambian sistemáticamente bajo condiciones amenazantes como el engaño social (Newman, Pennebaker, Berry, & Richards, 2003), el estatus social bajo (Kacewicz, Pennebaker, Davis, Jeon, Graesser, 2013) y las crisis personales (Pennebaker, 2002). Los cambios de mayor interés clínico que se han identificado incluyen alteraciones en la producción del volumen total del lenguaje y un cambio en la frecuencia del uso de palabras específicas funcionales (Pennebaker, 2011). Las palabras funcionales (artículos, adverbios, pronombres) son generadas de manera relativamente automática por los sistemas de lenguaje del sistema nervioso central (SNC) y sirven para mapear las relaciones entre las palabras con significado generadas más conscientemente (sustantivos o verbos) que transportan la información semántica primaria que los hablantes intentan transmitir (Bock, 1982). Las palabras categorizadas como funcionales, por sí mismas no tienen un propósito semántico, pero en conjunto ayudan a proporcionar la estructura de sintaxis.

Dada la producción relativamente automática de las palabras funcionales y su particular sensibilidad (basada en evidencia) a la amenaza, las variaciones sistemáticas detectadas en la estructura del lenguaje pueden suministrar un sólido biomarcador del comportamiento implícito (Tipo I) del sistema no consciente de amenaza-respuesta que regula la actividad del SNC y, por extensión, la expresión del gen CTRA. La investigación de este tipo se ubica en el campo de la genómica social y en él se ha identificado una respuesta transcripcional conservada a la adversidad (CTRA) que puede contribuir a comprender los mecanismos que configuran las disparidades sociales en la salud.

El estudio reciente de Mehl *et al.* (2017) identificó sólidas diferencias individuales sistemáticas en el uso del lenguaje natural, las cuales permiten rastrear la expresión del gen CTRA más estrechamente que las medidas convencionales de autoinforme de estrés, ansiedad o depresión. Estos marcadores de patrones de producción natural del lenguaje pueden constituir un biomarcador conductual útil de los procesos neurobiológicos que median las influencias sociales en la expresión de genes en células inmunes. Estos hallazgos documentan una relación sistemática entre la expresión personal y la expresión génica. Como tal, el análisis de patrones estadísticos del uso del lenguaje natural puede constituir una herramienta que funcione como un indicador conductual, útil para estimar el nivel de bienestar no conscientemente evaluado (seguridad implícita frente a amenaza), que es diferente de la información proporcionada por las medidas convencionales de autoinforme y permite un seguimiento más cercano de la actividad de los procesos del SNC subyacentes que regulan la fisiología periférica, la expresión génica y la salud.

En este contexto, cuando se aplica el concepto de *transmisión social* se hace referencia a que la fuente de información puede ser uno o más agentes; por tanto, la transmisión puede generarse a través de la observación directa, pero también a través de la comunicación simbólica (lenguaje, signos). Las expectativas ejemplifican el pensamiento (prospectivo) sobre los resultados futuros. Estos temas no son los únicos casos clínicos en los que el pensamiento conceptual transmitido socialmente puede revestir importancia, pero resultan particularmente informativos para construir nuestra comprensión de fenómenos de interés clínico como la emoción y el dolor.

Considerando las evidencias citadas, puede derivarse un común denominador y configurar al menos tres preguntas:

1. ¿En qué medida la experiencia, la fisiología de la emoción y el dolor pueden ser influidas por la TCC (instrucción o la información social) por sí mismas?
2. ¿Hasta qué punto la TCC (información transmitida socialmente) influye en los procesos fundamentales que dan lugar a la emoción y el dolor?
3. ¿Cuáles son los mecanismos cerebrales subyacentes en los sistemas cerebrales compartidos por intervenciones basadas en la TCC y sus diferentes efectos?

Postulamos que, a pesar de sus diferencias, varios tipos de efectos terapéuticos de las TCC pueden compartir algunos mediadores comunes, en especial los cambios en las expectativas y los procesos de evaluación que pueden apuntalarse en los sistemas cerebrales prefrontales y sus interacciones con los circuitos límbicos y subcorticales cerebrales.

Las expectativas a menudo son impulsadas e instaladas a partir de experiencias anteriores durante la relación médico-paciente, incluyendo el aprendizaje observacional social. Por ejemplo, observar que alguien manifiesta una expresión dolorosa mientras recibe una vacuna contra la influenza podría cambiar las expectativas con respecto a la propia vacunación. En casos de influencia social y los efectos de la conformidad en el procesamiento afectivo, las expectativas pueden ser moldeadas sobre la base de lo que se percibe como la norma social vigente. A partir de esta idea, se ha demostrado que las expectativas reportadas (pronósticos afectivos) acerca de la próxima intensidad del dolor en una cirugía pueden mediar los efectos de la influencia social sobre los reportes del dolor y cambios en la fisiología (Koban, Pichon, & Vuilleumier, 2014). Además, las expectativas juegan un papel importante en la instrucción y los efectos de la sugerencia.

A continuación, se presentan dos casos que ejemplifican lo anterior.

Viñeta A

Refugio, de 43 años de edad, recibió en 2013 un diagnóstico de cáncer de lengua y una evolución de tres años. Se sometió a tratamiento de radioterapia; al concluirlo, una de sus doctoras, al revisarla, comentó que la veía bien y que al parecer la darian de alta; sin embargo, tenía que esperar a que su médico oncólogo tratante, especialista en cabeza y cuello, la revisara; la paciente lo comunicó a su familia, hermanos, marido e hijas (dos niñas gemelas de siete años). Su médico especialista durante la revisión le comunicó que todavía tenía tumoraciones en la base de la lengua por lo que continuaría bajo observación. Refugio salió del consultorio llorando y fue con su familia a darles esta noticia, lo que provocó tristeza y desasosiego en todos, un hermano soltero expresó: “¡por qué no me muero yo que no tengo familia!”; sus hijas gemelas “mamá no es justo que tú te vayas a morir y nosotras nos quedemos sin mamá, cuando tú ya eres grande y todavía tienes tu mamá”.

En la sesión clínica con un enfoque cognitivo-conductual se aplicó una técnica de reestructuración cognoscitiva proponiéndole a Refugio modificar sus expectativas “considerar muy bueno que su médico especialista la revisara y le compartiera esa información (que generalmente está asociada con desenlaces trágicos) tan importante porque sería terrible que la dieran de alta y seis meses después regresara con una tumoración avanzada para solo recibir un tratamiento paliativo”. La paciente lo analizó y asignó a la noticia negativa un valor positivo y benéfico; el hecho de mantenerse bajo observación permanente y no que la dieran de alta, cuando en realidad presentaba una tumoración. Actualmente (2019), Refugio forma parte de un grupo de autoayuda para pacientes sobrevivientes de cáncer del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, donde se ha desempeñado como una integrante activa y *apoyadora* de sus compañeras.

Viñeta B

Ana Griselda (Anita), de 10 años de edad, 28 kg de peso, 1.36 m de estatura, mano derecha dominante y estudiante de quinto año de primaria; diagnosticada con cáncer de hueso en la rodilla, que había crecido hasta impedir su libre movilidad, por lo que su padre adaptó una silla de ruedas para moverla. Después de tratamientos de quimioterapia y cirugía, los médicos responsables comunicaron a la madre que la daban de alta “por mayor beneficio” lo que significó haber alcanzado el límite de los recursos médicos disponibles. En la sesión de TCC, la madre comentó que los médicos estaban “dejando morir a su hija”. La intervención psicológica se encaminó hacia las instrucciones sociales de que “el beneficio” consistía en que ya no trataran médicamente a Anita porque su organismo no había respondido a los tratamientos médicos y mantener estos tratamientos agresivos prolongarían el sufrimiento de la niña y, por ende, de toda la familia. Quizás reducir el tiempo de vida con los tratamientos o suspenderlos para que su organismo se recobrar permitieran tiempo de sobrevida con calidad *versus* la prolongación de tratamientos invasivos.

A pesar de la pena que imperó en la familia, se decidió suspender el tratamiento y administrar medicamentos para el dolor (paracetamol y taradol), el cual disminuyó; sin embargo, su pierna tuvo que ser amputada en 2007. Tras la cirugía, la familia reportó: “ya duerme, está contenta, come, juega, sale con sus primos y la llevan a pasear y de compras, se va de visita con primos y duerme en casa ajena. Subió de peso 4.5 kg. Los hermanos de Anita reportaron: “ya nos grita y regaña”. Sus padres ya le llamaban la atención, no quería ir a la escuela porque no quería que

la vieran sin pierna; se habló con ella y se le relató el cuento del árbol que ella contó a otros niños sobre cómo salvar a la manzana, explicando cómo es la cirugía de amputación. Al final, la familia tuvo la oportunidad de despedir a la menor, organizaron reuniones y fiestas en las que participaron familiares y amigos. Anita falleció seis meses después.

Los médicos y psicólogos deben asignar prioridad al estudio de las expectativas, ya que también son mediadores importantes de los efectos del placebo y nocebo¹⁰ (Büchel, Geuter, Sprenger, & Eippert, 2014) y pueden determinar el nivel de eficacia de procedimientos de sugestión hipnótica (Kirsch, 1985). Las expectativas son poderosas una vez inducidas en la configuración de la percepción y la cognición. En un ambiente social sensorial ruidoso, las predicciones internas ayudan al cerebro a formar representaciones eficientes y robustas del mundo y de los estímulos entrantes. Los resultados de la encuesta realizada en 2018 *¿Qué me digo ante el fracaso?* con un grupo de estudiantes de medicina, sugieren el proceso de formación de expectativas que subsecuentemente influirán sobre la calidad y complejidad de la relación médico-paciente (Cuadro 3.2). Mediante la inclusión de información transmitida socialmente proveniente de pares (familiares o personajes dignos de confianza) estas predicciones se pueden optimizar.

Cuadro 3.2. Resultados de la encuesta *¿Qué me digo ante el fracaso?*

Palabras que me hundan (LE)	Palabras que me sacan a flote (LS)
• Eres tonto/tonta/idiota	• ¡Tú puedes!
• No sabes hacer nada/eres inútil	• ¡Inténtalo!
• ¿Qué van a pensar los demás?	• ¡Lo lograrás!
• ¡Ya estoy harta!	• ¡Échale ganas!
• Ya no quiero seguir	• ¡Tranquilo/tranquila respira y concéntrate!
• ¡No puedo!	• Todos nos equivocamos
• Me comparo con los demás	• Soy buena/bueno en lo que hago
• Mejor me muero	• Eres muy fuerte
• ¿Qué caso tiene intentarlo?	• Ya has logrado mucho ¡Vamos!
• ¡Es imposible!	• ¡Pon atención!

Continúa en la siguiente página >

10 Anticipación de efectos negativos.

Palabras que me hundan (LE)	Palabras que me sacan a flote (LS)
• Olvídalo, no lo lograrás	• Mira el lado bueno
• Por qué no te preparaste más/perdiste tiempo	• No hay imposibles
• Mediocre	• ¡Jamás te rindas!
• Holgazán/flojo/floja	• Confía en ti
• Mereces esto que te pasa	• Ya habrá más oportunidades
• Debí hacerlo diferente	• Eres el/la mejor
• La vida me odia	• Ha sido un aprendizaje
• Hubiera elegido otra carrera	• Las cosas pasan por algo
• He decepcionado a mis padres	• La próxima será diferente/mejor
• ¿Por qué me pasa esto?	• Eres inteligente
• No quiero intentarlo	• Aguanta un poco más
• ¿Por qué eres así?	• Piensa positivo y a futuro
• No me gusta ser feliz	• Al final, la recompensa será buena
• Siempre te buscas problemas	• Hazlo de corazón/con pasión
• ¡Madura ya!	• Confío en ti
	• Me perdono

Fuente: elaboración propia

Por ejemplo, en el procedimiento invasivo de la implantación de neuro-estimuladores (NE) para el control del dolor intratable y persistente (Criollo, Courtoisa, Hernández y Romal, 2017; Celestin, Edwards, & Jamison, 2009) se puede elevar el impacto terapéutico si durante el periodo de selección de candidatos se incluye el manejo adecuado de las expectativas terapéuticas del paciente con instrucciones como: “este equipo de NE es una opción, pero no es la única. Los médicos tienen más opciones”; “está usted en la mejor clínica del dolor de México y en manos de los mejores médicos”.

Cuando se suministra información parcial a los médicos, en cuanto a la sustancia (placebo o fármaco) que se administra a dos grupos de pacientes, cuando en realidad ambos grupos recibieron un placebo, se demostró un mayor efecto en el grupo de médicos que creían que recibieron un fármaco (Gracely, Dubner, Deeter, & Wolskee, 1985). Incluso un acto aparentemente inocuo como comunicarle al paciente que una

terapia va a interrumpirse puede tener un impacto negativo, como lo demuestra la recaída más rápida y de mayor intensidad del dolor después de la interrupción *abierta* en lugar de *oculta* de la terapia analgésica con morfina (Colloca, Lopiano, Lanotte, & Benedetti, 2004). Mediante el uso de un procedimiento de nocebo (anticipación de efectos negativos), junto con sugerencias verbales de estimulación dolorosa a voluntarios sanos antes de la administración de estímulos eléctricos dolorosos táctiles o de baja intensidad, Colloca *et al.* (2004) demostraron que las sugerencias verbales ansiogénicas (favorecedoras de ansiedad) son capaces de convertir estímulos táctiles inocuos en dolor, así como estímulos dolorosos de baja intensidad en dolor de alta intensidad (Colloca, Sigaudó, & Benedetti, 2008). Por tanto, al definir la hiperalgesia como un aumento de la sensibilidad al dolor y la alodinia como la percepción del dolor en respuesta a la estimulación inocua, las sugerencias nocebo pueden producir efectos tanto hiperalgésicos como alodínicos. En escenarios clínico-hospitalarios, el lenguaje que incorpora sugerencias negativas debe cambiarse para ofrecer señales positivas (por ejemplo “aquí está tu analgésico” o “aquí tiene algunos medicamentos que le ayudarán a mejorar”) con el fin de minimizar la ansiedad (Schenk, 2008).

Complementando la implementación distribuida de la codificación predictiva se ha demostrado que las expectativas más explícitas y accesibles conscientemente (en comparación con la carencia de expectativa) aumentan la activación y la conectividad funcional de la corteza prefrontal (PFC) medial (Bar, 2007; Summerfield *et al.*, 2006) y la corteza prefrontal dorsolateral (dlPFC), lo que puede influir en las conexiones ascendentes a través de proyecciones de retroalimentación (Rahnev *et al.*, 2011). Otras regiones potencialmente importantes para generar expectativas incluyen el lóbulo temporal medial, en especial el hipocampo y áreas para-hipocámpales que son cruciales no solo para la memoria retrospectiva, sino para las predicciones sobre el futuro (Schacter & Addis, 2007), por lo que estas regiones también pueden estar involucradas en la mediación de los efectos esperados sobre el dolor y la emoción inducidos por el aprendizaje, las instrucciones y la información social.

Otro mecanismo a través del cual las instrucciones y la información social pueden modular la experiencia afectiva es reestructurando cognitivamente la evaluación afectiva o toma de perspectiva. En lugar de promover cambios en la sensación periférica del estímulo propiamente dicho, los cambios en las evaluaciones cognitivas conscientes e inconscientes con respecto al estímulo pueden alterar el significado emocional de un evento (Scherer, 2005). Los tratamientos con placebo pueden alterar la

experiencia de un evento doloroso no solo cambiando las expectativas, sino también el significado del dolor y hacer que la persona se sienta menos ansiosa por el dolor y más controlada. Un ejemplo que ilustra cómo un estímulo altamente nociceptivo puede ser reestructurado cognitivamente (el placer) sin tener que cambiar sus propiedades físicas (dosis de capsaicina, duración, entre otros) es la costumbre de los mexicanos de agregar chile (capsaicina) a los tacos para aumentar su placer. Del mismo modo, el aprendizaje observacional y la influencia social pueden inducir cambios poderosos en las evaluaciones. Según la teoría de la evaluación social, las emociones rara vez ocurren en un vacío social. En cambio, los acontecimientos se valoran como una función de las reacciones emocionales de los demás (Fischer, Manstead, & Zaalberg, 2003); por ejemplo, una broma puede parecerse más divertida cuando otros también se ríen.

Al intervenir la herida dolorosa en el pie, un médico puede administrar un analgésico junto con la instrucción verbal de que esto “muy pronto aliviará su dolor”. De acuerdo con la experiencia clínica mexicana (1987-2018), argumentamos que este tipo de sugerencia social conduce a una representación del estado instruido en la corteza prefrontal dorso lateral (dlPFC), y potencialmente en regiones parietales funcionalmente bien acopladas. Una vez instalada la representación del estado instruido –nos referimos a la representación del entorno interno y externo– puede funcionar como si la instrucción fuera verdadera. En otras palabras, la representación del estado instruido es una predicción sobre las experiencias interoceptivas que acoplan con la instrucción suministrada. La corteza prefrontal ventromedial (vmPFC) también puede ser importante para vincular esas expectativas a los cambios en los sistemas descendentes autonómicos y fisiológicos (Roy, Shohamy, & Wagner, 2012). La corteza cingulada anterior dorsal (dACC) y la ínsula anterior (AI) parecen desempeñar un papel importante en la instrucción basada en los cambios en el afecto y el dolor (García-Larrea & Peyron, 2013).

En línea con otros hallazgos de disonancia cognitiva (Van Veen, Krug, Schooler, & Carter, 2009), el error de predicción social (Apps, Rushworth, & Chang, 2016), especulamos que la dACC y la AI también pueden detectar desajuste entre el estado instruido, el estado autorreferencial y la entrada sensorial o nociceptiva ascendente, por tanto, activar ajustes en el control descendente (en la dlPFC). Estos señalamientos pueden acoplarse con las propuestas recientes de posicionar las experiencias emocionales e interoceptivas como un proceso constructivo apoyado en expectativas y creencias previas (Barrett & Simmons, 2015). Si bien reconocemos que las diferentes modalidades de información e instrucciones sociales numeradas (en

particular el aprendizaje observacional social y la hipnosis) comprometen mecanismos neurofisiológicos subyacentes ligeramente diferentes, e intervienen por diferentes medios en la representación del estado en áreas prefrontales, consideramos que algunas de las ideas esbozadas en esta reseña pueden utilizarse para desarrollar más ampliamente nuestra comprensión de las instrucciones y sugerencias sociales como procesos o mecanismos protagónicos en la TCC. Los cambios en las expectativas y en las evaluaciones afectivas constituyen dos mecanismos clave por los cuales las instrucciones y sugerencias pueden alterar la experiencia afectiva e intentamos –con base en la evidencia disponible– sugerir un modelo tentativo clínico de cómo esos cambios podrían fundamentarse en circuitos cerebrales funcionales.

Ante todo, el primer y más importante aspecto del contexto psicosocial de las intervenciones en el campo de la salud es la interacción social: paciente-proveedor/médico/psicólogo. El efecto placebo se ha redefinido como una modalidad de curación interpersonal (Miller & Colloca, 2009). Por su reconocido potencial de permear en este contexto psicosocial se han propuesto un conjunto de ocho acciones clínicas específicas para promoverlo (Barret & Simmons, 2015):

- Hablar positivamente sobre los tratamientos
- Proporcionar aliento
- Desarrollar confianza
- Proporcionar seguridad
- Apoyar las relaciones
- Respetar la singularidad
- Explorar valores (empatarse con el lenguaje del paciente)
- Instalar ceremonias.

También comparten importancia las pistas, gestos, posturas no verbales transmitidas deliberadamente o no por el terapeuta.

Conclusión

¿Cómo hemos cambiado como terapeutas, maestros y supervisores aplicando la TCC? Probablemente en mucho. Somos más pacientes y tolerantes con la ambigüedad, con tanta prisa por cambiar las preocupaciones que presentan los clientes (que a menudo evolucionan hacia otras preocupaciones a medida que nuestro trabajo en conjunto continúa) como lo permite el ambiente saturado

hospitalario mexicano. Somos más flexibles (ahora podemos hacer una terapia a largo plazo en una sola sesión, por episodios e intensiva con cierto grado de confianza apoyada en evidencia). Estamos más comprometidos, pero no dependientes de la tecnología (Rodríguez-Medina *et al.*, 2018). Tenemos un mayor respeto por las diferencias individuales, por la resistencia-sobrevivencia humana y el ingenio, y por la importancia del apoyo social en la calidad de nuestras vidas. Vemos las emociones como procesos saludables y de adaptación en lugar de como parte del problema y consideramos que varias dificultades en el cambio –resistencia– son expresiones de un proceso básico de autoprotección mediante el cual la persona adaptada intenta preservar un balance precioso de su orden familiar mientras explora cambios que necesariamente desafían ese orden.

En general, cultivamos más la incomodidad al no entender por qué las cosas suceden de la manera en que lo hacen. Hablamos desde la empatía y con la compasión tan a menudo cómo es posible, y animamos a nuestros clientes-pacientes a hacer lo mismo. Consideramos un privilegio participar y aprender de sus vidas, y en respuesta elevamos nuestra motivación para seguir investigando.



Figura 3.3. Dr. B. F. Skinner y Benjamín Domínguez (Cambridge, MA, julio de 1980).

Referencias

- Ardila, R. (1986). *La Psicología en América Latina. Pasado, presente y futuro*. México: Siglo XXI.
- _____ (2004). A Psicología Latinoamericana: El primer medio siglo. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. Vol. 38, Num. 2, 317-322.
- Atlas, L. Y., Doll, B. B., Li, J., Daw, N. D., & Phelps, E. A. (2016). Instructed Knowledge Shapes Feedback-Driven Aversive Learning in Striatum and Orbitofrontal Cortex, But not the Amygdala. *E-life* 5, E15192.
- Apps, M. A. J., Rushworth, M. F. S., & Chang, S. W. C. (2016). The Anterior Cingulate Gyrus and Social Cognition: Tracking the Motivation of Others. *Neuron*, 90, 692-707.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some Current Dimensions of Applied Behavior Analysis. *J Appl Behav Anal. Spring*; 1(1), 91-97. doi: 10.1901/Jaba.1968.1-91.
- Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. New York/London: Holt, Rinehart and Winston.
- Bar, M. (2007). The Proactive Brain: Using Analogies and Associations to Generate Predictions. *Trends Cogn. Sci. (Regul. Ed.)* 11, 280-9.
- Barrett, L. F., & Simmons, W. K. (2015). Interoceptive Predictions in The Brain. *Nature Reviews Neuroscience* 16, 419-29.
- Bergman, T. J., Beehner, J. C., Cheney, D. L., & Seyfarth, R. M. (2003). Hierarchical Classification by Rank and Kinship in Baboons. *Science*, 14;302(5648), 1234-6. doi: 10.1126/Science.1087513pmid:14615544
- Bock, J. K. (2011.) Toward a psychology of syntax: information processing contributions to sentence formulation. *Psychological Review*, 89(1), 1-47.

A

B

Büchel, C., Geuter, S., Sprenger, C., & Eippert, F. (2014). Placebo Analgesia: A Predictive Coding Perspective. *Neuron* 81, 1223-39.

C

Celestin, J., Edwards, R. R., & Jamison, R. N. (2009). Pretreatment Psychosocial Variables as Predictors of Outcomes Following Lumbar Surgery and Spinal Cord Stimulation: A Systematic Review and Literature Synthesis. *Pain Med*, 10(4), 639-53.

Clark, A. (2013). Whatever Next? Predictive Brains, Situated Agents, and The Future of Cognitive Science. *Behav Brain Sci*; 36:181-204.

Cohen, M. L., Quintner, J. L., Buchanan, D., Nielsen, M., & Guy, L. (2011). Stigmatization of Patients with Chronic Pain: The Extinction of Empathy. *Pain Med*, 12, 1637-43.

Cole, S. W., Capitano, J. P., Chun, K., Arevalo, J. M., Ma, J., & Cacioppo, J. T. (2015). Myeloid Differentiation Architecture of Leukocyte Transcriptome Dynamics in Perceived Social Isolation. *Proc Natl Acad Sci*, 112, 15142-7.

Colloca, L., Lopiano, L., Lanotte, M., & Benedetti, F. (2004). Overt Versus Covert Treatment for Pain, Anxiety, and Parkinson's Disease. *Lancet Neurol*, 3, 679-84.

Colloca, L., Sigauco, M., & Benedetti, F. (2008). The Role of Learning in Nocebo and Placebo Effects. *PAIN*, 136, 211-8.

Criollo, F., Courtoisa, I., Hernández, J. R. y Romal, L. (2017). Neuroestimulación subcutánea periférica implantable de nervios occipitales para tratamiento de la neuralgia de Arnold refractaria: Reporte de Casos. *Rev. Colomb Anestesiol*, 45(2), 143-6.

D

Davison, G., & Stuart, R. (1974). "Statement on Behavior Modification from the Association for Advancement of Behavior Therapy". AABT Newsletter. *Abct*. 1(2), 2-3.

David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. (2018). Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy. *Front. Psychiatry* 9, 4. doi: 10.3389/Fpsyt.2018.00004.

Domínguez, T. B. (1982). *Psicología Ecológica. Análisis y modificación de la conducta humana en instituciones de custodia*. México: Dirección General de Publicaciones, UNAM.

Fischer, A. H., Manstead, A. S. R., & Zaalberg, R., (2003). Social Influences on the Emotion Process. *European Review of Social Psychology*, 14, 171-201.

F

García-Cadena, C. H. (2018). *Research on Hispanic Psychology* (Vol. 1). New York: Nova Science Publishers.

G

García-Larrea L., & Peyron, R. (2013). Pain Matrices and Neuropathic Pain Matrices: A Review. *PAIN*, 154 Suppl 1: S29-43. doi: 10.1016/J.Pain.2013.09.001. Epub.

Gilhooly, K. J. (2017). Response: Commentary: Incubation and Intuition in Creative Problem Solving. *Front. Psychol* 8, 465. doi: 10.3389/Fpsyg.2017.00465.

Gigerenzer, G., & Selten, R. (2002). *Bounded Rationality. The Adaptive Toolbox*. Cambridge, Ma: MIT Press.

Gracely, R. H., Dubner, R., Deeter, W. D., & Wolskee, P. J. (1985). Clinician's Expectations Influence Placebo Analgesia. *Lancet*, 5, 43.

Hechler, T., Endres, D., & Thorwart, A. (2016). Why Harmless Sensations Might Hurt in Individuals with Chronic Pain: About Heightened Prediction and Perception of Pain in The Mind. *Front Psychol*, 7, 1638.

H

Kacewicz, E., Pennebaker, J. W., Davis, M., Jeon, M., & Graesser, A. C. (2013). Pronoun Use Reflects Standings in Social Hierarchies. *Journal of Language and Social Psychology*, 33(2), 125-43.

K

Koban, L., Pichon, S., & Vuilleumier, P. (2014). Responses of Medial and Ventrolateral Prefrontal Cortex to Interpersonal Conflict for Resources. *Soc Cogn Affect Neurosci* 9, 561-9.

Kirsch, I. (1985). Response Expectancy as a Determinant of Experience and Behavior. *American Psychologist*, 40, 1189.

- M** Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger.
- _____ (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Mehl, M. R., Raison, C. L., Pace, T. W., Arevalo, J. M. G., & Cole, S. W. (2017). Natural language indicators of differential gene regulation in the human immune system. *PNAS*, *114*(47), 12554-9.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive Behavior Modification: An Integrative Approach*. New York: Springer.
- Mendoza, M., & Nieto-Barajas, L. E. (2016). Quick counts in the Mexican presidential elections: A Bayesian approach. *Electoral studies*, *43*, 124-132.
- Mercier, H., & Sperber, D. (2011). Why Do Humans Reason? Arguments for an Argumentative Theory. *Behavioral and Brain Sciences*, *34*, 57-111.
- Miller, F. G. & Colloca, L. (2009). The Legitimacy of Placebo Treatments in Clinical Practice: Evidence and Ethics. *Am J Bioethics*, *9*, 39-47.
- N** Newman, L., Pennebaker, J., Berry, D., & Richards, J. (2003). Lying words: predicting deception from linguistics styles. *PubMed*. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0146167203029005010>
- Nielsen, A. (2012). "Journeys with Chronic Pain: Acquiring Stigma along the Way". In: H. Mckenzie, J. Quintner, G. Bendelow (Eds.), *At the Edge of Being: The Aporia of Pain* (pp. 83-97). Oxford: Inter-Disciplinary Press.
- P** Pennebaker, J. (2002). Lenguaje use and personality during crisis. *Journal of Research in Personality*. *36*(3), 271-82.
- _____ (2011). The secret life of pronouns. *New Scientist*, *211*(2828), 42-5.
- Pinker, S. (2007). *The Stuff of Thought: Language as a Window into Human Nature*. New York: Viking.

Porges, W. y Buczinky, R. (2015). *La teoría polivagal para el tratamiento del trauma*. Trad. B. Domínguez. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Quintner, J. L., Buchanan, D., Cohen, M. L., Katz, J., & Williamson, O. (2008). Pain Medicine and Its Models: Helping or Hindering? *Pain Med*; 9, 824-34.

Q

Rahnev, D., Maniscalco, B., Graves, T., Huang, E., & De Lange, F. P. (2011). Attention Induces Conservative Subjective Biases in Visual Perception. *Nature Neuroscience* 14, 1513-5 doi:10.1038/Nn.2948

R

Rainville, P., Hofbauer, R. K., Paus, T., Duncan, G. H., Bushnell, M. C., & Price, D. D. (1999). Cerebral Mechanisms of Hypnotic Induction and Suggestion. *Journal of Cognitive Neuroscience* 11, 110-125.

Ribes-Iñesta, E. (2018). “¿Teoría de la Conducta O Teoría de la Psicología?”. En: D. Zilio y K. Carrara (Eds.), *Behaviorismos: Reflexoes Históricas e Conceituais*. Sao Paulo: Paradigma.

Rodríguez-Medina, D., Pluma-Verde, S. K., Domínguez-Trejo, B., Cortés-Esteban, P., Cruz-Albarrán, I. A., Morales-Hernández, L. A. y Leija-Alva, G. (2018). Evaluación Biopsicosocial Afectiva de un Grupo de Sobrevivientes de Cáncer de Mama Bajo Tratamiento Integral/Affective Biopsychosocial Assessment of a Group of Breast Cancer Survivors Under Comprehensive Treatment. *Revista Latinoamericana De Medicina Conductual*, 8(1), 1-8.

Roy, M., Shohamy, D., & Wager, T. D. (2012). Ventromedial Prefrontal-Subcortical Systems and the Generation of Affective Meaning. *Trends Cogn. Sci. (Regul. Ed.)* 16, 147-156.

Seth, A., Suzuki, K., & Critchley, H. (2012). An interoceptive predicting coding model of conscious presence. *Frent Psychol* 2: 395

S

Schacter, D. L. & Addis, D. R. (2007). The Cognitive Neuroscience of Constructive Memory: Remembering the Past and Imagining the Future. *Philosophical Transactions of The Royal Society B: Biological Sciences* 362, 773-86.

Schenk, P. W. (2008). "Just Breathe Normally": Word Choices that Trigger Nocebo Responses in Patients. *Am J Nursing*, 108, 52-57.

Scherer, K. R. (2005). What are Emotions? And How Can They Be Measured? *Social Science Information* 44, 695-729.

Simon, H. A. (1955). A Behavioral Model of Rational Choice. *The Quarterly Journal of Economics*, 69(1), 99-118.

_____ (1985). Human Nature in Politics: The Dialogue of Psychology with Political Science. *The American Political Science Review*, 79(2), 293-304.

Sliwa, J., & Freiwald, W. A. (2017). A Dedicated Network for Social Interaction Processing in the Primate Brain. *Science*, 356(6339), 745-9 doi: 10.1126/Science.Aam6383.

Summerfield, C., Egner, T., Greene, M., Koechlin, E., Mangels, J., & Hirsch, J. (2006). Predictive Codes for Forthcoming Perception in the Frontal Cortex. *Science* 314, 1311-4.

V Van Veen, V., Krug, M. K., Schooler, J. W. & Carter, C.S. (2009). Neural Activity Predicts Attitude Change in Cognitive Dissonance. *Nature Neuroscience*, 12, 1469-74.

W Wager, T. D., Rilling, J. K., Smith, E. E., Sokolik, A., Casey, K. L., Davidson, R. J., Kosslyn, S. M., Rose, R. M., & Cohen, J. D. (2004). Placebo-Induced Changes in fMRI in the anticipation and experience of pain. *Science* 303, 1162-711.

Watzlawick, P. (2003). *¿Es real la realidad? Confusión, desinformación, comunicación.* Editorial: Herder. ISBN: 9788425410826.

SECCIÓN II

- **Estrés en quienes atienden la salud: diagnóstico preliminar en una institución pública**
Juan José Sánchez Sosa
- **Contribuciones de la psicofisiología aplicada en el manejo del trastorno de pánico**
Patricia Edith Campos Coy, Samuel Jurado Cárdenas
- **Adopción del modelo de autocambio dirigido, para la atención del uso nocivo de alcohol: 20 años en México**
Leticia Echeverría San Vicente
Georgina Cárdenas López
Mariana Gutiérrez Lara

4. ESTRÉS EN QUIENES ATIENDEN LA SALUD: DIAGNÓSTICO PRELIMINAR EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA¹

Juan José Sánchez Sosa

Introducción

Desde hace varias décadas, el contexto epidemiológico de salud prevalente en los mexicanos no deja lugar a dudas sobre el peso relativo de los padecimientos crónico-degenerativos como primera causa de discapacidad y muerte, seguidos solo por causas atribuibles a la inseguridad (Frenk, 2017).

La atención a los padecimientos crónicos, tanto en sentido preventivo como asistencial, entraña un ingrediente medular que los psicólogos de la salud han documentado sistemáticamente desde hace poco más de seis décadas (Belar, McIntyre, & Matarazzo, 2013; Guze, Matarazzo, & Saslow, 1953). La investigación sobre factores de riesgo predictores del desarrollo de un cuadro crónico ha mostrado consistentemente que el peso combinado de comportamientos presentes (o ausentes) durante años en el contexto de propensiones genéticas, explican una proporción crítica de la presencia de estos padecimientos (Arden, 2019; Cohen, 1982; Repetti, Taylor, & Seeman, 2002; Shields & Slavich, 2017). En cuanto a intervenciones orientadas al tratamiento de estas enfermedades, la investigación de tipo traslacional en psicología de la salud, en general, y en medicina conductual, en particular, ha mostrado reiteradamente que la ausencia del trabajo psicossocial articulado en el equipo de salud durante los tratamientos se asocia con mayor daño, discapacidad y mortalidad, además

¹ El presente estudio fue posible gracias al subsidio IN-303618 del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica de la UNAM. El autor agradece muy especialmente a los doctores Adolfo Chávez Negrete y Claudia Arreola por sus gestiones institucionales y coordinación logística, a los psicólogos Cynthia Díaz, Ricardo Figueroa y Juan Manuel León por la recolección de datos bajo la supervisión de Eduardo Vidal V. y a la Dra. Angélica Riveros por el análisis del estudio cualitativo y su retroalimentación a una versión preliminar del presente capítulo.

de sufrimiento, malestar y deterioro en calidad de vida (Ashing, George, & Jones, 2018; Plourde, Yeates & Brooks, 2018; Rahimian, Talepasand, & Jabari, 2018; Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila, 2009; Sánchez-Sosa, 1998).

Parece claro que esta asociación crítica entre comportamiento y salud se aplica no solo a quienes forman parte de las cifras epidemiológicas de cualquier país, sino a todo individuo; por tanto, quienes proveen servicios profesionales de atención a la salud no tienen por qué constituir una excepción. La estabilidad, la capacidad de lidiar con el estrés y las destrezas conductuales que permiten al ser humano funcionar de modo adaptativo ante las demandas del ambiente (físico, laboral, social, entre otros) son comunes a cualquier individuo (Selye, 1993; Sivan-Donin, Ben-Ezra, & Hamama-Raz, 2019; Taché & Selye, 1985).

En este contexto, la estabilidad psicológica, la resiliencia y la capacidad adaptativa del personal de salud resultan especialmente importantes en sistemas públicos de atención en este sector que operan con recursos escasos tanto para usuarios como para las instituciones mismas. Estas condiciones se agudizan en condiciones de alta demanda. Esta masividad en la demanda de servicios de salud entraña riesgos y dificultades adicionales debido a características relativamente frecuentes en varios derechohabientes, pues se asocian con las probabilidades de fracaso o éxito de intervenciones tanto preventivas como asistenciales, cuando se combinan con condiciones derivadas de la pobreza y baja escolaridad de los usuarios.

Una de estas condiciones se relaciona con el denominado analfabetismo funcional, ya que el seguimiento de instrucciones o prescripciones son un componente central de la adherencia terapéutica y de la probabilidad de éxito de las intervenciones (preventivas o parte de tratamientos médicos). Básicamente, este tipo de analfabetismo interfiere con numerosas actividades humanas (Schenk-Danzinger, 1990; Doets, 1992; Grosche, 2013; Vágvölgyi *et al.*, 2016), incluyendo la atención a la salud. Si bien múltiples estudios en el área de la salud incluyen la recolección de datos sobre la escolaridad de usuarios o participantes, ésta suele registrarse solo en términos formales y para autoinforme.

Un problema ocasionado por ese analfabetismo es que demanda destrezas que lo compensen por parte del personal de salud, lo cual requiere que este último no solo domine dichas destrezas (principalmente de tipo interpersonal, incluyendo comunicación con pacientes y familiares) sino buena estabilidad emocional,

habilidades cognitivas adaptativas, empatía, compasión y afrontamiento eficaz del estrés generado por las condiciones habituales de trabajo en los hospitales públicos prácticamente de todos los países en vías de desarrollo.

Como es de suponerse, las fuentes que desestabilizan el funcionamiento del personal de salud son similares a las que suelen predecir un funcionamiento adaptativo defectuoso de los individuos en cualquier ocupación humana. Entre otras fuentes de estrés, dos que ocurren consistentemente son: 1) *de tipo individual*, los cuales se pueden rastrear a características familiares y de crianza de los individuos y 2) *de tipo contextual*, que se relacionan con situaciones del medio laboral mismo y que suelen denominarse componentes del clima organizacional (Green, Albanese, Shapiro, & Aarons, 2014; Lapinski, Yost, Sexton, & LaBaere, 2016; Vidal-Velazco, 2019).

Las primeras, con frecuencia, resultan en defectos interactivos interpersonales tales como déficits en el reconocimiento (o la interpretación) de las reacciones emocionales y la conducta de otros individuos, reacciones emocionales exageradas o insuficientes en ellos mismos y cortedad o incompetencia instrumental o interpersonal (Colombotos, 1969; McDavid & Garwood, 1978; Repetti, Taylor & Seeman, 2002; Lindberg, 2009; Sørensen et al., 2016; Leanza, Rizkallah, Michaud-Labonté, & Brisset, 2017).

Otros problemas relacionados con esas mismas fuentes (aunque interactúan con las organizacionales) incluyen diversas quejas psicósomáticas, tales como insomnio, fatiga extrema, entre otras, que también afectan el funcionamiento de quien atiende la salud profesionalmente (Penney, 1985; Shahrakai et al., 2011; Duarte, Velasco, Sánchez-Sosa y Reyes, 2017).

Las segundas suelen derivarse de condiciones estructurales o funcionales de las propias condiciones de trabajo, en este caso, en las instituciones y sedes clínicas u hospitalarias. Entre las más frecuentes suelen encontrarse estructuras o normatividades obsoletas o innecesarias, liderazgo errático o defectuoso de autoridades o directivos, costumbres que perpetúan abusos de funcionarios o empleados de mayor jerarquía sobre los de menor y otras condiciones similares que conforman lo que se suele denominar un clima organizacional negativo o tóxico (Berberoglu, 2018; Garcia-Garcia et al., 2011; Muñoz et al., 2014).

Si bien existen diversos estudios sobre quejas de naturaleza psicológica en médicos y estudiantes de medicina (Kwiatosz-Muc *et al.*, 2019) son escasos los estudios que hacen énfasis en la validez ecológica de sus medidas en el sentido de basar su desarrollo, desde el principio, en los escenarios y las condiciones laborales mismas de estudiantes y residentes de medicina, así como en las percepciones informadas sistemáticamente por parte de los participantes.

Tanto en estudios extranjeros como mexicanos (Herrera y Gómez, 2000; Guavita & Sanabria, 2006; Phinder *et al.*, 2014; Reyes, Monterrosas, Navarrete y Torruco, 2016; Galván, Jiménez, Hernández y Arellano, 2017; García y Torner, 2017;) con frecuencia se trata de aplicaciones de escalas prehechas o desarrolladas en otros contextos y, si bien se informa sobre sus propiedades de consistencia interna, no suelen contener información específica de tipo procedimental sobre su validación en las poblaciones y condiciones de los propios participantes.

Entre otras, algunas razones fundamentales por las que se requiere documentar el funcionamiento psicológico de médicos, estudiantes de medicina y otros integrantes del personal de salud en su propio medio, consisten no solo en evitar su propio sufrimiento o malestar y orientar la búsqueda de ajustes institucionales que faciliten su labor y mejoren sus condiciones de trabajo, sino mejorar su funcionamiento profesional y reducir la posibilidad de errores (Berner, 2011; Crook-Abel, 2012; Flotta *et al.*, 2012).

Dado que los médicos especialistas en formación representan una población fundamental de los servicios de salud, tanto en sistemas públicos como privados, su bienestar, estabilidad y funcionalidad requiere constituir un ámbito importante de la investigación en psicología de la salud, en general, y en medicina conductual, en particular (Hacking & Phillips, 2018; Molinuevo, Aradilla-Herrero, Nola, & Clèries, 2016; McLuckie *et al.*, 2018).

Así, el objetivo del presente estudio consistió en hacer un diagnóstico preliminar de la forma en que médicos residentes participantes de una institución pública de la Ciudad de México perciben su funcionalidad interpersonal y psicológica en términos de condiciones estresantes. Un objetivo secundario consistió en distinguir entre las dos fuentes genéricas descritas arriba (individuales e institucionales) de sus principales quejas.

Método

En una primera exploración de tipo cualitativo y a fin de identificar la consistencia de fuentes de estrés en general, se entrevistaron a profundidad a 14 residentes de distintas especialidades (servicios) de un hospital público en el que habían surgido quejas de disfunción laboral e interpersonal, recibidas por directivos académicos del hospital y transmitidas al equipo de investigación con la solicitud de explorarlas. La principal razón por la que se optó por entrevistas individuales en lugar de otros procedimientos tradicionales tales como grupos focales fue un nivel creíble de desconfianza o suspicacia generada por la posibilidad de incluirse quejas interpersonales delicadas sobre supervisores y superiores, la participación grupal hubiera podido generar filtraciones con posibles consecuencias negativas a los participantes. Naturalmente, esta probable desconfianza hubiera invalidado los datos a recolectarse.

Un representante, funcionario del área de formación de posgrado del hospital, por acuerdo con dos entrevistadores psicólogos ajenos a éste (profesores del posgrado de la UNAM) programó la secuencia de entrevistas que se realizaron en una sala de juntas con mobiliario, iluminación y ventilación adecuada. Una vez explicado el objetivo central de la entrevista, expresado el compromiso de absoluto respeto a la confidencialidad y al manejo completamente anónimo de los datos (los entrevistadores nunca conocieron la identidad personal de los entrevistados) y otorgado expresamente el consentimiento verbal a su participación, se realizaron las entrevistas a profundidad.

En principio, se usaban de cinco a 10 minutos estableciendo *rapport* y se describieron ejemplos generales de fuentes de estrés habituales en hospitales, tales como horarios, responsabilidades básicas, acceso a casilleros o comedor, entre otros. A continuación, se pidió a cada entrevistado que describiera, según su experiencia personal, las fuentes de estrés que hubieran identificado para sí mismos desde su arribo al servicio de su residencia o especialidad; cada entrevista tenía una duración promedio aproximada de 40 minutos. Uno de los dos psicólogos conducía las entrevistas y el otro, con amplia experiencia en procedimientos y análisis cualitativos tomaba nota de los contenidos, verificaba la cobertura de áreas temáticas mínimas y la presentación de la misma información y explicaciones iniciales. Las últimas tres de las 14 entrevistas a profundidad, revelaron un nivel razonable de saturación al no describirse ninguna nueva fuente de estrés, de acuerdo con los procedimientos generales aceptados en la metodología cualitativa (Saunders *et al.*, 2018).

Resultados de la exploración cualitativa

Las entrevistas revelaron las siguientes fuentes de estrés como las más consistentes, aunque no en orden de frecuencia o importancia, ya que su propósito solo consistió en guiar el diseño de contenidos para reactivos más estructurados.

- Cargas excesivas de trabajo, especialmente administrativo (llenar formas, informes)
- Imposibilidad práctica para descansar, dormir o relajarse
- Lejanía o abandono por parte de la universidad en el sentido de que sus calificaciones y evaluaciones dependen completamente del hospital, sin posibilidad de retroalimentar al sistema universitario de residencias
- Arbitrariedad y sesgos en la asignación de calificaciones y promedios
- Rigidez de horarios o incompatibilidad de actividades en ellos
- Imposibilidad de ocuparse de actividades domésticas mínimas indispensables
- Alejamiento extremo de su vida social y familiar
- Maltrato en la forma de reclamos, regaños o humillaciones por parte de residentes de años avanzados (“R+”) o supervisores, frente a sus compañeros
- Llamadas de atención mediante *memos* o *reportes* injustificados por parte de supervisores
- Selectividad sesgada personalizada y arbitraria en castigos a unos y tolerancia a otros
- Solicitudes impositivas, arbitrarias, abusivas e injustificadas por parte de “R+” o supervisores
- Materiales-insumos insuficientes o equipo en malas condiciones
- Dormir como única forma de *desestresarse*.

En la parte final de las entrevistas se preguntó a los participantes si habían condiciones o experiencias que representaran satisfacciones o aspectos positivos de su trabajo en la residencia, la estructura de la pregunta era: ¿qué es lo que los alienta a seguir trabajando en esas condiciones? Las más frecuentes fueron:

- Haber ayudado a los pacientes en situaciones difíciles o complicadas
- Expresiones de agradecimiento y reconocimiento por parte de pacientes y familiares
- Las ocasiones en las que los “R+” nos respaldan
- Notar que estamos aprendiendo.

Finalmente, se abordaban las acciones que ponían en práctica para lidiar con el estrés generado por las situaciones o fuentes que habían mencionado. Las dos respuestas más frecuentes fueron: hablar con otros residentes de su nivel acerca de las cosas que pasaban y platicar con amigos y departir en reuniones.

Medición cuantitativa

Los resultados anteriores se usaron para desarrollar un cuestionario cuyos reactivos se construyeron a partir de las fuentes señaladas por los participantes en el estudio exploratorio, y se aplicó a 72 residentes de un grupo nuevo al final de su primer año, en un auditorio cómodo del hospital. El formato del cuestionario incluyó tres opciones de respuesta: 1) me ha ocurrido a mí, 2) sé que le ha ocurrido a otros, y 3) un espacio en blanco para agregar estresores que no estuvieran en la lista. Esta aplicación también fue anónima y se contó con el consentimiento de los participantes, mediante su permanencia en la aplicación, al reiterárseles que su participación era voluntaria, anónima y sin consecuencia alguna si decidían retirarse. Todos los residentes optaron por la aplicación, la cual duró 35 minutos en promedio.

Resultados

El cuadro 4.1 muestra las 18 principales fuentes de estrés expresadas por más de la mitad de los participantes en términos del porcentaje de residentes que las señalaron, incluyendo aquellas que agregaron en los espacios adicionales provistos al efecto en el cuestionario. Los porcentajes oscilaron entre los máximos de 91.5%, 89.8% y 76.3% para cargas excesivas de trabajo, somnolencia, fatiga y agotamiento y humillaciones frente a otros residentes respectivamente; hasta 54.2% y 50.8% para comentarios denigrantes de su capacidad como residentes, tener que ser complaciente y sumiso, y afectación de su estado de ánimo respectivamente.

Cuadro 4.1. Principales fuentes de estrés en residentes

	Fuente-reactivo	Porcentaje de residentes
1	· Cargas excesivas de trabajo	91.5
2	· Somnolencia, fatiga, agotamiento	89.8
3	· Humillaciones frente a otros residentes	76.3
4	· Sueño insuficiente o poco reparador	74.6
5	· Cargas administrativas que interfieren con estudio o práctica	71.2
6	· Horarios innecesariamente extensos	69.5
7	· Comentarios cínicos por parte de “R” (nosotros sí podíamos)	69.5
8	· Tener que pagar comida por no poder ir al comedor	69.5
9	· Imposibilidad de estudiar	66.1
10	· Tener que hacer las cosas rápido y a como dé lugar	64.4
11	· Regaños injustos e irracionales	62.7
12	· Trato grosero por “R+”	62.7
13	· Ingreso económico bajo	57.6
14	· Lejanía de familia y amigos	57.6
15	· Muestras de menosprecio por parte de “R+”	57.6
16	· Comentarios denigrantes de nuestra capacidad	54.2
17	· Tener que ser complaciente y sumiso	54.2
18	· Afectación de nuestro estado de ánimo	50.8

Discusión

El objetivo central del presente estudio consistió en explorar las principales fuentes de estrés en residentes médicos de una institución pública de salud en la Ciudad de México. Los resultados señalan que los residentes participantes perciben múltiples fuentes de estrés y también identifican algunos efectos de naturaleza emocional que es de suponerse, afectan su funcionamiento personal y profesional.

En especial, es interesante que una simple categorización informal, a priori, sugeriría que seis de 18 fuentes pueden caracterizarse como parte de la organización administrativa de la formación especializada habitual en este tipo de hospitales: cargas excesivas de trabajo, cargas administrativas que interfieren con estudio o práctica, horarios innecesariamente extensos, pagar comida por no poder ir al comedor, imposibilidad de estudiar e ingreso económico bajo.

Cuatro de 18 fuentes podrían clasificarse como consecuencias que afectan el funcionamiento personal del residente: somnolencia, fatiga y agotamiento, sueño insuficiente o poco reparador y afectación del estado de ánimo. La fuente, lejanía de familiares y amigos, sería de suponerse que afectara a residentes provenientes de lugares fuera de la Ciudad de México y, sin embargo, afectan por lo menos a la mitad de los participantes.

Es notorio que la mayor parte de las fuentes de estrés en los participantes (nueve de 18) se aprecian atribuibles a defectos graves de naturaleza interpersonal y que varios autores han sugerido como componentes de *mobbing o bullying* en escenarios de atención a la salud (Cohen *et al.*, 2005; García-Izquierdo, Esteban, García-Izquierdo y Hernández, 2006; Shaw & Anderson, 2018).

Si bien se trata de resultados preliminares y es posible que generalizadas en hospitales públicos, los presentes hallazgos pueden utilizarse para discernir intervenciones potenciales, preventivas o remediales en el contexto de un sector salud como el mexicano o en el de otros países con condiciones socioeconómicas y culturales similares. Dadas las posibilidades de acción se visualizan cuatro opciones generales que se pueden concebir como naturales para abordar el problema: 1) educativa (desde los años iniciales de las licenciaturas en las áreas de la salud e incluso los bachilleratos), 2) normativa institucional, 3) administrativa y 4) la que permitan los medios de socialización.

Por principio, los planes y programas de estudio de carreras como medicina, enfermería, psicología, trabajo social, administración de hospitales y todas aquellas que concurren en la atención a la salud, requieren incluir contenidos expresos, sistemáticos, basados tanto en investigación científica (derivación de intervenciones) y en evidencia (evaluación cuidadosa de su efecto y permanencia) sobre los aspectos interpersonales, estructurales e interactivos del funcionamiento humano en escenarios de atención a la salud. Debe notarse que los contenidos formales no harían diferencia alguna en ausencia de docentes especialistas capacitados que formen al personal participante.

De manera similar, el conocimiento de los factores que propician el *burnout* difícilmente tendrá los efectos buscados en ausencia de una normatividad (local y general) clara y expresa que prescriba sanciones específicas para la Comisión de Agresiones. A su vez, la combinación de educación y normatividades claras servirán de poco si no se cuenta con autoridades y directivos dispuestos y capaces de hacerlas valer o en ausencia de mecanismos institucionales viables para recibir quejas o denuncias y para aplicar correctivos eficaces, ya que, de otra manera, existe riesgo de perpetuar estados de impunidad.

Varios relatos informales tanto de participantes como de algunos directivos, surgidos durante el presente estudio, coincidieron en señalar que parece haberse perpetuado una subcultura de maltrato por parte del personal de mayor jerarquía sobre el de menor y que aquella puede haber surgido de antecedentes históricos desde fines del siglo XIX. Habría una prevalencia estructural con tonos militares de la organización del cuidado de la salud en varias instituciones públicas, la cual entrañaba desigualdades inveteradas y notorias en el respeto entre profesiones o entre niveles de autoridad, fueran de tipo laboral, académico o incluso, político. De continuar así, parece claro que el cambio de estas situaciones tomará más o menos tiempo en función de varias condiciones, ya que requiere decisiones definidas, el concurso de todos los integrantes del equipo de salud, así como el compromiso y apoyo reales por parte de autoridades superiores y cuerpos colegiados y legislativos.

Parte de la subcultura bosquejada arriba, se reflejó en comentarios hechos por algunos "R+", en su defensa cuando se les llamó a responder por agresiones documentadas hacia compañeras(os) residentes de años básicos, en la situación formal expresaron: "son unos indisciplinados". No obstante, en pasillos y salas de espera algunas

expresiones eran: “a nosotros se nos trató igual y no anduvimos de chillones”, “son unos holgazanes”, “nosotros sí pudimos”, “ni aguantan nada”, entre otras. A decir de algunos agredidos, las instancias de maltrato podían repetirse sin que jefes de servicio o autoridades académicas o laborales hicieran nada, incluso si se sabía de conductas o amenazas veladas que podrían considerarse hostigamiento o acoso académico, laboral o sexual.

Los hallazgos del presente estudio sugieren que las principales fuentes de estrés entre los participantes se derivan de defectos dentro del clima organizacional y, por tanto, requieren intervenciones que incluyan normas, vigilancia administrativa y académica, desde autoridades y funcionarios hasta los responsables directos tanto de atender a los usuarios de los servicios como en su carácter de especialistas en formación (Berberoglu, 2018; Garcia-Garcia *et al.*, 2011; Muñoz *et al.*, 2014; Vidal-Velazco, 2019).

Aun cuando se trata de resultados preliminares y posiblemente generalizados en hospitales públicos, los presentes hallazgos pueden utilizarse para discernir intervenciones potenciales, preventivas o remediales en el contexto del sector salud como el mexicano.

Es probable que el siguiente reto en esta línea sea diseñar, implementar y evaluar intervenciones preventivas y asistenciales, y tener como variable dependiente el bienestar del personal de salud, su funcionamiento profesional y efectos sobre la retroalimentación que provean los usuarios mismos de sus servicios. Estos estudios de naturaleza traslacional requerirán mejor calidad metodológica y cooperación de autoridades, funcionarios y cuerpos colegiados facultados para instrumentar los cambios necesarios (Maslach & Leiter, 2017; Sánchez-Sosa, 2018).

De inicio, es probable que las intervenciones se formalicen en manuales internos de mejores prácticas, pero a mediano y largo plazo será necesario que las mejoras puestas en marcha se conviertan en normas del más alto nivel y amplitud oficial e incluyan prescripciones precisas para su sanción en caso de incumplimiento.

Referencias

- Arden, J. B. (2019). *Norton series on interpersonal neurobiology. Mind-brain-gene: Toward psychotherapy integration*. New York, NY: W. W. Norton y Company.
- Ashing, K. T., George, M., & Jones, V. (2018). Health-related quality of life and care satisfaction outcomes: Informing psychosocial oncology care among latin and african-american young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4650>
- Belar, C. D., McIntyre, T. M., & Matarazzo, J. D. (2013). "Health psychology". In D. K. Freedheim & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology: History of psychology* (pp. 488-506). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Berberoglu, A. (2018). Impact of organizational climate on organizational commitment and perceived organizational performance: Empirical evidence from public hospitals. *Health Services Research, 18*(4) 399-408.
- Berner, E. S. (2011). Mind wandering and medical errors. *Medical Education, 45*(11), 1068-9. Available in: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04072.x>
- Cohen, F. (1982). "Personality, stress and the development of physical illness". In: G. C. Stone, F. Cohen, N. E. Adler et al., *Health Psychology: A Handbook* (pp. 77-111). San Francisco: Jossey Bass.
- Cohen, D., Rollnick, S., Smail, S., Kinnersley, P., Houston, H., & Edwards, K. (2005). Communication, stress and distress: Evolution of an individual support programme for medical students and doctors. *Medical Education, 39*(5), 476-481. Available in: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02122.x>
- Colombotos, J. (1969). Social origins and ideology of physicians: A study of the effects of early socialization. *Journal of Health and Social Behavior, 10*(1), 16-29. Available in: <http://dx.doi.org/10.2307/2948502>
- Crook-Abel, W. M. (2012). The effect of invalidating interactions and emotion regulation on the commission of medical errors. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 72*(12-B), 7679.

A

B

C

- D** Doets, C. (1992). Functionele ongeletterdheid onder volwassen Nederlanders [Functional illiteracy of adult Dutchmen]. *Pedagogische Studiën*, 69(5), 388-99.
- Duarte, R. E., Velasco, E., Sánchez-Sosa, J. J. y Reyes L. I. (2017). Validación psicométrica de la escala de gravedad de fatiga en médicos residentes mexicanos. *Educación Médica*, 20(1), 28-36.
- F** Flotta, D., Rizza, P., Bianco, A., Pileggi, C., & Pavia, M. (2012). Patient safety and medical errors: Knowledge, attitudes and behavior among Italian hospital physicians. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(3), 258-265. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzs014>
- Frenk, J. (2017). *Aportaciones a la salud de los mexicanos*. Salud Pública de México. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8660/11106>
- G** Galván, M. J. F., Jiménez, C. M. E., Hernández, M. J. M. y Arellano, C. J. R. (2017). Sistema de tamizaje de psicopatología en estudiantes de medicina. *Gaceta Médica de México*, 153(1), 75-87.
- García-García, I., Ramos, V. B., Serrano, J. L. C., Cobos, M. C. R., & Souza, A. (2011). Nursing personnel's perceptions of the organizational climate in public and private hospitals in Spain. *International Nursing Review*, 58(2), 234-41. Available in: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00871.x>
- García-Izquierdo, M., Esteban, B. L., García-Izquierdo, A. L., y Hernández, J. A. R. (2006). Bienestar psicológico y mobbing en una muestra de profesionales de los sectores educativo y sanitario. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 381-395.
- García, L. S. y Torner, C. (2017). Niveles de ansiedad en los alumnos de medicina de una universidad pública mexicana. *Psiquis*, 26(4), 104-108.
- Green, A. E., Albanese, B. J., Shapiro, N. M., & Aarons, G. A. (2014). The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. *Psychological Services*, 11(1), 41-9. Available in: <http://dx.doi.org/10.1037/a0035299>

- Grosche, M. (2013). The interaction theory of functional illiteracy. Considerations of the relationship between reading disabilities, social disadvantages and illiteracy in adulthood, *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 82(2), 102-113. Available in: <http://dx.doi.org/10.2378/vhn2013.art06d>
- Guavita, F. P. M., & Sanabria, F. P. A. (2006). Depressive symptoms prevalence, in one medical student population. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 54(1), 76-87.
- Guze, S. B., Matarazzo, J. D., & Saslow, G. (1953). A formulation of principles of comprehensive medicine with special reference to learning theory. *Journal of Clinical Psychology*, 9, 127-136.
- Hacking, P., & Phillips, S. (2018). Residents teaching medical students: Creating a learner network. *Medical Education*, 52(5), 563. Available in: <http://dx.doi.org/10.1111/medu.13540>
- Herrera, A. C. y Gómez, O. R. (2000). Niveles de ansiedad en estudiantes de ciencias básicas de la Facultad de Medicina UTP. *Revista Médica de Risaralda*, 7(1), 30-5.
- Kwiatosz-Muc, M., Fijałkowska-Nestorowicz, A., Fijałkowska, M., Aftyka, A., Pietras, P., & Kowalczyk, M. (2019). Stress coping styles among anaesthesiology and intensive care unit personnel-links to the work environment and personal characteristics: A multicentre survey study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Advance online publication. Available in: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12661>
- Lapinski, J., Yost, M., Sexton, P., & LaBaere, R. J. II. (2016). Factors modifying burnout in osteopathic medical students. *Academic Psychiatry*, 40(1), 55-62. Available in: <http://dx.doi.org/10.1007/s40596-015-0375-0>
- Leanza, Y., Rizkallah, E., Michaud-Labonté, T., & Brisset, C. (2017). From concern for patients to a quest for information: How medical socialization shapes family physicians' representations of interpreters. *Interpreting*, 19(2), 232-59. Available in: <http://dx.doi.org/10.1075/intp.19.2.04lea>

K

L

Lindberg, O. (2009). Undergraduate socialization in medical education: Ideals of professional physicians' practice. *Learning in Health and Social Care*, 8(4), 241-249. Available in: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1473-6861.2009.00228.x>

M

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Medical Teacher*, 39(2), 160-163. Available in: <http://dx.doi.org/10.1080/0142159X.2016.1248918>

McDavid, J. W., & Garwood, S. G. (1978). *Understanding Children* (pp. 241-274). Lexington, MA: D. C. Heath.

McLuckie, A., Matheson, K. M., Landers, A. L., Landine, J., Novick, J., Barrett, T., & Dimitropoulos, G. (2018). The relationship between psychological distress and perception of emotional support in medical students and residents and implications for educational institutions. *Academic Psychiatry*, 42(1), 41-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s40596-017-0800-7>

Molinuevo, B., Aradilla-Herrero, A., Nolla, M., & Clèries, X. (2016). A comparison of medical students', residents' and tutors' attitudes towards communication skills learning. *Education for Health: Change in Learning y Practice*, 29(2), 132-135. Available in: <http://dx.doi.org/10.4103/1357-6283.188755>

Muñiz, J., Peña, S. E., De la Roca, Fonseca, P. E., Cabal, A. L. & García, C. E. (2014). Organizational climate in Spanish public health services: administration and services staff. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(2) 102-110.

P

Penney, J. C. (1985). Reactions of medical students to dissection. *Journal of Medical Education*, 60(1), 58-60.

Phinder, P. M. E., Sánchez, C. A., Castellanos, F. R., Vizcarra, G. J. y Sánchez, V. E. A. (2014). Percepción sobre factores estresantes en estudiantes de medicina de primer semestre, sus padres y sus maestros. *Investigación en Educación Médica*, 3(11), 139-146.

Plourde, V., Yeates, K. O., & Brooks, B. L. (2018). Predictors of long-term psychosocial functioning and health-related quality of life in children and

adolescents with prior concussions. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 24(6), 540-548. Available in: <http://dx.doi.org/10.1017/S1355617718000061>

Rahimian, I., Talepasand, S., & Jabari, M. (2018). Psychosocial and medical determinants of health-related quality of life in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 55(1), 29-35.

R

Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky Families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366.

Reyes, C. C., Monterrosas, R. A. M., Navarrete, M. A. y Torruco, G. U. (2016). Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana antes de iniciar al internado. *Investigación en Educación Médica*, 6(21), 42-46.

Riveros, A., Sánchez Sosa, J. J. y Del Águila, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud*. México: El Manual Moderno.

Sánchez-Sosa, J. J. (1998). "Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz, intervención- investigación en Psicología de la Salud". En: G. Rodríguez y M. Rojas (Dir.), *La Psicología de la salud en América Latina* (pp. 33-44). México: M. A. Porrúa.

S

_____ (2018). ¿Es el Análisis Conductual Aplicado, Investigación Traslacional? Ponencia plenaria presentada en el VI Seminario Bienal sobre Desarrollo e Interacción Social y III Coloquio Internacional de Analistas Conductuales Aplicados. UNAM, México, abril de 2018 (pdf).

Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qualitative-Quantitative*, 52, 1893-1907. Available in: <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>

Schenk-Danzinger, L. (1990). Dealing with functional illiteracy. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 37(3), 198-206.

- Selye, H. (1993). "History of the stress concept". In: L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 7-17). New York, NY: Free Press.
- Shahrakai, M. R., Mirshekari, H., Ghanbari, A. T., Shahraki, A. R., & Shahraki, E. (2011). Prevalence of migraine among medical students in Zahedan (Iran) faculty of Medicine. *Basic and Clinical Neuroscience*, 2(2), 20-25.
- Shaw, S. C. K., & Anderson, J. L. (2018). The experiences of medical students with dyslexia: An interpretive phenomenological study. *Dyslexia: An International Journal of Research and Practice*. Available in: <http://dx.doi.org/10.1002/dys.1587>
- Shields, G. S., & Slavich, G. M. (2017). Lifetime stress exposure and health: A review of contemporary assessment methods and biological mechanisms. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(8), 1-17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/spc3.12335>
- Sivan-Donin, D., Ben-Ezra, M., & Hamama-Raz, Y. (2019). Quality or quantity of coping resources: Why not both? An integration of common stress theories. *Psychiatry Research*, 272, 164-170. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.051>
- Sørensen, J. K., Pedersen, A. F., Vedsted, P., Bruun, N. H., & Christensen, B. (2016). Substance use disorders among Danish physicians: An explorative study of the professional socialization and management of colleagues with substance use disorders. *Journal of Addiction Medicine*, 10(4), 248-54. Available in: <http://dx.doi.org/10.1097/ADM.000000000000228>
- T** Taché, J., & Selye, H. (1985). On stress and coping mechanisms. *Issues in Mental Health Nursing*, 7(1-4), 3-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/01612848509009447>
- V** Vágvolgyi, R., Coldea, A., Dresler, T., Schrader, J., & Nuerk, H.-C. (2016). A review about functional illiteracy: Definition, cognitive, linguistic, and numerical aspects. *Frontiers in Psychology*, 7, Article ID 1617.
- Vidal-Velazco, E. A. (2019). *Estrés en personal de salud: Factores organizacionales e individuales*. Tesis de maestría en Residencia en Medicina Conductual. México: UNAM.

5. CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA APLICADA EN EL MANEJO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Patricia Edith Campos Coy
Samuel Jurado Cárdenas

Introducción

El objetivo de este capítulo es hacer una descripción de las aplicaciones de la hipnoterapia y la relajación asistida por bio-retroalimentación para el manejo del trastorno de pánico en el contexto de la psicofisiología aplicada.

Tanto la hipnosis como la bio-retroalimentación se emplean como técnicas complementarias una de la otra, mejoran la eficacia del proceso psicoterapéutico en protocolos de intervención en los que el desarrollo de habilidades de autorregulación es uno de los objetivos más importantes. Dado que los trastornos de ansiedad se caracterizan, entre otras cosas, por una sensación de pérdida de autocontrol, este tipo de intervenciones han resultado de gran utilidad en la práctica clínica.

Asimismo, se exponen resultados de dos investigaciones realizadas con pacientes diagnosticados con este padecimiento quienes además de recibir tratamiento farmacológico, participaron en protocolos de intervención con hipnoterapia y entrenamiento en relajación asistido por bio-retroalimentación, en ambos casos, los resultados mostraron que después de la intervención disminuyó la frecuencia e intensidad de las crisis de pánico, las conductas evitativas y la sensibilidad a la ansiedad.

Los trastornos de ansiedad constituyen un grupo de padecimientos con alta prevalencia tanto a nivel nacional como internacional. De acuerdo con la *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica* (Medina-Mora et al., 2003; López de la Parra et al., 2014) en nuestro país hay una prevalencia de este trastorno de 14.3% de la población.

De acuerdo con el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) (APA, 2018), la aparición de ataques de pánico imprevistos y recurrentes se definen como la aparición súbita de miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y, durante ese tiempo, se producen cuatro o más de los síntomas siguientes:

- Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca
- Sudoración
- Temblor o sacudidas
- Sensación de dificultad para respirar o asfixia
- Sensación de ahogo
- Dolor o molestias en el tórax
- Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo
- Escalofríos o sensación de calor
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo)
- Miedo a perder el control o volverse loco.

Este trastorno ha sido estudiado tanto desde la perspectiva psicológica como biológica dando origen a diversas intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas. El DSM-5 (APA, 2018) considera que existen primordialmente tres factores de riesgo para que dicho trastorno se presente:

- a) *Temperamentales*: afectividad negativa (neuroticismo) y sensibilidad a la ansiedad.
- b) *Ambientales*: historia de abuso sexual en la infancia y maltrato físico; fumar; haber tenido factores de estrés identificables en los meses previos al primer ataque de pánico.

c) *Genéticos y fisiológicos*: con relación a la etiología genética del trastorno de pánico, existe fuerte influencia sobre todo en familiares de primer grado (Noyes et al., 1986; Mendlewicz, Papadimitriou, & Wilimotte, 1993; Maier et al., 1993; Horwarth et al., 1995; Fyer et al., 1996).

Por otra parte, Barlow (2004) planteó un modelo teórico explicativo en el que señala como factores predisponentes de los trastornos de ansiedad tres tipos de vulnerabilidad:

a) *Biológica generalizada*: involucra aportaciones genéticas no específicas en el desarrollo de factores como el temperamento, el neuroticismo, el afecto negativo y la inhibición conductual.

b) *Psicológica generalizada*: está relacionada con experiencias tempranas que juegan un papel importante como factor predisponente para experimentar ansiedad y trastornos afectivos relacionados, como los estados depresivos.

c) *Psicológica específica*: está relacionada con experiencias de aprendizaje en la historia de vida que favorecen la percepción de daño o amenaza hacia diferentes estímulos internos o externos, tales como sensaciones somáticas, pensamientos intrusivos o evaluación social cuando se percibe que no se tiene control sobre diferentes aspectos de la vida cotidiana y ante la sobrecarga de estrés y preocupaciones.

Como puede observarse, en este modelo teórico se considera que el aprendizaje temprano juega un papel importante en la presencia de los trastornos de pánico, obsesivo compulsivo y fobia social, como se muestra en la figura 5.1.(Pag. 108)

Desde la perspectiva neurofisiológica, se ha considerado al modelo animal del miedo condicionado para entender el trastorno de pánico mediante ciertas vías cerebrales y neurotransmisores.

Gorman, Kent, Sullivan y Coplan (2000) propusieron que, en los animales, la respuesta de miedo puede ser entendida por un circuito cerebral centrado en la amígdala en interacción con el hipocampo y la corteza prefrontal media. En dicho circuito, la entrada sensorial para un estímulo condicionado viaja a través del tálamo anterior hasta el núcleo lateral de la amígdala y, desde este lugar, se traslada

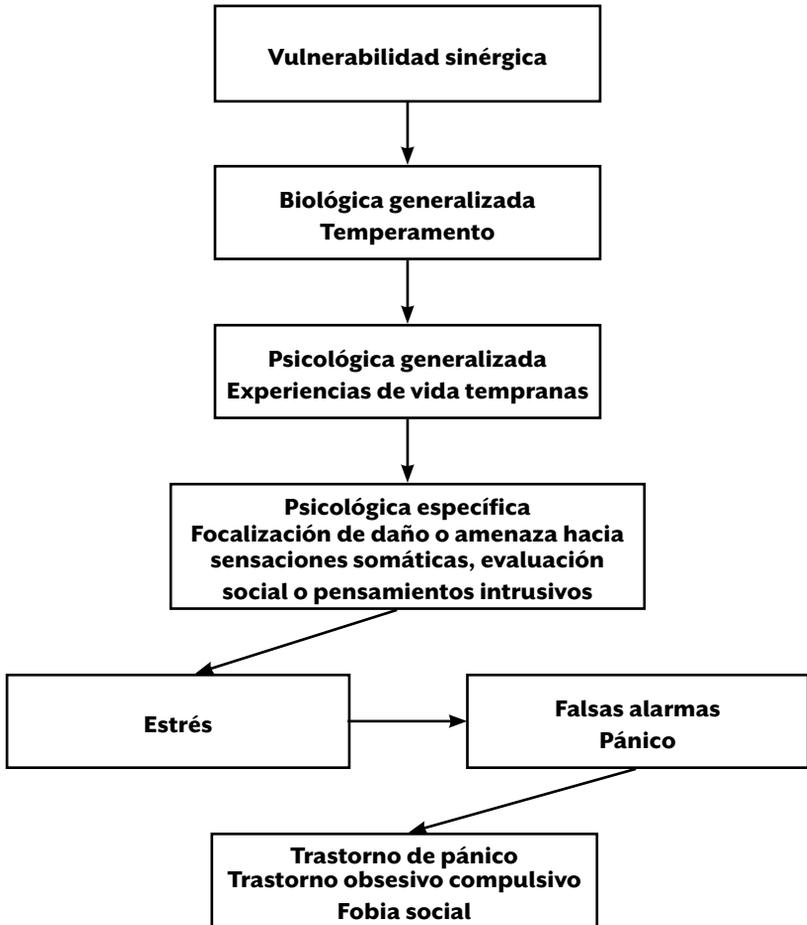


Figura 5.1. Modelo de la triple vulnerabilidad de los trastornos de ansiedad (Barlow, 2000).

al núcleo central del tálamo desde donde se difunde la información que coordina respuestas conductuales y del sistema nervioso autónomo, provocando cambios en el sistema de alarma, descargas simpáticas, liberación de adrenocorticoides y respuestas conductuales de inhibición que pueden considerarse el equivalente de las conductas de evitación en humanos.

La amígdala recibe la entrada sensorial proveniente de las estructuras del tallo cerebral y del tálamo sensorial, lo cual facilita una rápida respuesta ante el estímulo potencialmente amenazante; también recibe aferentes de regiones corticales implicadas tanto en el procesamiento como en la evaluación de la información sensorial.

Los autores plantean que un déficit neurocognitivo en estas vías de procesamiento puede dar como resultado la incorrecta interpretación de la información sensorial, considerado como uno de los aspectos más característicos del trastorno de pánico. Dicha interpretación, errónea de manera recurrente, puede favorecer la aceleración del circuito del miedo y activa a la amígdala que conlleva al incremento en la actividad neuroendocrina, autónoma y conductual.

Por otra parte, se considera que la conducta de evitación que presentan los pacientes con trastorno de pánico puede explicarse como una forma de aprendizaje similar al miedo condicionado en animales, que ocurre en el sistema de memoria del hipocampo.

Experiencias tempranas de separación de los padres o cuidadores, el miedo a que ocurra algo malo de manera apremiante, la muerte, así como la respuesta somática exagerada, están mediadas por funciones corticales superiores para coadyuvar en el manejo del miedo desde lo fisiológico, emocional, cognitivo y conductual. El factor cognitivo juega un papel importante en la etiología del trastorno de pánico; desde esta perspectiva, Clark (1988) planteó que la *interpretación catastrófica* de las respuestas somáticas presentes en las crisis de angustia, son la causa de su origen y mantenimiento.

La focalización de la atención hacia los síntomas somáticos que ocurren durante los episodios de ansiedad, favorece que las personas que padecen trastorno de pánico experimenten un estado de alerta constante, incrementando la sensibilidad ante la presencia de los síntomas somáticos que lo caracterizan. No obstante, se ha

planteado que una de las limitaciones de esta explicación acerca del origen de las crisis de angustia es que, en diversas ocasiones, suelen presentarse en ausencia de pensamientos de tipo catastrófico detectable, lo que se hace evidente cuando se presentan crisis de angustia nocturnas que toman por sorpresa a las personas (Rachman, Lopatka, & Levitt, 1988; Zucker *et al.*, 1989) o cuando las crisis se presentan durante el día sin motivo aparente (Kenardy, Fried, Kraemer, & Taylor, 1992; Kenardy & Taylor, 1999; Bouton, Mineka, & Barlow, 2001).

La teoría cognitiva como etiología del trastorno de pánico hace especial énfasis en el concepto de interpretaciones catastróficas, y aunque pudiera dejar de lado otros aspectos, este enfoque brinda procedimientos clínicos que han mostrado ser eficientes y específicos en diferentes protocolos de intervención.

Otra de las teorías que ha resultado especialmente relevante para explicar la etiología del trastorno de pánico, es la que hace referencia al constructo de *sensibilidad a la ansiedad* (Reiss, Peterson, Grusky, & McNally, 1986), que considera una creencia rasgo presente en los pacientes que experimentan ansiedad y, en específico, trastorno de pánico. Dicha creencia está basada en la interpretación que la presencia de ansiedad y los síntomas somáticos asociados a ella pueden causar deterioro físico, psicológico y consecuencias sociales negativas. En este caso, se hace énfasis en las consecuencias que puedan tenerse como resultado de la presencia de las crisis de angustia recurrentes.

La sensibilidad a la ansiedad se considera un factor clave de vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno de ansiedad, en especial, el trastorno de pánico.

Por otra parte, la teoría conductual ha jugado también un papel importante en la etiología del trastorno de pánico. Desde esta perspectiva teórica, se plantea que cuando se asocia un determinado estímulo o situación con la presencia de crisis de pánico, ocurre un condicionamiento y favorece que ante la presencia de dichos estímulos o situaciones, se presente de nuevo un episodio de ansiedad. Los primeros planteamientos de esta explicación hacían referencia al condicionamiento de estímulos exteroceptivos. Posteriormente, Goldstein y Chambless (1978) resaltaron la importancia del condicionamiento interoceptivo, en el cual, aún niveles de baja intensidad de respuestas somáticas, se convierten en estímulos discriminativos relacionados con altos niveles de ansiedad.

Como limitaciones de esa explicación se ha planteado la difícil extinción del condicionamiento de las señales somáticas que no siempre están asociadas a la presencia de crisis de angustia (Seligman, 1988; Van den Hout, 1988).

Psicofisiología aplicada

Stern (1964) definió el campo de la psicofisiología como cualquier investigación en la cual la variable dependiente es una medida psicofisiológica y la variable independiente una medida conductual.

Esta definición muestra la relación entre variables psicológicas y fisiológicas que a inicios de los años 60 dieron contexto a las investigaciones realizadas por pioneros como Elmer y Alice Green y Dale Walters. De acuerdo con estos autores, existe un principio psicofisiológico que plantea lo siguiente: "Cada cambio en el estado fisiológico está acompañado de un cambio en el estado mental emocional, consciente o inconsciente y cada cambio en el estado mental, emocional consciente o inconsciente está acompañado de un cambio en el estado fisiológico" (Green, Green, & Walters, 1970, p. 3).

Posteriormente, Schwartz (1999) definió a la psicofisiología aplicada como un conjunto de intervenciones y métodos de evaluación cuya principal intención está centrada en comprender y efectuar cambios que favorezcan un funcionamiento fisiológico más saludable.

Dicho término incluye un grupo de intervenciones, evaluaciones y métodos cuyo objetivo principal es entender los cambios que favorecen y mantienen un funcionamiento fisiológico saludable. El grupo de intervenciones que plantea Schwartz en su definición incluye la psicoeducación, diferentes modalidades de bio-retroalimentación, métodos de relajación y respiración, terapia cognitivo-conductual, modificación de conducta, hipnosis y meditación.

En relación con la evaluación, se emplean diferentes modalidades de registro psicofisiológico, tales como la evaluación de la actividad muscular, electroencefalográfica y de respuestas del sistema nervioso autónomo. El principal objetivo de las intervenciones está dirigido al tratamiento de síntomas médicos y psicofisiológicos.

Por otra parte, Striefel (1999) propone algunos cambios importantes en la definición original de Schwartz y enfatiza la importancia de la autorregulación y la aplicación de las estrategias aprendidas en la vida cotidiana sin depender de algún equipo de registro psicofisiológico o apoyo terapéutico. Esta definición también resalta la interacción de procesos fisiológicos y cognitivos presentes en las intervenciones psicofisiológicas.

La definición de Striefel (1999) queda de la siguiente manera:

La psicofisiología aplicada es una disciplina o especialidad en evolución que estudia y aplica el conocimiento de la ciencia básica y *aplicada* y el cuidado de la salud para ayudar a las personas a adquirir *habilidades de auto-regulación* y las conductas necesarias para cambiar su *funcionamiento fisiológico y psicológico* lo cual incluye la reducción o detención de síntomas problemáticos (p. 19).

Hipnosis

Ha sido considerada una forma de procesamiento de información en la cual se inicia voluntariamente la suspensión de alertamiento externo y análisis crítico que conducen a cambios en la percepción, memoria y estado de ánimo, con importantes consecuencias fisiológicas y conductuales en las personas que son hipnotizadas (Wickramasekera, 2003).

Por su parte, Vanhauzenhuyse, Laureys y Faymonville (2014) mencionan que la hipnosis se ha descrito como un estado de atención focalizada que implica concentración focal y absorción interna con una relativa suspensión de la consciencia periférica, la cual tiene tres componentes principales:

- a) *Absorción*: tendencia a involucrarse por completo en una experiencia perceptual, imaginativa o de ideas.
- b) *Disociación*: separación mental de componentes de la experiencia, que normalmente se procesarán juntos.
- c) *Sugestionabilidad*: capacidad de respuesta a las señales sociales que favorece una mayor tendencia a cumplir con instrucciones hipnóticas, lo que representa una suspensión del juicio crítico.

Estas características del estado hipnótico están relacionadas con cambios en la actividad cerebral que involucran tanto áreas corticales como subcorticales, las cuales incluyen:

- a) *Cíngulo anterior*: tiene un papel importante en la regulación de funciones autónomas, funciones cognitivas, toma de decisiones, empatía y emociones.
- b) *Corteza prefrontal*: algunas de sus principales funciones son la planeación, anticipación, resolución de problemas, toma de decisiones, memoria de trabajo.
- c) *Ganglios basales*: implicados, entre otras cosas, en las funciones ejecutivas, conducta emocional y motivacional.
- d) *Tálamo*: sus funciones son la integración de datos sensoriales, regulación tanto del ciclo sueño-vigilia como de las emociones.

En la práctica clínica, la absorción, la disociación y la sugestionabilidad son herramientas que se utilizan como componentes esenciales del cambio cognitivo, emocional y conductual en la hipnoterapia (uso de un estado hipnótico bajo el marco teórico de cualquier tipo de psicoterapia). Los cambios fisiológicos documentados en la literatura científica acerca de la neurofisiología de la hipnosis, brindan un sustrato empírico para explicar la intervención psicofisiológica.

Por otra parte, Schwartz (2010) ha definido a la bio-retroalimentación como un proceso mediante el cual una persona aprende a modificar su actividad fisiológica con el fin de mejorar su salud y rendimiento. La actividad fisiológica (ondas cerebrales, función cardíaca, respiración, actividad muscular y temperatura de la piel) se miden con instrumentos que de manera precisa y rápida proporcionan retroalimentación al usuario. La presentación de esta información, junto con cambios en el pensamiento, las emociones y el comportamiento apoyan los cambios fisiológicos deseados. Con el tiempo, estos cambios pueden permanecer sin el uso continuo de los instrumentos.

Tanto la hipnosis como la bio-retroalimentación aportan al campo de la psicofisiología clínica intervenciones breves y efectivas enfocadas en la resolución de síntomas somáticos, cognitivos, fisiológicos y emocionales.

¿Quiénes pueden ser beneficiados por el entrenamiento en bio-retroalimentación e hipnoterapia? Las intervenciones con hipnosis están indicadas en pacientes que muestran alta habilidad hipnótica y tienen una actitud positiva hacia la hipnosis; asimismo, puede ser de utilidad en pacientes que si bien tienen una habilidad hipnótica media o baja cuentan con una actitud positiva y expectativas realistas hacia la hipnosis. De acuerdo con Wickramasekera (2003) estas personas se beneficiarán si además de la hipnosis emplean técnicas de intervención adjuntas, como retroalimentación de los ritmos alfa y theta electroencefalográficos de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, de la actividad electromiográfica de los músculos frontales o restricción sensorial, que en este contexto es empleada para incrementar la consciencia de la relajación; asimismo, considera que puede ser útil si hay necesidad de incrementar el rapport e intensificar las reacciones transferenciales positivas.

En el caso de la bio-retroalimentación, se requiere de un involucramiento activo del paciente con compromiso para llevar a cabo cambios conductuales en su estilo de vida tales como cambios en la dieta y el ejercicio. El punto central del progreso del paciente es el desarrollo de habilidades de autorregulación y de nuevo, compromiso activo y comunicación eficiente por parte del terapeuta (Wickramasekera, 2003).

Contraindicaciones

La mayor contraindicación para el empleo de la hipnosis es que el terapeuta no cuente con suficientes habilidades diagnósticas, formación terapéutica y problemas en el manejo de la contratransferencia. Por su parte, pacientes con trastorno límite de personalidad, trastornos disociativos y reacciones paranoicas, requieren abordarse con precaución, aun en el caso de terapeutas calificados.

Es importante considerar que en pacientes con alta habilidad hipnótica, escépticos a la hipnosis y expectativas orientadas a la tecnología y lo cuantitativo, puede resultar útil, antes del manejo con hipnosis, mostrarles con relajación y registro psicofisiológico los cambios objetivos del efecto de la relajación en su cuerpo, procedimiento que Wickramasekera describe como *bio-retroalimentación demorada*, donde se instruye al paciente a relajarse con los ojos cerrados sin proporcionarle retroalimentación inmediata, lo cual, puede favorecer la confianza en los cambios psicofisiológicos registrados. Por ello, recomienda sensibilizar a los pacientes con baja habilidad

hipnótica, hacia los cambios psicofisiológicos mediante un pretratamiento con bio-retroalimentación, siempre y cuando muestren una actitud positiva hacia la hipnosis (Wickramasekera, 2003).

Dado que, desde la perspectiva dimensional se considera que la ansiedad varía en diferentes magnitudes con relación al “Arousal” o alertamiento y a la sensación de control, la bio-retroalimentación y la hipnoterapia propician la adquisición de habilidades autorregulación emocional y la disminución del alertamiento patológico que recicla el malestar.

Para entender mejor la lógica de las intervenciones para el trastorno de pánico es importante considerar, de acuerdo con McLean y Woody (2001), que existen tres componentes principales en el mantenimiento de la ansiedad: respuesta conductual, aspectos cognitivos y sobreestimación de daño o amenaza.

En relación con la *respuesta conductual* en los trastornos de ansiedad, es común observar la evitación que suele emplearse como un estilo de afrontamiento, cuyo principal objetivo es evadir la presencia de ansiedad; no obstante, mientras más se evita, mayor ansiedad se tiene.

Otro componente fundamental es el *factor cognitivo*, los pacientes ansiosos tienen pensamientos automáticos relacionados con la posibilidad de daño y amenaza, sobre todo en relación a los cambios que detectan en su funcionamiento fisiológico.

En la ansiedad patológica está involucrado un procesamiento activo de información referente a daño y amenaza, el cual es suficientemente continuo e importante como para ser automático, involuntario e inconsciente. Con relación a la *sobreestimación de daño o amenaza*, se considera que las personas con trastornos de ansiedad son hipervigilantes ante cualquier señal de alerta o peligro, lo cual explica la relación entre las ideas sobrevaloradas de peligro y la exacerbación del alertamiento (McNally, 1994).

Cuando los pacientes ansiosos tienden a sobreestimar el daño, de forma sistemática se incrementa la expectativa del miedo a la adversidad ante una situación que es percibida como amenazante. Con base en lo anterior, se plantearon protocolos de intervención con hipnosis y con bio-retroalimentación para el manejo de los síntomas psicofisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales del trastorno de pánico.

Hipnoterapia

De acuerdo con Terhune *et al.* (2017), el objetivo principal de la hipnosis clínica es usar sugerencias para canalizar y utilizar estados perceptuales y conductuales orientados a los objetivos terapéuticos. A medida que la investigación acerca del uso terapéutico de la hipnosis en diferentes escenarios aumenta, la hipnosis clínica se convierte en una herramienta útil para los profesionales de la salud, ya que se incorpora en diferentes enfoques psicoterapéuticos, como la terapia del estado del yo psicoanalítica (Brown & Fromm, 1986), la terapia cognitivo-conductual (Kirsch, Capafons, Cardeña-Buelna, & Amigo, 1999), enfoques basados en Milton Erickson, pionero en el empleo de sugerencias indirectas e intervenciones breves estratégicas (Erickson, Rossi, & Rossi, 1976) y más reciente, la atención plena y las intervenciones basadas en la aceptación (Lynn *et al.*, 2012).

Beneficios

Los terapeutas que incorporan a su práctica clínica la hipnosis pueden tener una amplia flexibilidad en la construcción de sugerencias que a menudo sirven como motivadores para que los pacientes participen en nuevos patrones adaptativos de pensamiento, emociones y conductas; se mejoran estilos de afrontamiento con la implementación de sugerencias en ensayos conductuales, mejora la respuesta de relajación e incrementa la autoeficacia en diferentes ámbitos de su vida (Terhune *et al.*, 2017; Abia, inédito).

Evaluación

Antes de llevar a cabo intervenciones con hipnosis y bio-retroalimentación es conveniente aplicar las evaluaciones clinimétricas, psicométricas y psicofisiológicas que se describen más adelante como parte del diseño del tratamiento.

Escala clínica hipnótica de Stanford. Diseñada para ámbitos académicos y de investigación con poblaciones de estudiantes; mide la susceptibilidad hipnótica y permite clasificar a la población en tres categorías de susceptibilidad: baja, media y alta. En una versión abreviada se llevan a cabo cinco sugerencias hipnóticas después de inducir relajación profunda. Se otorga valor de 1 si el sujeto llevó a cabo la sugestión y de 0 si no la realizó. Las sugerencias que se llevan a cabo en esta escala son:

- Movimiento de las manos
- Inducción de sueño
- Regresión en edad
- Sugestión poshipnótica
- Amnesia.

La calificación total se clasifica de la siguiente forma:

- *Susceptibilidad baja*= 0-1
- *Susceptibilidad media*= 2-3
- *Susceptibilidad alta* = 4-5

Impresión global clínica (IGC). Es una herramienta de evaluación cuyo objetivo principal es permitir al clínico medir la severidad de la enfermedad, el cambio a través del tiempo y la eficacia del medicamento, tomando en cuenta la condición clínica del paciente y efectos colaterales del tratamiento farmacológico (Guy, 1976, versión modificada por Rush, Pincus, & First, 2000).

La IGC consta de tres subescalas globales. La primera de ellas valora la gravedad de la enfermedad mediante la evaluación del paciente, por lo general, se emplea antes y después de un tratamiento. La segunda subescala registra la mejoría o deterioro del paciente con respecto a la primera valoración. La tercera es un índice de eficacia terapéutica farmacológica.

Inventario de ansiedad de Beck. Desarrollado para evaluar la gravedad de los síntomas de ansiedad; consta de 21 reactivos, cada uno se califica en una escala de cuatro puntos, donde 0 significa “poco o nada” y 3 “severamente” del síntoma que está siendo evaluado (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; en Robles, Varela, Jurado y Paez, 2001).

Escala de gravedad de síntomas de pánico (PDSS). La escala de gravedad de síntomas de pánico fue desarrollada como una forma sencilla de medición general acerca de la gravedad del trastorno de pánico, de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM IV; es un instrumento breve que puede evaluar la gravedad inicial de los síntomas de pánico y el cambio de éstos como efecto del tratamiento (Shear *et al.*, 1997, en versión modificada por Rush, Pincus, & First, 2000); se lleva a cabo por medio de una entrevista que evalúa, a través de siete ítems, las principales características del trastorno de pánico:

- Frecuencia de las crisis de pánico y episodios de síntomas limitados
- Incomodidad provocada por las crisis de pánico
- Severidad de la ansiedad anticipatoria
- Conductas de evitación
- Sensación de miedo ante la presencia de las crisis de pánico
- Deterioro laboral debido a la presencia de las crisis de pánico
- Deterioro social debido a la presencia de las crisis de pánico.

Evaluación psicofisiológica del perfil de estrés psicofisiológico. En el ámbito de la psicofisiología es también importante, como parte de la evaluación inicial, llevar a cabo un registro de perfil de estrés psicofisiológico o perfil de reactividad, que es una herramienta útil para evaluar diferentes respuestas psicofisiológicas del sistema nervioso autónomo y muscular, cuantificar la reactividad individual al estrés y los sistemas donde hay más o menos flexibilidad.

Plan de trabajo

El plan de trabajo es la entrevista clínica en la que se obtendrán los datos del paciente e información relevante acerca de su padecimiento, estilos de afrontamiento, tratamientos previos médicos y psicológicos. Es importante explorar la historia psicofisiológica del paciente con la que se pueden obtener datos relevantes acerca de la historia del condicionamiento de respuestas psicofisiológicas a lo largo de la vida bajo situaciones de estrés.

En la aplicación de escalas psicométricas y clinimétricas, se sugieren las siguientes:

- Inventario de ansiedad de Beck
- Inventario de depresión de Beck
- Escala de gravedad de síntomas de pánico (Panic Disorder Severity Scale)
- Impresión global clínica (importante ya que los pacientes con trastorno de pánico deben estar bajo tratamiento farmacológico).

Plan de trabajo con protocolo de hipnoterapia breve estratégica

Una vez llevadas a cabo estas evaluaciones, se procede a mencionar la estructura de un plan de trabajo con protocolo de hipnoterapia breve estratégica, realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría en colaboración con el Instituto Milton Erickson de la Ciudad de México en pacientes con trastorno de pánico.

1. Psicoeducación acerca del trastorno y la intervención con hipnoterapia explicando alcances y limitaciones. En esta sesión el terapeuta debe mostrarse empático y brindar toda la información pertinente y resolver dudas que plantee el paciente.
2. Una vez proporcionada la información pertinente se procederá, en caso de aceptación del paciente, a firmar consentimiento informado.
3. Retroalimentación de los resultados obtenidos en las sesiones de evaluación inicial.
4. En las siguientes citas se llevan a cabo sesiones de hipnoterapia en las que se manejan diferentes aspectos del trastorno mediante sugerencias previamente diseñadas¹ :
 - Sintomatología física
 - Pensamientos irracionales
 - Mecanismos de afrontamiento
 - Factores psicofisiológicos
 - Aspectos relacionales y comunicacionales.
5. Concluidas las sesiones se procede a evaluar a los pacientes con las mismas escalas clinimétricas, psicométricas y psicofisiológicas empleadas al inicio de la intervención.
6. Se lleva a cabo una sesión de cierre en la que se brinda retroalimentación al paciente acerca de los resultados de las evaluaciones que se hicieron antes y después del tratamiento y de los cambios observados en cada una de las sesiones.

¹ Estas sesiones pueden ir acompañadas de registro psicofisiológico; se recomienda emplear registro de actividad electroencefalográfica, conductancia de la piel o variabilidad de la frecuencia cardiaca.

Plan de trabajo con pacientes con protocolo de bio-retroalimentación

1. Psicoeducación acerca del trastorno y la intervención con bio-retroalimentación, explicando alcances y limitaciones. En esta sesión el terapeuta debe mostrarse empático y brindar toda la información pertinente, así como resolver las dudas que plantee el paciente.
2. Una vez proporcionada la información pertinente, se procederá, en caso de aceptación del paciente, a firmar consentimiento informado.
3. Retroalimentación de los resultados obtenidos en las sesiones de evaluación inicial.
4. En las siguientes citas, se llevarán a cabo sesiones de entrenamiento en relajación y bio-retroalimentación como se describe a continuación.

Sesiones de entrenamiento en respiración profunda asistida por bio-retroalimentación:

1. En la primera sesión es importante evaluar la variabilidad de la frecuencia cardiaca y familiarizar al paciente con la técnica de respiración diafragmática y el registro psicofisiológico.
2. Se debe explicar con detalle la colocación de sensores para el registro psicofisiológico, en el caso del entrenamiento en respiración. Es importante emplear el sensor de fotopletimografía y la banda de respiración que se coloca alrededor del abdomen.
3. La evaluación consiste en registrar durante tres minutos la variabilidad de la frecuencia cardiaca en las siguientes condiciones: de pie, sentado, siguiendo instrucciones para hacer respiraciones profundas mediante un entrenador del *software* que marca la frecuencia respiratoria.
4. Se da retroalimentación al paciente acerca de los resultados obtenidos y se procede en la sesión siguiente al entrenamiento en respiración profunda.
5. Este entrenamiento puede llevarse dos o tres sesiones; en la primera, el terapeuta modela la respuesta de respiración para que sea más fácil para el paciente llevar a cabo la tarea. Mientras el paciente está haciendo la respiración

profunda, el terapeuta explica con detalle la información proporcionada por el *software* y enfatiza los cambios que se presentan como resultado de su ejecución, así como en la retroalimentación visual y auditiva a la que deberá prestar atención durante su entrenamiento.

6. Es importante siempre dejar de tarea la práctica de la respiración en casa.
7. En la segunda y tercera sesiones pueden emplearse instrucciones grabadas que apoyen el entrenamiento.

Sesiones de entrenamiento autogénico asistido por bio-retroalimentación. Como en el caso anterior, debe explicarse con detalle en qué consiste la relajación autogénica, la colocación de sensores para el registro psicofisiológico y la información que proporcionará el *software*.

En el entrenamiento autogénico se recomienda registrar la actividad de los músculos frontales y la temperatura periférica, y explicar al paciente los cambios de los efectos de dicho entrenamiento que pueden observarse en estas variables psicofisiológicas.

Durante las sesiones, después de la colocación de electrodos de electromiografía y termistor, se pide al paciente que intente mantener su frente relajada, se proporciona retroalimentación auditiva que se sugiere sea de sonidos de la naturaleza, como las olas del mar o algún otro sonido que sea de su preferencia. Después de algunos minutos (por lo general cinco) se pide que escuche las instrucciones grabadas con frases autogénicas y las repita en la mente, con ojos cerrados, y se desactiva la retroalimentación auditiva con el objeto que centre su atención en la repetición de las frases. Una vez terminada la grabación, de nuevo se pide que se mantenga relajado escuchando la retroalimentación auditiva de sonidos de la naturaleza otros cinco minutos; después, se muestran los cambios en la actividad electromiográfica y la temperatura periférica resultado del entrenamiento. En general, se dan dos o tres sesiones para generalizar la estrategia.

Sesiones de entrenamiento en relajación muscular progresiva asistida por bio-retroalimentación. Se pasará a estas sesiones cuando a criterio del clínico, el paciente muestre dominio de la técnica de relajación autogénica, tanto por los datos que arroje el *software* del equipo de bio-retroalimentación como por la información proporcionada por el paciente:

1. Explicar con detalle la colocación de sensores para el registro psicofisiológico. En el caso del entrenamiento en relajación muscular, se emplean sensores que permiten detectar la actividad electromiográfica; con ello, se obtiene información respecto a la actividad de los músculos que se estén registrando, los que deberá elegir el terapeuta con base en los datos recabados en la historia clínica. Al paciente debe quedarle clara la relación entre sus cogniciones, emociones y conductas de tensión y relajación muscular; el terapeuta deberá atender a los movimientos innecesarios que el paciente haga durante el entrenamiento y señalarlos apoyándose en la información proporcionada por el *software*.
2. Se recomienda modelar la respuesta de relajación explicando la retroalimentación proporcionada por el *software*.
3. A partir de la segunda sesión pueden emplearse instrucciones grabadas para su práctica en casa.

Una vez concluido el entrenamiento en técnicas de relajación y bio-retroalimentación, realiza una evaluación posintervención con los mismos instrumentos aplicados al inicio del tratamiento y el registro de un perfil de estrés psicofisiológico. Se lleva a cabo una sesión de cierre y se da retroalimentación de los resultados obtenidos en las sesiones y en las evaluaciones previas y posteriores.

Con base en lo anterior, Campos (2001) realizó dos intervenciones que utilizaron protocolos específicos para el manejo de la sintomatología de pánico desde la perspectiva de la psicofisiología clínica e hipnosis, con el objetivo de evaluar la eficacia del modelo de intervención psicofisiológico y conductual en la frecuencia e intensidad de los síntomas de crisis de ansiedad, ansiedad anticipatoria y evitación fóbica en 35 pacientes con diagnóstico de trastorno de pánico que fueron atendidos en el servicio de consulta externa. Los pacientes fueron asignados sistemáticamente a uno de dos grupos:

- a) *Grupo control*: recibió tratamiento farmacológico con imipramina en dosis diarias de 75 mg.
- b) *Grupo experimental*: además de recibir el mismo manejo farmacológico del grupo control, recibió ocho sesiones de entrenamiento en relajación asistido por bio-retroalimentación multimodal.

Todos los pacientes fueron evaluados con las escalas siguientes: psicométricas SEVIC, PAQ, Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI), Beck de ansiedad y Beck de depresión. Cada dos semanas eran valorados por evaluadores ciegos con la escala de impresión global clínica.

Los resultados mostraron que en el postest existieron cambios significativos en ambos grupos en ansiedad, depresión e índice de sensibilidad a la ansiedad; no obstante, en la comparación entre grupos se observó que los pacientes que recibieron entrenamiento en relajación con bio-retroalimentación disminuyeron significativamente su sensibilidad a la ansiedad comparados con el grupo de pacientes que solo recibió tratamiento farmacológico.

En cuanto a las mediciones psicofisiológicas, se observaron cambios importantes, sobre todo en la actividad neuromuscular y la respuesta electrodérmica, los cambios en la temperatura periférica no fueron significativos para ningún grupo.

La mejoría clínica de los pacientes del grupo experimental yace en el concepto de *reatribución* y la eficacia de la bio-retroalimentación; por su parte, el entrenamiento en relajación apoyó la hipótesis en el sentido que los cambios en la sintomatología clínica se debían a factores no específicos emocionales, cognoscitivos y perceptuales, relacionados con la percepción de amenaza o peligro. En términos generales, los pacientes tuvieron mejoría clínica y se observó reducción en la intensidad y frecuencia de crisis de ansiedad y conductas evitativas reportadas en los autoinformes, pero el factor cognoscitivo de sensibilidad a la ansiedad se modificó de forma importante solo en el grupo experimental.

Para finalizar, Campos (2008) evaluó el efecto de la relajación asistida por bio-retroalimentación, hipnosis ericksoniana y música, en pacientes con trastorno de pánico atendidos en el Instituto Nacional de Psiquiatría, en la Ciudad de México. Participaron 19 hombres y 11 mujeres entre 20 y 55 años, quienes fueron evaluados con la Escala de Severidad de Síntomas de Pánico, Impresión Global Clínica, Neuropsi Atención y Memoria, Escala Clínica Hipnótica de Stanford, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) ASI y Perfil de Estrés Psicofisiológico.

Los pacientes se asignaron a tres grupos por un investigador experimentalmente ciego; todos tomaron en promedio 20 mg diarios de paroxetina y recibieron seis sesiones en uno de los protocolos de bio-retroalimentación, hipnosis y música,

empleados como procedimiento control. En la evaluación pretest no se obtuvieron diferencias significativas entre grupos en las mediciones antes descritas.

En el postest con el *modelo lineal general* de medidas repetidas, los tres grupos presentaron cambios significativos en la mayor parte de las escalas. En el ASI, solo los grupos de bio-retroalimentación ($F= 27.94$ $p<.005$.000) e hipnosis ($F= 17.18$ $p<.005$) mostraron cambios significativos. No así en el caso del grupo de música ($F= 1.24$ $p<.005$).

En una segunda medición de seguimiento del BAI y ASI, entre seis meses y un año después del último postest, el grupo de bio-retroalimentación mostró los puntajes más bajos en BAI $X= 3.13$, $D.S= 2.4$ y el grupo de hipnosis en ASI $X= 12$, $D.S= 11.4$. El grupo de música fue el que menos cambios mostró en ambas escalas (BAI $X= 21.1$ $D.S= 16$; ASI $X= 24.6$, $D.S= 12$).

Esta investigación aportó evidencia de la intervención protocolizada con bio-retroalimentación e hipnosis ericksoniana en el trastorno de pánico, arrojando datos en el sentido de que el perfil de ejecución neuropsicológico característico del paciente con trastorno de pánico es consistente con déficit en memoria verbal y funciones ejecutivas. También se encontraron déficit en el área de memoria verbal y viso espacial tanto inmediato como evocado. Asimismo, los resultados mostraron que la sensibilidad a la ansiedad (ASI) es el instrumento más sensible para detectar el efecto de las intervenciones, ya que solo los pacientes de los grupos experimentales mostraron cambios significativos. Por último, en el grupo de hipnosis, el hallazgo más importante fue el cambio de dominancia durante las sesiones de ritmo alfa a ritmo theta, se asoció directamente con una metáfora hipnótica utilizada dentro del protocolo.

Conclusiones

Como se mencionó, la ansiedad es un estado fisiológico y psicológico en el que intervienen diferentes componentes de índole somático, cognitivo, emocional y conductual (Seligman, Walker, & Rosenhan, 2000).

De acuerdo con Holdevici y Craciun (2013), la hipnosis juega un papel importante en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Se ha documentando que su

incorporación, junto con técnicas cognitivo-conductuales, permite a los pacientes alcanzar bajos niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y de afecto negativo; dando como resultado un modelo de intervención que combina ambos procedimientos como una opción con gran viabilidad para los trastornos de ansiedad.

El presente capítulo abordó la aplicación de protocolos de hipnoterapia breve estratégica y entrenamiento en relajación asistido por bio-retroalimentación para el trastorno de pánico. La utilidad de estas intervenciones en el campo de la psicofisiología clínica está sustentada en evidencias que muestran su utilidad no solo en la salud mental, sino en el manejo de ansiedad asociada a dolor crónico y agudo, así como a procedimientos médicos diversos tanto en pacientes pediátricos como adultos.

En el caso de la hipnosis clínica, se considera que su incorporación en el ámbito de la medicina conductual es cada vez más común, dado que tiene la ventaja de ser una intervención de bajo costo y puede brindarse en terapia grupal o individual (Rizzo *et al.*, 2018). Por otra parte, la bio-retroalimentación y el entrenamiento en relajación han probado su eficacia en el manejo de los síntomas cognitivos, emocionales y somáticos de la ansiedad con diferentes modalidades de retroalimentación y técnicas de relajación, lo cual es especialmente útil en pacientes con trastorno de pánico debido a la reactividad autonómica que presentan. La técnica de respiración profunda, también conocida como respiración diafragmática, ha sido descrita como una eficiente formación integradora mente-cuerpo para tratar el estrés y las condiciones psicósomáticas. La respiración diafragmática implica la profundización de la inhalación y la exhalación, que tiene como efecto fisiológico la disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria, y el incremento en la variabilidad de la frecuencia cardíaca, lo cual favorece la actividad parasimpática, por lo que los pacientes suelen emplearla con éxito para controlar la intensidad de los episodios de angustia (Ma *et al.*, 2017).

Por otra parte, el uso de la relajación muscular progresiva, creada por Edmund Jacobson, fue concebida como una técnica para medir la actividad eléctrica en los músculos y permite estudiar aspectos de la interacción mente-cuerpo. Jacobson descubrió que el pensamiento tenía conexión con el estado de los músculos y que las imágenes mentales, en especial las asociadas con el movimiento, iban acompañadas de pequeños niveles de actividad de los músculos que era posible detectar mediante el registro electromiográfico. Con base en estas observaciones

planteó que una musculatura relajada podía conducir al sosiego de los pensamientos y a la reducción de la actividad simpática (Payne, 2002).

La relajación autogénica, un enfoque derivado de la autohipnosis tiene su origen en los años treinta, cuando Johannes Schultz descubrió que algunos pacientes habían aprendido a meterse en un leve trance concentrándose en imágenes de pesadez y calor; lograban beneficios en su salud mental. El objetivo del procedimiento era el resultado de este estado autogénico, con la repetición de una serie de frases. Estas frases, con su visualización y autosugestión creaban lo que llamó "cambio autogénico"; un cambio en el que la persona se alejaba del estado estresado en dirección al estado autogénico (Payne, 2002).

Tanto la hipnosis como la bio-retroalimentación y las técnicas de relajación son estrategias psicofisiológicas que favorecen mayor apertura a la identificación y modificación de las variables psicológicas que pueden modificar la fisiología y las emociones. Según Wickramasekera (2003), la hipnosis y la hipnoterapia son estrategias de intervención poderosas que tienen diversas aplicaciones en la medicina y la odontología, y que tanto la bio-retroalimentación como la neuro-retroalimentación pueden ser usadas en conjunto con la hipnoterapia.

Las aportaciones que estos procedimientos clínicos ofrecen se sustentan en la práctica clínica y la investigación, y tienen un amplio campo de aplicación en la salud.

Referencias

Abia, J. (inédito). *Programa de audiograbaciones con hipnoterapia Ericksoniana estratégica para el tratamiento del trastorno de pánico*. Instituto Milton Erickson de la Ciudad de México.

A

American Psychiatric Association (2018). "Trastornos de ansiedad". En: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (pp. 189-233). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Barlow D. H. (2000). Unravelling the mysteries of anxiety and it's disorders from the persepective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247-63

B

_____ (2004). Origin and principles of anxiety disorders: Theory of triple vulnerability. *Psychiatrie*, 8(2), 137-142.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric Properties, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-7.

Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108(1), 4-32.

Brown, D. P., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and Hypnoanalysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Campos, C. P. (2001). *Modelo de intervención psicofisiológico y conductual para el tratamiento del trastorno de pánico*. Tesis de Maestría. México: Facultad de Psicología, UNAM.

C

_____ (2008). *Hipnosis ericksoniana y relajación asistida por biorretroalimentación en el trastorno de pánico*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, UNAM.

Clark, D. M. (1988). "A cognitive model of panic attacks". In: S. Rachman & J. D Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 71-89). Hillside, NJ: Erlbaum.

- E** Erickson, M. H., Rossi, E. L., & Rossi, S. I. (1976). *Hypnotic Realities: The Induction of Hypnosis and Forms of Indirect Suggestions*. New York, NY: Irvington Publishers.
- F** Fyer, A. J., Manuzza, S., Chapman, T. F., Lipsitz, J., Martin, L. Y., & Klein, D. (1996). Panic Disorder and Social Phobia: Effects of Comorbidity on Familial transmission. *Anxiety* (2), 173-8.
- G** Guy, W. (Ed.) (1976). "Clinical Global Impressions". In: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, Md: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs,
- Goldstein, A. J., & Chambless, D. L (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
- Gorman, M. J., Kent, M. J., Sullivan, M. G., & Coplan, J. D. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 493-505.
- Green, E., Green, A. M., & Walters, E. D. (1970). Voluntary control of internal states: Psychological and physiological. *Journal of Transpersonal Psychology*, 11, 1-26.
- H** Holdevici, I., & Craciun, B. (2013). Hypnosis in the treatment of anxiety disorders. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 78 471-5.
- Horwath, E., Wolk, S., Goldstein, R. B., Wickramaratne, P., Sobin, C., Adams, P., Lish, J. D., & Weissman, M. M. (1995). Is the comorbidity between social phobia and panic disorder due to familial contranmission or other factors? *Archives of General Psychiatry*, 52(7), 574-82
- K** Kenardy, J., Fried, L., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (1992). Psychological precursors of panic attacks. *British Journal of Psychiatry*, 160, 668-73.
- Kenardy, J., & Taylor, C. B. (1999). Expected versus unexpected panic attacks. A naturalistic prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 435-445.

Kirsch, I., Capafons, A., Cardeña-Buelna, E., & Amigo, S. (1999). *Clinical Hypnosis and Self-Regulation: Cognitive-behavioral Perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.

López de la Parra, M., Mendieta-Cabrera, D., Muñoz-Suárez, M., Díaz-Anzaldúa, A. y Cortés, Sotres, J. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada: *Salud Mental* 37, 509-516, ISSN: 0185-3325 DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2014.061.

L

Lynn, S. J., Malaktaris, A., Maxwell, R., Mellinger, D., & Van der Kloet, D. (2012). Do hypnosis and mindfulness practices inhabit the same domain? Research, clinical and forensic implications. *Mind-Behav. Self Regul*, 12, 12-26.

Maier, W., Lichtermann, D., Minges, J., Oehrlein, A. & Franke, P. (1993). A controlled family study in Panic Disorder. *Journal of Psychiatric Research* (27 Suppl. 1), 79-87.

M

McLean, P. D., & Woody, R. S. (2001). *Anxiety Disorders in adults* (pp. 134-135). New York, NY: Oxford University Press.

McNally, R. J. (1994). *Panic Disorder: A critical analysis*. New York, NY: Guilford Press.

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñoz, C. L., Benjet, C. y Jaimes, J. B. (2003). Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1.

Mendlewicz, J., Papadimitriou, G. N., & Wilmotte, J. (1993). Family study of panic disorder: Comparison with Generalized Anxiety Disorder, Major depression and normal subjects. *Psychiatry Genetic* 3, 73-78.

Noyes, R., Crowe, R. R., Harris, E. L., Hamra, B. J., Mc Chesney, C. M., & Chaudchry, D. R (1986). Relationship between panic disorder and agoraphobia: A Family Study. *Archives of General Psychiatry*, 43, 227-32.

N

Payne, R. A. (2002). *Relaxation techniques. A practical handbook for the health care professional*. Barcelona: Editorial Paidotribo.

P

- R** Rachman, S., Lopatka, C., & Levitt, K. (1988). Experimental analyses of panic: II. Panic patients *Behaviour Research and Therapy*, 26, 33-40.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, 24(1) 1-8. Sage Publications Thousand Oaks CA.
- Rizzo, R. N. N., Medeiros, F. C., Pires, L.G., Pimienta, R. M., McAuley, J. H., Hensen, M. P., & Costa, L. O. P. (2018). Hypnosis Enhances the Effects of Pain Education in Patients with Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain*, 19(10), 1103.e1-1103.e9. doi: 10.1016/j.jpain.2018.03.013. Epub 2018 Apr 11.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Paez, F. (2001). Versión Mexicana del inventario de ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 1-7.
- Rush, A. J., Pincus, H. A., First, M. B. (Eds.). (2000). *Handbook of psychiatric measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- S** Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M., & Papp, L. A. (1997). Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571-5.
- Schwartz, M. S. (1999). What is Applied Psychophysiology? Toward a Definition *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24(1).
- _____ (2010). A New Improved Universally Accepted Official Definition of Biofeedback: Where Did It Come From? Why? Who Did It? Who Is It for? What's Next? *Biofeedback*, 38(3), 88-90.
- Seligman, M. (1988). "Competing theories of panic". In: S. Rachman & J. D Maser (Eds.), *Panic: Psychological Perspectives*, (pp. 321-329). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Seligman, M. E. P., Walker, E. F., & Rosenhan, D. L. (2000). *Abnormal psychology* (4th ed.) New York, NY: WW. Norton y Company, Inc.

Stern, A. J. (1964). Toward a definition of psychophysiology. *Psychophysiology*, 1(1), 90-1.

Striefel, S. (1999). Is the Working Definition of Applied Psychophysiology Proposed by Schwartz Too Narrow/Restrictive? *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24(1).

Terhune, D. B., Cleeremans, A., Raz, A., Jay, & Lynn, S. (2017). Hypnosis and top-down regulation of consciousness. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 8, 59-74.

T

Van den Hout, M. A. (1988). "The explanation of experimental panic". In: S. Rachman, & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological Perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

V

Vanhaudenhuyse, A., Laureys, S., Faymonville, M. E. (2014). Neurophysiology of hipnosis *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, 44, 343-353.

Wickramasekera I. (2003). "Hypnotherapy". In: D. Moss, A. McGrady, C. T., Davis, & I. Wickramasekera, *Handbook of mind-body medicine for primary care*. London, UK/New Dehli: Sage Publications. Thousen Oaks.

W

Ma, X., Zi-Qi, Yue, Z.-Q., Gong, Z. Q., Zhang, H., Duan, N.-Y., Shi, Y.-T., Wei, G.-X., & Li, Y.-F. (2017). The Effect of Diaphragmatic Breathing on Attention, Negative Affect and Stress in Healthy Adults *Frontiers in Psychology*, 8, 874.

Zucker, D., Taylor, C. B., Brouillard, M., Ehlers, A., Margraf, J., Telch, M., Roth, W. T., & Agras, W. S. (1989). Cognitive aspects of panic attacks: Content, course and relationship to laboratory stressors. *Brithish Journal of Psychiatry*, 155, 86-9.

Z

6. ADOPCIÓN DEL MODELO DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO, PARA LA ATENCIÓN DEL USO NOCIVO DE ALCOHOL: 20 AÑOS EN MÉXICO

Leticia Echeverría San Vicente
Georgina Cárdenas López
Mariana Gutiérrez Lara

Introducción

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en el mundo; por un lado, su uso se asocia con diversas prácticas culturales, religiosas y sociales; por otro, el abuso en la ingesta de este producto es causa de muerte y de múltiples padecimientos físicos, mentales y del comportamiento. El impacto nocivo de esta sustancia se traduce en pérdidas sociales y económicas importantes para los individuos y la sociedad. En el último año, se estimó que, a nivel mundial, 5.1% de la carga de morbilidad y lesiones, se atribuye al consumo nocivo de esta sustancia (WHO, 2018).

En México, según los datos de la *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco* (Encodat) (Villatoro *et al.*, 2017), 27.6% de los mexicanos consume alcohol de manera excesiva, 4% abusa de la sustancia y 2.2% cumple con los criterios de dependencia. Estas cifras señalan las necesidades de atención de los grupos: un reducido porcentaje requiere tratamiento intensivo (2.2%), mientras que una elevada proporción de usuarios podrían ser beneficiados con intervenciones breves (31.6%).

En la actualidad, es posible plantear esta distinción en el tipo de intervención que requieren los usuarios de alcohol, en función de sus niveles de consumo; sin embargo, en nuestro país, brindar tratamiento a los usuarios en etapas tempranas del consumo solo fue posible a partir de la última década del siglo pasado cuando

se introdujo el *Modelo de autocambio dirigido para bebedores problema* (Ayala y Gutiérrez, 1993). El modelo es una intervención breve dirigida a usuarios con problemas derivados de su consumo de alcohol o en riesgo de desarrollarlos, sin síntomas de dependencia. Antes de esta alternativa de atención, las intervenciones estaban diseñadas solo para las personas con dependencia a la sustancia.

Es importante resaltar que, si bien la diseminación de estos modelos se extendió en la década de los 90, las intervenciones breves surgieron en los años 70. Las intervenciones breves no constituyen una entidad homogénea, sino una familia de intervenciones que varían en duración, contenido y objetivos (Heather, 1995). Estas intervenciones se caracterizan por su baja intensidad y corta duración, desde una sesión psicoeducativa de 30 min hasta tres o cuatro sesiones de asesoría, enfocadas a incrementar el control de las personas sobre su conducta de consumo (Babor *et al.*, 2007). La meta es motivar a los usuarios –con niveles de consumo de alto riesgo y nocivo– a controlar su ingesta de alcohol.

En 1990 surgió un nuevo paradigma de prevención y tratamiento basado en el concepto de un continuo en el consumo (Institute of Medicine, 1990). En contraste con las concepciones tradicionales –enfocadas exclusivamente en la atención de las personas con dependencia– en este esquema se amplió el espectro de atención para incluir a una proporción más amplia de la población. En un extremo de este *continuum* se ubican las personas que no consumen o lo hacen por debajo de los índices de riesgo; en el otro, los usuarios con dependencia. Entre estos dos puntos se encuentran los individuos con patrones de consumo de riesgo y nocivo de alcohol.

En ese periodo, los resultados de diversos estudios epidemiológicos permitieron observar que la mayor parte de las consecuencias derivadas del consumo de alcohol estaban asociadas con la ingesta de cantidades elevadas de la sustancia, aunque fuera ocasional; mientras que solo una proporción reducida de los problemas se atribuía a los individuos con dependencia. Estos datos mostraron la relevancia del paradigma descrito por el Instituto de Medicina y señalaron la necesidad de un cambio en la atención a los usuarios de alcohol.

El nuevo marco de referencia instó a los profesionales de la salud a enfocar sus esfuerzos para detectar y atender a las personas en riesgo de desarrollar problemas físicos, psicológicos o sociales, debido a su manera de beber y, por tanto, a incidir en etapas tempranas del consumo (WHO, 2001; Fleming, 2004). Este modelo

representó una transformación importante con relación a las prácticas de atención previas, dirigidas a identificar a las personas con dependencia y remitirlas a un tratamiento especializado.

Un componente que resultó esencial en la estrategia de detección temprana fue el *Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol* (AUDIT, por sus siglas en inglés). Desarrollado por un grupo de expertos de distintos países (Saunders et al., 1993), el instrumento permite detectar los niveles de riesgo de consumo de alcohol. La efectividad de la prueba para identificar las necesidades de atención de los grupos, aunada a su fácil aplicación, entre otros aspectos, facilitaron su amplia utilización por parte de los proveedores de servicios primarios de salud.

Las descripciones previas se sitúan en el contexto internacional; sin embargo, en México, la situación era similar. Tanto los estudios sobre las prevalencias del uso de alcohol como aquellos dirigidos a medir el impacto económico y social del consumo mostraban también la necesidad de un cambio de paradigma en la atención. Entre los mexicanos, los patrones de consumo no se distribuían homogéneamente entre la población: existían altos índices de abstemios, tasas reducidas de consumo de bajo riesgo y un amplio grupo de usuarios que bebían con poca frecuencia, pero en grandes cantidades por ocasión. Otra característica de estos usuarios era que no presentaban indicadores de dependencia (Medina-Mora, Rojas y Real, 2007).

Los datos registrados en los estudios epidemiológicos fueron consistentes con los resultados obtenidos por Frenk, Lozano y González (1994), al medir el impacto del consumo de alcohol. Los autores observaron que los altos costos económicos y sociales asociados con el uso de alcohol se atribuían principalmente al consumo excesivo. Además, se planteó que el consumo nocivo de alcohol constituía un problema de salud pública con alto índice de recuperación en la salud del individuo afectado y en el dinero invertido en intervenciones dirigidas a reducir la cantidad consumida. En conjunto, estos hallazgos fueron una base importante para promover un cambio en el esquema de atención de los usuarios de alcohol en el país.

En este contexto, se observan las primeras intervenciones breves para usuarios de alcohol en México. La pionera fue realizada por Campillo y Romero (1992) como parte de una investigación liderada por Organización Mundial de la Salud (OMS). El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de una intervención breve para

personas con consumo problemático de alcohol (sin indicadores de dependencia) en centros de salud del primer nivel. El estudio mostró que el simple consejo a los usuarios reducía el consumo problemático de alcohol; sin embargo, a pesar del efecto favorable de la intervención, hasta la fecha, este modelo no ha sido incorporado ampliamente en el sector salud. En este mismo periodo, Natera y Casco (1993) evaluaron un programa de prevención del consumo nocivo de alcohol y drogas con familiares de usuarios donde utilizaron un modelo de intervención breve.

El Modelo de autocambio dirigido para bebedores problema constituye un ejemplo valioso de una intervención breve que ha logrado incorporarse, aunque de manera parcial, en los servicios de atención primaria. El programa fue resultado de un convenio de colaboración entre la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la *Addiction Research Foundation*, de Canadá. El proyecto, dirigido en México por Ayala y en Canadá por Sobell y Sobell tuvo por objetivo validar y adaptar el modelo en el país (Ayala, Cárdenas, Sobell y Sobell, 1992); se ha aplicado en México desde hace más de 20 años con el objetivo de favorecer que los usuarios con consumo de alto riesgo y nocivo de alcohol desarrollen estrategias de solución de problemas para reducir su patrón de consumo y enfrentar situaciones de riesgo, sin necesidad de utilizar la sustancia.

Modelo de autocambio dirigido a bebedores problema

Es una intervención breve y motivacional, diseñada para individuos que empiezan a experimentar problemas debido a su consumo de alcohol o presentan signos tempranos de un desorden, pero sin indicadores de dependencia (Institute of Medicine, 1994). Además de los componentes motivacionales, incorpora técnicas conductuales y cognitivas para lograr el cambio en la conducta.

Por ejemplo, mediante el balance decisional se genera disonancia cognitiva e incrementa la motivación al cambio. El análisis funcional de la conducta de consumo permite identificar las situaciones de riesgo. El usuario es entrenado en habilidades de afrontamiento cognitivas y conductuales para enfrentar las situaciones de riesgo identificadas a partir del análisis y prevenir recaídas. En general, el objetivo de las estrategias es incrementar el autocontrol del usuario ante la conducta consumo. Una descripción detallada de las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en el modelo se encuentra en Carrascoza (2007).

La teoría del aprendizaje cognitivo social desarrollada por Bandura (1986), brinda sustento teórico al modelo, ya que explica la forma en que los individuos adquieren y mantienen la conducta de consumo. La teoría plantea que el abuso de alcohol es una conducta aprendida –un hábito maladaptativo o sobreaprendido– dentro de un contexto cultural y susceptible de ser modificada, a partir de principios del aprendizaje y procesos cognoscitivos; es decir, el individuo es un agente activo que puede modificar la conducta aprendida, mediante mecanismos de autorregulación, anticipación de consecuencias, procesos vicarios, capacidad autorreflexiva y expectativas de autoeficacia.

Estructura del modelo

Está integrado por tres fases: evaluación, intervención y seguimiento. La intervención consta de cuatro sesiones; los seguimientos se brindan al primero, tercero, sexto y doceavo mes de finalizado el tratamiento. En los párrafos siguientes se describen las principales características de cada una de las etapas del modelo.

Evaluación. En este primer contacto, el principal objetivo del terapeuta es incrementar la motivación del usuario para cambiar su conducta. Una tarea clave es alentarle a identificar las razones para cambiar; para ello, el terapeuta utiliza las estrategias de la *entrevista motivacional* (Miller, 1983). Además, durante la evaluación inicial se recopilan los datos sociodemográficos, información sobre el patrón de consumo, situaciones de riesgo, consecuencias del consumo y autoeficacia. Los instrumentos que se utilizan en esta fase son:

- Entrevista semiestructurada
- Línea base retrospectiva (LIBARE)
- Inventario de situaciones de consumo de alcohol (ISCA)
- Cuestionario de confianza situacional (CCS) (Annis & Graham, 1988).

Intervención. La fase de intervención está integrada por cuatro sesiones. Un par de tareas constantes en esta etapa son: el monitoreo del consumo por parte del usuario y el empleo de lecturas y ejercicios, durante las sesiones.

Sesión 1. El objetivo es incrementar la motivación para el cambio. La principal tarea de esta sesión es analizar los beneficios y los costos de dejar de consumir y de continuar consumiendo. La discusión de estos argumentos genera disonancia

cognitiva y favorece la inclinación de la balanza hacia el cambio. Una vez que el usuario manifiesta mayor disposición para modificar su conducta, junto con el terapeuta, establece su meta de tratamiento: consumo de bajo riesgo o abstinencia. Las metas representan estándares personales para evaluar su ejecución (Bandura, 1986). El involucramiento activo del usuario para seleccionar la meta favorece su consecución y, a largo plazo, el logro de la meta fortalece autoeficacia y mantenimiento del cambio (Miller, 1983; Sobell & Sobell, 1993).

Sesión 2. El objetivo es identificar las situaciones de riesgo para el consumo excesivo, así como sus antecedentes y consecuencias (positivas y negativas). Es importante señalar que los bebedores con consumo de riesgo y nocivo no consumen en exceso en todas las situaciones; es decir, hay contextos en donde tienen mayor control sobre su conducta o no beben. El inventario de situaciones de consumo es una herramienta útil para identificar las situaciones de mayor riesgo.

La principal técnica utilizada en esta sesión es el análisis funcional de la conducta de consumo: se analizan la relación entre los antecedentes (precipitadores o disparadores) y las consecuencias de las principales situaciones de riesgo de consumo excesivo. El análisis proporciona claves importantes sobre el significado de la conducta del usuario, tanto de sus motivaciones, como de sus barreras para cambiar (Carrascoza, 2007). El análisis también ayuda al terapeuta a identificar las habilidades de afrontamiento del usuario, su nivel de *autoeficacia*, expectativas sobre los efectos de la sustancia y procesos atributivos. En conjunto, la información obtenida mediante el análisis funcional es una guía útil para anticipar las situaciones de alto riesgo de consumo y desarrollar estrategias específicas para evitarlas o enfrentarlas.

Durante esta sesión, se discute la posibilidad de una recaída, definida aquí como cualquier consumo por arriba de la meta elegida, durante o después de la intervención. En este modelo, la recaída no es interpretada como un fracaso, sino como parte del proceso de cambio. En los modelos de prevención de recaídas, el análisis funcional es un elemento clave, en particular para identificar las cogniciones implicadas en la recaída e incrementar la autoeficacia del individuo para enfrentar las situaciones de riesgo (Marlatt & Gordon, 1985).

Sesión 3. Se centra en la aplicación de un modelo de solución de problemas que permita al usuario identificar, seleccionar y llevar a cabo los planes de acción

más efectivos para enfrentar las situaciones de riesgo. Un componente básico para el éxito del modelo de solución de problemas es el desarrollo de habilidades de afrontamiento. En esta tarea, el terapeuta debe vincular las habilidades de afrontamiento con las necesidades de los usuarios. Afrontar es “lo que una persona hace o piensa en una situación de crisis de recaída para manipular el riesgo de incurrir nuevamente en el abuso de la sustancia” (Moser & Annis, 1996). Las respuestas de afrontamiento pueden ocurrir en los dominios afectivo, conductual y cognitivo (Donovan & Marlatt, 1996).

La investigación en el campo de las conductas de afrontamiento, en torno al consumo de sustancias psicoactivas, apoya los argumentos planteados desde el enfoque cognitivo-conductual: 1) los usuarios poseen habilidades de afrontamiento deficientes, 2) estas deficiencias contribuyen al abuso y 3) las personas con déficit de habilidades de afrontamiento tienen un riesgo mayor de recaída, en comparación con quienes incrementan sus habilidades, por ejemplo, mediante un tratamiento (Carrascoza, 2007).

Sesión 4. En la última sesión se exploran las dificultades para llevar a cabo los planes de acción y los logros obtenidos. En conjunto, el terapeuta y el usuario analizan si los planes de acción seleccionados, mediante la estrategia de solución de problemas, tuvieron un impacto favorable en la modificación del patrón de consumo. Con base en este análisis, ambos determinan la necesidad de programar sesiones adicionales para modificar las estrategias que no fueron efectivas o la relevancia de desarrollar nuevos planes de acción para enfrentar situaciones de riesgo que no fueron identificadas. Además, el usuario menciona su meta para los siguientes meses a partir de los resultados obtenidos en el tratamiento (abstinencia o moderación), ya que durante las sesiones se señaló cuáles son las características que tiene un consumidor que puede plantearse un consumo de bajo riesgo y cuáles otras llevan a sugerir no consumir más.

Seguimiento. Última fase del modelo. Incluye cuatro sesiones, en el primer, tercer, sexto y doceavo mes de finalizada la intervención. Durante estas sesiones, el usuario analiza la efectividad de los planes de acción para el logro y mantenimiento de la meta. Un componente importante es el análisis de los cambios en el patrón de consumo a lo largo del tiempo. En general, los seguimientos tienen como propósito prevenir recaídas, mediante la identificación de nuevos detonantes del consumo, así como el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento que resultaron efectivas para mantener el cambio. En la figura 6.1 se puede observar de manera resumida las características del modelo.

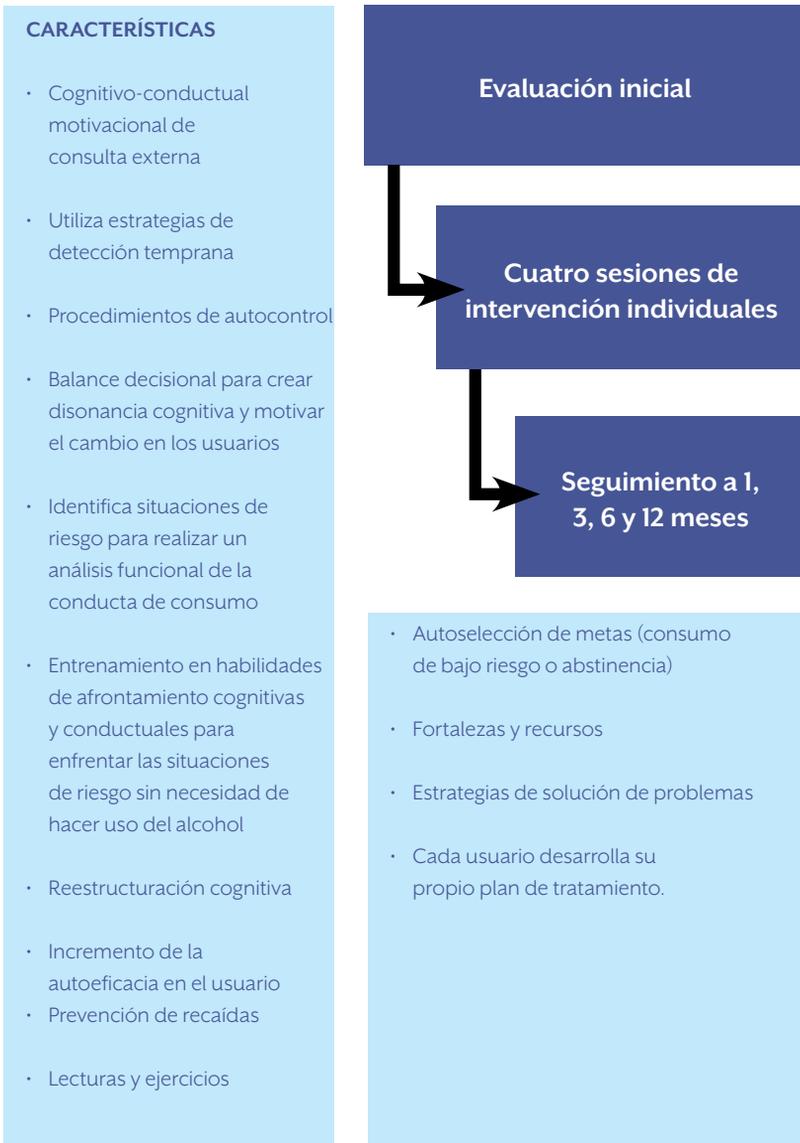


Figura 6.1. Modelo de autocambio dirigido.

Adopción del modelo en México

En el siguiente apartado se describen las etapas del proceso de adopción del modelo en México: adaptación y validación, disseminación y adopción. En cada fase participaron usuarios que acudieron a un servicio de consulta externa para atender su problema con el consumo de alcohol. La participación fue voluntaria, los usuarios firmaron un formato de consentimiento donde se describió el objetivo y las características de la intervención. En el formato, además se expusieron las consideraciones éticas del estudio, por ejemplo, las condiciones de seguridad del usuario y el manejo confidencial de la información.

En este trabajo se presentan los datos de 461 usuarios de alcohol, atendidos de 1995 a 2015, en diversos servicios de consulta externa. Los sujetos recibieron el *Modelo de autocambio dirigido a bebedores problema* y completaron la intervención (evaluación, tratamiento y seguimiento). El muestreo fue intencional y no probabilístico. El rango de edad osciló entre los 18 y 64 años ($\bar{X}=34$), la mayor proporción fueron hombres, aunque en la última etapa se observó un incremento en la proporción de mujeres (Cuadro 6.1). Los participantes tuvieron un nivel de dependencia baja o media, con base en la *Breve escala de dependencia al alcohol* (BEDA, Raistrick, Dunbar y Davidson, 1983) o niveles de consumo de alto riesgo o nocivo, de acuerdo con los puntajes del AUDIT (Saunders *et al.*, 1993).

Cuadro 6.1. Características de los participantes en cada etapa

	Diseminación			
	Adaptación	IMSS	CIJ	Adopción
Tamaño de la muestra	n= 177	n= 77	n= 102	n= 99
Edad	\bar{X} = 37.5	\bar{X} = 37	\bar{X} = 29.3	\bar{X} = 23.5
Años de estudio	\bar{X} = 13.7	\bar{X} = 12.6	\bar{X} = 11.9	\bar{X} = 16
Sexo				
Hombre	85.9%	87%	81.2%	65.5%
Mujer	14.1%	13%	18.8%	34.5%
Estado civil				
Casado(a)	54.9%	52%	39%	11%
Soltero(a)	35.8%	49%	61%	89%
Ocupación				
Estudia o trabaja	91%	95.5%	89.7%	100%
Desempleado(a)	9%	4.5%	10.3%	0%

Adaptación y validación, 1995-2000

En la primera etapa participaron 177 usuarios de alcohol que recibieron la intervención en un centro de atención de adicciones, dependiente de una universidad pública. En esta fase también se realizó la traducción y adaptación de las tareas, lecturas e instrumentos de evaluación (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998). Otra actividad relevante fue la difusión –mediante artículos, conferencias y presentaciones– sobre las intervenciones breves y las características de los usuarios, descritos en ese momento como bebedores problema.

El 74% de los participantes presentaron dependencia baja o media al alcohol, según la BEDA. Los sujetos reportaron un promedio de 16 años de consumo y una media de 9.2 años (DS= 6.63) con uso problemático. La cantidad de alcohol ingerida por ocasión fue en promedio de 9.2 unidades de bebida estándar (UBE)¹. Los sujetos también reportaron problemas afectivos, interpersonales y financieros, asociados con su manera de beber.

¹ La Organización Mundial de la Salud define una unidad de bebida estándar (UBE) como aquella que contiene 13 gramos de etanol.

Diseminación, 2000-2005

El objetivo de la etapa de diseminación fue evaluar el efecto de la aplicación del modelo en instituciones de salud y promover su incorporación en el sistema de salud pública del país. El planteamiento que subyace a este interés es que las personas con consumo de alto riesgo o nocivo de alcohol pocas veces buscan atención para modificar su conducta de consumo; sin embargo, acuden a instituciones de salud por otros motivos. Este escenario brinda una ventana de oportunidad para las intervenciones breves, dirigidas a motivar un cambio en la conducta de los sujetos y evitar que desarrollen una dependencia (Lozano-Blanco, Sobell y Ayala, 2002).

La diseminación del modelo se llevó a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y los Centros de Integración Juvenil (CIJ). En el primer acercamiento con ambas instancias se realizaron sesiones informativas dirigidas a sus directivos y coordinadores, con el fin reducir las barreras para adoptar el modelo. Los responsables de los CIJ y del IMSS invitaron a los profesionales de la salud (médicos, psiquiatras y psicólogos) para recibir la capacitación.

En la primera etapa de la capacitación, los profesionales de la salud recibieron información acerca de las características e impacto del consumo excesivo de alcohol. La finalidad de este primer componente fue sensibilizarlos ante el problema y la importancia de su participación en la detección e intervención, mediante la aplicación del modelo de intervención breve (Martínez, Carrascoza y Ayala, 2003). En la capacitación para implementar el modelo participaron 18 terapeutas de los CIJ, de distintos estados del país, y 202 profesionales de la salud del IMSS de la Ciudad de México, Puebla, Morelos, Querétaro e Hidalgo.

Los profesionales de la salud del IMSS aplicaron la intervención a los usuarios con un consumo de alto riesgo o nocivo de alcohol que acudieron a consulta por problemas laborales y médicos, como gastritis u otros padecimientos relacionados con el consumo. Los profesionales de la salud atendieron a 77 sujetos; los terapeutas de los CIJ a 102 usuarios con problemas de consumo de alcohol. El 69.9% de los 179 participantes presentaron dependencia baja o media de alcohol, según la BEDA. Los sujetos tenían un promedio de 12 años de consumo y una media de 5.2 años con consumo problemático. Consumían en promedio 13 UBE por ocasión y reportaron problemas económicos, laborales e interpersonales asociados con el consumo de la sustancia.

Adopción UNAM, 2005-2010

En 2006, como parte de un proyecto desarrollado por la UNAM, dirigido a implementar y evaluar los programas con evidencia científica (Medina-Mora *et al.*, 2006) se aplicó el *Modelo de autocambio dirigido a bebedores problema* en un centro de atención de adicciones de la Universidad. Los terapeutas que participaron tenían experiencia en la aplicación del modelo. La invitación a los estudiantes de educación media y media superior para participar en el estudio se llevó a cabo mediante diversas estrategias de difusión (Oviedo, 2012).

En un periodo de dos años solicitaron atención 105 usuarios con consumo nocivo de alcohol: seis personas fueron canalizadas a un tratamiento especializado porque presentaban indicadores de dependencia y 99 recibieron la intervención. Con base en el puntaje del AUDIT, 92.6% de los participantes presentaron un consumo de alto riesgo o nocivo de alcohol. Los sujetos tenían un promedio de ocho años de consumo y una media de tres años con consumo problemático. Consumían en promedio 14 UBE por ocasión y reportaron problemas interpersonales asociados con su consumo de alcohol.

Adopción UNEME-CAPA, 2010-2017

En 2010, el gobierno federal, a través de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (Conadic), inició una estrategia nacional para la prevención y el tratamiento de las adicciones que tuvo como función realizar actividades preventivas para evitar el desarrollo de padecimientos graves, incluidas las adicciones. Con el fin de llevar a cabo estas tareas se crearon las unidades de especialidades médicas en adicciones llamadas Centros de Atención Primaria a las Adicciones (UNEME-CAPA). El objetivo de estos centros es disminuir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, utilizando estrategias de prevención y modelos de intervención breve para atender en forma temprana y oportuna los problemas asociados con el consumo de sustancias, a nivel nacional.

Los profesionales de la salud que laboran en las UNEME-CAPA fueron capacitados para brindar intervenciones breves, incluye el modelo. Las capacitaciones iniciales se llevaron a cabo de manera presencial, con base en un manual, elaborado para este fin (Echeverría *et al.*, 2005). En una segunda etapa, la capacitación se realizó mediante la especialidad en línea *Promoción de la salud y prevención del comportamiento*

adictivo por parte de la Dra. Silvia Morales en 2012. La capacitación en línea incluyó diversos programas cognitivo-conductuales, dirigidos a usuarios de sustancias, validados empíricamente.

El modelo se ha aplicado durante nueve años en las UNEME-CAPA. Según los datos provenientes del Sistema de Información de los Consejos Estatales Contra las Adicciones (SICECA), en estos centros se atiende al año un promedio de 53 mil usuarios. El 47% son mayores de edad, la edad promedio es 23 años, 72% de los usuarios son hombres, el estado civil del 69% es soltero, 42% tiene en promedio nueve años de estudio y 39% consume alcohol (sustancia que se reporta con mayor frecuencia).

Resultados

La implementación del modelo durante los últimos 20 años ha permitido identificar las principales barreras para su diseminación y adopción en el sistema de salud pública del país; pero también los logros obtenidos.

Primera etapa: adaptación y validación

La intervención se implementó con usuarios que bebían elevadas cantidades de alcohol en forma esporádica. Los participantes reportaron pocas pérdidas en el área laboral, escolar, familiar o social, pero eran capaces de anticipar el incremento de su problema si seguían consumiendo de manera excesiva. En estos sujetos, el componente motivacional del modelo fue efectivo (Miller y Rollnick, 1991): no etiquetar, no confrontar, motivar para lograr el cambio, permitir la selección de meta (abstinencia o consumo bajo riesgo) y la participación en la planeación del tratamiento.

Se identificó a un grupo de usuarios con indicadores de dependencia, quienes pretendían reducir su consumo de alcohol y continuar bebiendo; éstos fueron motivados para dejar de consumir y canalizados a un servicio especializado. La identificación de otros grupos, además de los bebedores con consumo problemático, evidenció la necesidad de desarrollar intervenciones especializadas (Barragán *et al.*, 2005), así como programas que respondieran a las necesidades de los adolescentes (Martínez, 2003).

La mayor proporción de usuarios que participó en el programa (73%) eligió la meta de reducción de consumo y este índice aumentó en las sesiones de seguimiento (78%).

Los principales cambios registrados al comparar los datos previos y posteriores al tratamiento fueron: incremento en el número de días de abstinencia y la reducción en el número de UBE. Los cambios en la cantidad de alcohol fueron estadísticamente significativos ($t=4.26$; $\alpha=0.000$) (Figura 6.2). Las personas que reportaron un incremento en su consumo en el último seguimiento recibieron tratamiento adicional para fortalecer las estrategias de cambio.

Los usuarios también reportaron una reducción de las consecuencias negativas asociadas a su consumo en diferentes áreas; mayor satisfacción con su estilo de vida, percepción de mejoría y un incremento en la autoeficacia (confianza para controlar el consumo). Estos cambios fueron estadísticamente significativos. Una variable clave para el logro del cambio fue el nivel educativo: a mayor nivel educativo, mayor adherencia y éxito en la intervención (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995; Ayala Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).

Un resultado relevante de esta fase fue la adaptación de los instrumentos de evaluación y su validación transcultural (Sobell *et al.*, 2001). La diseminación del modelo y de sus primeros resultados se llevó a cabo mediante conferencias y la publicación artículos (Ayala y Gutiérrez, 1993; Ayala, 1994; Ayala y Cárdenas, 1996; Carrascoza y Ayala, 2000). Además, se elaboró un manual donde se describió la operación del modelo e incorporaron las experiencias derivadas de su adaptación en México (Ayala *et al.*, 1998).

Segunda etapa: diseminación del modelo

Tuvo un impacto reducido en instituciones de salud. En el IMSS, si bien fueron capacitados 202 profesionales de salud, éstos solo brindaron la intervención a 77 usuarios de alcohol. Los resultados obtenidos fueron similares a los descritos en la etapa previa. El porcentaje de días de abstinencia incrementó de 74% a 80% y la reducción en la cantidad de UBE fue estadísticamente significativa ($t=4.27$; $\alpha=0.001$) (Figura 6.2). Los usuarios también reportaron una reducción en las consecuencias negativas, principalmente en el área laboral y familiar.

En los CIJ, los terapeutas capacitados atendieron 102 usuarios de alcohol. En este escenario el incremento en el porcentaje de días de abstinencia fue ligeramente mayor (de 74% a 90%) y esta misma tendencia se observó en la reducción de la cantidad de UBE por ocasión (Figura 6.2). El nivel de autoeficacia de los usuarios incrementó en el seguimiento. Los participantes mostraron reducción en el número y tipo de

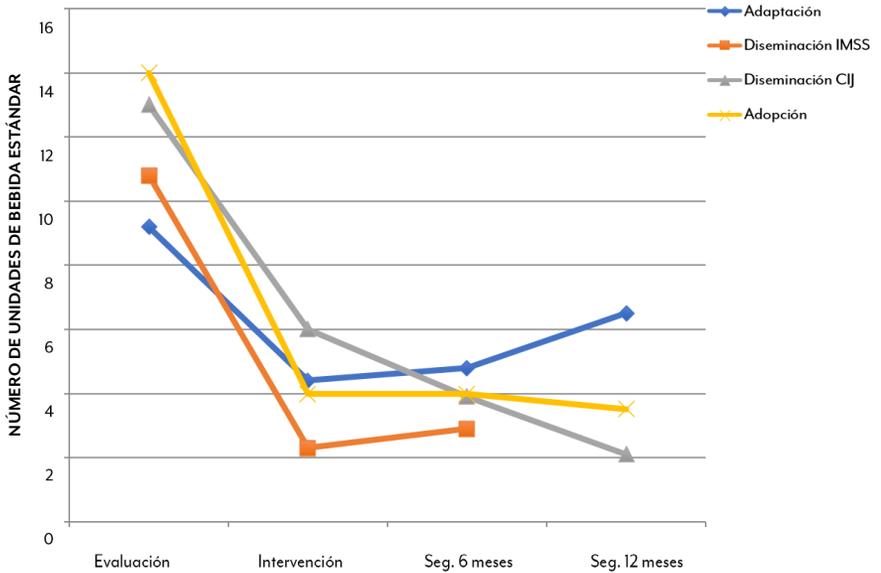


FIGURA 6.2. CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDO ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO EN CADA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

consecuencias negativas. En relación con la adopción del modelo, 67% de los terapeutas capacitados continuó aplicando la intervención (Alcántara, 2007), aunque realizaron adaptaciones en la evaluación para responder a los requerimientos institucionales.

Al finalizar la fase de diseminación, los profesionales de la salud del IMSS respondieron algunos cuestionarios dirigidos a identificar las barreras para la adopción del modelo (Rodríguez y Cabrera, 2007). Los resultados indicaron que los participantes adquirieron los conocimientos y las habilidades necesarias para aplicarlo; sin embargo, la implementación del programa interfería con su trabajo en la institución. Otra barrera reportada por 35% de los participantes fue la retroalimentación insuficiente por parte de los capacitadores, esta acción habría ayudado a fortalecer sus conocimientos y posiblemente a vencer algunas barreras institucionales. El 45% de los profesionales de salud señaló que, si bien no pudo aplicarlo en la institución por falta de tiempo, sí lo implementó en su práctica privada (Echeverría, Carrascoza y Reidl, 2007).

Tercera etapa: adopción UNAM

En esta fase, igual que en las anteriores, se registraron efectos favorables de la intervención: la reducción en el número de UBE por ocasión fue estadísticamente significativa ($t=4.22$; $p=0.000$) (Figura 6.2). Los participantes percibieron una mayor autoeficacia para enfrentar situaciones de riesgo, reportaron una reducción en el número de consecuencias negativas y una mejoría en la satisfacción con su estilo de vida. En este grupo, el número promedio de sesiones se redujo a tres, debido a que requerían menos tiempo para llevar a cabo los pasos de la intervención. El nivel de deserción fue bajo (27%) y mostraron un mayor apego al tratamiento. Estos resultados se pueden atribuir principalmente a su nivel académico (superior y posgrado), lo que permitió mayor comprensión de los materiales y de estrategias de cambio (Carrascoza y Echeverría, 2012; Echeverría *et al.*, 2007).

En el centro de atención de adicciones perteneciente a la UNAM, donde se llevó a cabo esta fase, se continúa implementando el modelo, junto con otras opciones de intervención cognitivo-conductuales dirigidas a usuarios que consumen otras sustancias psicoactivas o con diferente patrón de consumo. La mayor parte de la población que se atiende son estudiantes universitarios, aunque también acude población abierta, residente de la Ciudad de México. Además, en este escenario se forman terapeutas para brindar los programas de intervención

Cuarta etapa: adopción UNEME-CAPA

El objetivo de esta etapa fue instrumentar el modelo a nivel nacional. Rogers (1995) define la instrumentación como la aplicación del modelo para lograr su mantenimiento y adopción por la institución. Se aplica en las UNEME-CAPA desde hace nueve años, lo que sugiere que ha sido adoptado en estas instituciones.

Debido a que una proporción elevada de los terapeutas de las UNEME-CAPA fueron capacitados mediante la especialidad a distancia, se realizó un estudio con 136 terapeutas que concluyeron la especialización, con el fin de conocer el efecto de esta estrategia de formación. Los resultados mostraron que los participantes incrementaron sustancialmente sus conocimientos. El nivel de comprensión de los materiales y de aplicación de la estrategia fue adecuado (evaluado mediante la descripción de un caso). Los terapeutas capacitados reportaron que en los usuarios atendidos se observó una reducción de la cantidad de alcohol consumida, una

disminución de las consecuencias negativas y un incremento de la autoeficacia (Barrera, Echeverría y Morales, 2017).

Conclusiones

En este trabajo se describió el proceso de adaptación, validación, diseminación y adopción del *Modelo de autocambio dirigido a bebedores problema* en México. Los resultados recopilados a lo largo de 20 años muestran un efecto favorable de la intervención: los usuarios reducen su patrón de consumo a niveles de bajo riesgo, incrementan los días de abstinencia, logran un incremento significativo en su autoeficacia (confianza en lograr y mantener un cambio en su conducta de consumo) y reducen el número y tipo de consecuencias negativas.

Los resultados son semejantes a los encontrados por Sobell y Sobell (2005) y en países con características similares al nuestro, como Colombia (Flores, 2007; Gantiva, 2007). La eficacia de este tipo de intervenciones ha sido ampliamente sustentada mediante estudios controlados realizados a nivel internacional (Bien, Miller, & Tonigan, 1993). El efecto de las intervenciones breves en la reducción del consumo de alcohol y en los problemas relacionados es clínicamente significativo (Babor *et al.*, 2007).

En la actualidad, hay una amplia gama de tratamientos efectivos; sin embargo, este modelo representa diversas ventajas: cuenta con amplio sustento empírico, está validado en México, es costo-efectivo, breve, flexible e individualizado. Los usuarios también tienen una percepción favorable del modelo: les permite participar en la elección de su meta de tratamiento, la identificación de efectos positivos inmediatos incrementa su confianza para lograr su meta y durante los seguimientos, advierten que los cambios son perdurables. Otra ventaja es que privilegia la responsabilidad de la persona, en contraste con la noción de que el consumo depende exclusivamente del contexto. Por otro lado, las redes de apoyo social son estrategias personales para obtener autonomía, no dependencia hacia los otros.

A pesar del beneficio de estas intervenciones, su adopción en el sistema de salud del país es parcial. Babor *et al.* (2007) reportan que, a nivel internacional, ha sido difícil persuadir a los profesionales de la salud para que brinden las intervenciones breves. La principal barrera identificada para incorporarlo en el sistema de salud mexicano

fue la falta de tiempo por parte de los profesionales de la salud del primer nivel de atención. La tarea prioritaria en este sector es la atención de enfermedades, no la prevención. Ante esta limitación podría explorarse la posibilidad de introducir las intervenciones generadas por computadora, esta estrategia ha mostrado ser efectiva para atender diferentes problemas de salud (Nielsen *et al.*, 2008).

La principal recomendación para la capacitación en intervenciones breves dentro del sistema de salud de nuestro país es promover la participación de los psicólogos, debido a que, al ser especialistas en el comportamiento humano, podrían tener una mejor relación con los usuarios. Otro sector relevante son los profesionales de enfermería, quienes suelen establecer el primer contacto con los usuarios de los servicios. La incorporación de estos profesionales de la salud podría contribuir al logro de los objetivos de detección temprana, consejería breve y referencia dentro de los sistemas de salud.

Otra barrera que limita la atención de los usuarios en etapas tempranas del consumo es la normalización del uso excesivo de alcohol y, por tanto, la reducida posibilidad que las personas soliciten atención de manera voluntaria. Las estrategias psicoeducativas en la comunidad pueden ser favorables para que las personas empiecen a reconocer las necesidades de atención de este grupo de usuarios.

La preparación de los terapeutas en los procedimientos de la intervención y, en particular, del uso de estrategias motivacionales, son aspectos que deben ser atendidos y monitoreados durante la formación e implementación de estos procedimientos. Los terapeutas en formación deben apegarse a los procedimientos sistemáticos, hacer evaluaciones completas, registrar los efectos y sustentar los resultados de sus intervenciones, apegándose a los lineamientos de los manuales de capacitación.

Una estrategia de atención que debe fortalecerse es la intervención grupal, debido a que brinda una mayor cobertura. Los usuarios que participan en la implementación grupal del modelo reportan sentirse acompañados durante su proceso de cambio, comparten estrategias de reducción de consumo, fortalecen los progresos de sus compañeros y alientan su permanencia en el programa. Además, hay una mayor comprensión entre los integrantes del grupo, debido a la noción cultural acerca de que quien no ha pasado por el mismo proceso, no entiende la dificultad de alcanzar y mantener la meta (Luna, 2017).

En el campo de la investigación, una de las tareas pendientes es analizar las variables asociadas con la deserción: solo en el grupo de estudiantes universitarios la deserción fue relativamente baja (27%). Es importante identificar las razones que motivan a las personas a abandonar un tratamiento y proponer estrategias para incrementar su adherencia al trabajo terapéutico. También es prioritaria la investigación en torno a las variables asociadas con el consumo, como los problemas emocionales. Si bien el inicio del consumo es producto de prácticas culturales, su mantenimiento a través del tiempo está relacionado no solo con momentos agradables o festivos, sino como una estrategia para evitar emociones displacenteras.

Cuando se desarrolla, adapta y valida un nuevo modelo de intervención es necesario que se adecue a las condiciones del usuario. La práctica ha mostrado que existen bebedores que no responden a este tipo de aproximación, aún cuando ellos consideran que pueden responder a sus necesidades. Este aspecto señala la importancia de contar con sistemas de evaluación y de referencia que permita a las personas recibir el tratamiento que necesitan (Medina-Mora *et al.*, 2006). En relación con la adecuación del modelo es relevante señalar la necesidad de elaborar materiales más sencillos. Se ha observado que las lecturas y ejercicios son complejos para las personas con bajo nivel de escolaridad.

Por último, es importante difundir en escenarios diversos los beneficios del modelo, así como resaltar la importancia de su adopción en países como el nuestro, donde los recursos son limitados. Las intervenciones breves representan una opción de bajo costo para proporcionar atención a los usuarios en etapas tempranas de consumo y brindan una solución efectiva a un problema prioritario de salud pública: el consumo de riesgo y nocivo de alcohol.

Referencias

- Alcántara, S. G. (2007). *Diseminación del programa de autocambio dirigido para bebedores problema en los Centros de Integración Juvenil*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Annis, H. M., & Graham, J. M. (1988). *Situational Confidence Questionnaire*. Toronto, ON: Addiction Research Foundation.
- Ayala, H. (1994). "Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: Resultados iniciales". En: H. Ayala y L. Echeverría. *Tratamiento de conductas adictivas*. México: UNAM.
- (1998). "Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México". En: H. Ayala y L. Echeverría. *Tratamiento de Conductas Adictivas* (pp. 81-91). México: UNAM.
- Ayala, H. y Cárdenas, G. (1996). Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas. *Psicología Iberoamericana* 4(2), 5-17
- Carrascoza, C. y Ayala, H. (2000). La participación del psicólogo en el desarrollo de la salud pública en México. *Psicología y Salud*, 10,149-160
- Ayala, H. y Gutiérrez, M. (1993). Una revisión de programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, XIII(1), 49-54
- Ayala, H., Cárdenas, G., Sobell, M. y Sobell, L. (1992). *Proyecto colaborativo para la investigación, entrenamiento y evaluación de un tratamiento cognitivo conductual de consulta externa para bebedores problema en México*. Canadá, México.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1995). Resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18(4), 18-24.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Ed. Porrúa.

A

Ayala, H. y Echeverría, L. (1998). "Detección temprana e intervención breve". En: *Beber de Tierra Generosa. Historia y Ciencia de las Bebidas Alcohólicas en México* (Tomo II, pp. 148-163). México: Fundación de Investigaciones Sociales, AC.

Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. y Sobell, L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, 6(1), 71-93.

B

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Grueneald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Osterberg, E., Rehm, J., Room, R., & Rossow, I. (2007). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and Public Policy*. New York, NY: Oxford University Press.

Bandura, A. (1986). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Barragán, L., González, J., Medina-Mora, M. E. y Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognitivo conductual para usuarios dependientes a sustancias adictivas en población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28(1), 61-71.

Barrera, C., Echeverría, L. y Morales, S. (2017). Educación en línea. Resultados de la capacitación a profesionales de la salud en una Intervención Breve para Bebedores Excesivos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1552-70

Bien, T., Miller, W., & Tonigan, J. (1993). Brief Interventions for Alcohol Problems: A Review. *Addiction* (88):315-336.

C

Campillo, C. y Romero, M. (1992). La intervención eficaz del médico general en el tratamiento de bebedores cuyo hábito alcohólico representa un riesgo. Resultados preliminares de un ensayo clínico doble ciego y prospectivo. *Salud Mental*, 5(15).

Carrascoza, C., Ayala, H. y Echeverría L. (2003). Desarrollo de políticas de salud en la esfera de las adicciones. Difusión del Modelo de Autocambio Dirigido en instituciones de salud en México. *Thomson Psicología*, 1(2), 17-33.

Carrascoza, C. (2007). *Terapia cognitiva conductual para el tratamiento de las adicciones: Fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. México: UNAM.

Carrascoza, C. y Echeverría, L. (2012). "Las intervenciones breves para atender consumo excesivo de alcohol en población estudiantil". En: M. E. Medina-Mora (Coord.), *Alcohol y políticas públicas* (pp. 313-333). México: El Colegio Nacional.

Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2011). *Programa de acción específico. Prevención y tratamiento de las Adicciones. Actualización 2011-2012*. México: Secretaría de Salud.

Donovan, D., & Marlatt, G. (1996). Recent Developments in Alcoholism: Behavioral Treatment. *Recent Developments in Alcoholism*, 11, 397-411.

D

Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, L., Tiburcio, M. y Ayala, H. (2005) *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. México: Conadic., Secretaría de Salud, UNAM.

E

Echeverría, L., Carrascoza, C., Ruíz, G., Barragán, L., Lira, J., Martínez, K., Medina, M. A., Medina, V., Natera, G., Oropeza, R. y Vieyra, V. (2007). "Técnicas de detección temprana e intervención breve para la atención de conductas adictivas entre estudiantes". En: *Desarrollo de Nuevos Modelos para la prevención y tratamiento de conductas adictivas*. México: Ed. Porrúa.

Echeverría, L., Carrascoza, C. y Reidl L (Comps). (2007). *Prevención y tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, Conacyt.

F

Fleming, M. F. (2004). Screening and brief intervention in primary care settings. *Alcoholism Research and Health*, 28(2), 57-62.

Flores, L. (2007). "Investigación y diseminación de CEMA-PEMA: Un programa con enfoque motivacional breve para la prevención primaria del abuso de alcohol en estudiantes". En: L. Echeverría., C. Carrascoza y L. Reidl (Comps.), *Prevención y tratamiento de Conductas Adictivas* (pp. 237-272). México: UNAM, Conacyt.

Frenk, L, Lozano, R. y Gonzalez, M. A. (1994). *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México*. México: Fundación Mexicana para la Salud.

G Gantiva, C. (2007). "Evaluación y disseminación de un programa motivacional breve para consumidores abusivos de alcohol". En: En: L. Echeverría., C. Carrascoza y L. Reidl (Comps.), *Prevención y tratamiento de Conductas Adictivas* (pp. 223-236). México: UNAM, Conacyt.

H Heather, N. (1995). "Brief intervention strategies". In: R.K. Hester. W.R. Miller (Ed.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (pp. 105-122). Boston: Allyn and Bacon.

I Institute of Medicine (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol problems*. Washington, DC: National Academy of Sciences. USA.

_____ (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. (1994) National Academy Press, Washington.

L Lozano-Blanco C., Sobell L. y Ayala H (2002). Disseminación del Modelo de Autocambio Dirigido para bebedores excesivos de alcohol en instituciones de salud de México. *Revista Latinoamericana en Psicología*, 34,(3), 259-73.

Luna, V. (2017). *Comparación de una intervención breve individual y grupal para consumidores de alcohol: Primeros resultados*. Tesis de Maestría. México: Facultad de Psicología, UNAM.

M Marlatt, A. & Gordon, R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.

Martínez, K., Carrascoza, C. y Ayala, H. (2003). Una estrategia de disseminación de la Psicología: Los talleres interactivos. *Salud Pública de México*, 45(1), 5-12

Martínez, K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y drogas*. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM.

- Medina-Mora, M. E., Reidl, L., Andrade, P., Ostrosky, F., Echeverría, L. y Amador, N. (2006). *Proyecto para el Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y tratamiento de conductas adictivas*. México: UNAM.
- Medina-Mora, M. E., Rojas, E. y Real, T. (2007). "Tendencias en el panorama epidemiológico de México ¿Por qué es importante el tratamiento?" En: *Prevención y tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM.
- Miller, W. R. (1983). Motivational Interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy*, 11, 147-72.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *La entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Buenos Aires: Paidós Ibérica, SA.
- Moser, A. E. & Annis, H. (1996). The role of coping in relapse crisis outcome: a prospective study of treated alcoholics. *Addiction*, 91(8):1101-13.
- Natera, G. y Casco, M. (1993). *Informe de evaluación del Manual de capacitación destinado a los orientadores de prevención de alcohol y drogas en países latinoamericanos, para su trabajo de intervención y apoyo a las familias que se enfrentan a problemas de consumo de sustancias en sus hogares. Reporte interno*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría. **N**
- Nielsen, P., Beird, J., Mello, M. J., Nirenberg, T., Woolard, R., Bendtsen, P., & Longbaughn, R. (2008). A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients. *J Subst Abuse Treatment*, 35(2), 184-201.
- Oviedo, M. (2012). *Estrategias de mercadotecnia social para la promoción de intervenciones breves para atender conductas adictivas en estudiantes universitarios: un estudio piloto*. Tesis de licenciatura. México: UNAM. **O**
- Raistrick, D. Dunbar, G., Davidson R. (1983). *Breve Escala de Dependencia al Alcohol. Adaptada a México por Judith Sánchez Pérez*, Tesis de Licenciatura: (2005). **R**
- Rodríguez, F. y Cabrera, B. (2007). *Proceso de diseminación del modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema en el IMSS*. Tesis de Licenciatura. México: UNAM.

Rogers, E. (1995). *Diffusion of innovations*. New York, NY: Free Press.

S Saunders, B., Aasland, G., Babor, F., De la Fuente, R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction*; 88:791-804.

Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1992). "Timeline Follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption". In: J. Allen y R. Litten (Eds.), *Techniques to assess alcohol consumption*. New Jersey: Humana Press

Sobell, L. C., Agrawal, S., Annis, M., Ayala, H., Echeverría, L., Rybakowski, J., Sandahl, C., Saunders, B., Thomas, S., & Ziolkowski, M. (2001). "Cross-cultural evaluation of two drinking assessment instruments: Alcohol Timeline followback and Inventory of Drinking Situations". *Substance Use y Misuse*, 36(3), 313-31.

Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers*. Guided Self-change Treatment. New York, NY: The Guilford Press.

Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2005). Guided Self-Change Model of treatment for substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3).

V Villatoro, A., Resendiz, E., Mujica, A., Bretón, M., Cañas, V., Soto, I. y Mendoza, L. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud.

W World Health Organization (WHO) (2001). Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care / Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle.

_____ (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

SECCIÓN III

- **Telepsicoterapia: definiciones, evidencia empírica y potenciales aplicaciones en el tratamiento del abuso de alcohol**

Georgina Cárdenas López, Fabiola Guadalupe Reyes Torres y Nikolai Stepanov

- **Atención plena compasiva**

Ana Beatriz Moreno Coutiño

- **Terapia cognitivo-conductual y farmacoterapia. Estrategias terapéuticas combinadas al servicio de los pacientes**

Silvia Cruz Martín del Campo, Patricia Reyes del Olmo y Óscar Vázquez Navarro

7. TELEPSICOTERAPIA: DEFINICIONES, EVIDENCIA EMPÍRICA Y POTENCIALES APLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE ALCOHOL

*Georgina Cárdenas López
Fabiola Guadalupe Reyes Torres
Nikolai Stepanov*

Introducción

Los trastornos mentales representan una carga de enfermedad significativa a nivel mundial y nacional. A pesar de ello, el acceso a tratamientos efectivos se ve obstaculizado por una serie de barreras. Apoyada en las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), la telepsicología representa una herramienta viable para proporcionar intervenciones basadas en evidencia para padecimientos mentales. El objetivo del presente capítulo es presentar un marco conceptual de la *telepsicología*, discutir sus ventajas y limitaciones, y proporcionar evidencia empírica de su eficacia. Asimismo, se reportan algunas investigaciones realizadas por el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) para validar intervenciones de telepsicología dirigidas hacia la población mexicana. Por último, se discute la problemática de abuso del alcohol en México y el potencial de la telepsicología para afrontarla.

Telesalud

El uso de las tecnologías de la comunicación en el campo de la salud comenzó en la década de los 50 como una alternativa para proporcionar servicios médicos o psiquiátricos en situaciones en las que el contacto personal entre el profesional

de la salud y el usuario se veía obstaculizado (Cárdenas, Flores y De la Rosa, 2011). Asimismo, dicha fusión surgió en respuesta a la amplia demanda de los servicios de salud (Oravec, 2000).

De esta manera, la utilización de las telecomunicaciones como herramientas para proporcionar ayuda especializada dio paso a la emergencia de la *telesalud*, que podría definirse como “el uso de información electrónica y tecnologías de telecomunicaciones para apoyar y promover el cuidado de salud a larga distancia, la educación relacionada a la salud de pacientes y profesionales, la salud pública y la administración de salud” (Health Resources and Services Administration, 2015). Dentro de las herramientas empleadas por la telesalud se encuentran las comunicaciones terrestres e inalámbricas, retransmisión de multimedia, videoconferencias, imágenes almacenadas y reenviadas, así como el Internet.

De acuerdo con Bانشur (1995), los sistemas de telesalud tienen el propósito de utilizar las TIC para facilitar la interacción entre los diferentes proveedores de servicios de salud y el usuario, los cuales no confluyen en espacio y, posiblemente, tampoco en tiempo. Dentro del término *telesalud* se incluyen: *telemedicina*, *telepsiquiatría* y *telepsicología*, entre otras (Botella, Baños et al., 2007).

Resulta innegable que los servicios apoyados en las tecnologías orientados al ámbito psiquiátrico o psicológico poseen múltiples facetas, de las que se desprende un sinnúmero de modalidades y aplicaciones. En el presente capítulo, abundaremos en lo referente al tratamiento psicológico.

Telepsicoterapia

También conocida como *psicoterapia* via Internet (PVI), puede entenderse como una adaptación de los tratamientos psicológicos tradicionales valiéndose del uso de Internet y sus diferentes herramientas, con el objetivo de optimizar la interacción entre usuario y terapeuta, y ampliar el alcance de los servicios de salud mental.

Marks (1999) define la psicoterapia basada en computadora como cualquier sistema informático que permite proporcionar tratamiento mediante sistemas de intervenciones que han sido diseñados previamente. Para Cutter (1996), la PVI se refiere al proceso

en el que un profesional entrenado en salud mental intercambia mensajes cifrados en línea con un paciente a través de un procedimiento sistematizado, con o sin horarios.

Es importante resaltar que las definiciones anteriores hacen hincapié en la importancia de que los servicios de salud mental diseminados a través de Internet cumplan con la característica de seguir determinadas pautas sistemáticas; es esta característica la que distingue a la telepsicoterapia de un mero intercambio de mensajes entre terapeuta y paciente, ya que es indispensable el seguimiento de un proceso psicoterapéutico estandarizado, como es el caso de la terapia cognitivo-conductual (TCC), para garantizar que el usuario final de ésta reciba un tratamiento basado en evidencia de forma ética y profesional. Es así que los diferentes beneficios que ofrece Internet, como la inmediatez en el intercambio de la información, los programas interactivos, mensajes de texto automatizados, videojuegos y videoconferencia, entre otros, se convierten en herramientas que optimizan los componentes de la PVI basada en el modelo cognitivo-conductual. Al facilitar el intercambio de información, realización de tareas y flexibilización de los procesos de comunicación, se logra no solo economización de tiempo y dinero, sino incremento de eficacia de tratamientos basados en evidencia.

Resulta importante mencionar que los diferentes tipos de tratamiento apoyados en tecnologías o entregados vía Internet han sido clasificados en dos categorías dependiendo de la cantidad de apoyo recibido por el terapeuta. Por tanto, pueden dividirse en:

- a) *Guiados por el terapeuta (sincrónicos)*: incluye los administrados en su totalidad por el terapeuta; son aquellos en los que si bien profesional y paciente no coinciden en espacio, sí lo hacen en tiempo y los tratamientos suelen llevarse a cabo a través de llamadas telefónicas, videoconferencia o chat (Glasgow & Rosen, 1982).
- b) *Autoaplicados (asincrónicos)*: paciente y terapeuta no necesariamente coinciden en espacio y tiempo. Esta categoría incluye los programas autoaplicados en los que el paciente recibe ayuda mínima por parte del terapeuta o no la recibe en absoluto, y son administrados de acuerdo a su ritmo (Glasgow & Rosen, 1982).

Necesidades que cubre la telepsicoterapia

Un aspecto de significativo es la creciente prevalencia de los problemas de salud mental a nivel internacional. Las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que la depresión es el trastorno predominante, pues alrededor de 300 millones de personas en el mundo lo padecen; también se ha encontrado que las afectaciones del estado de ánimo son la causa principal de incapacidad a nivel mundial (OMS, 2018), y que los desórdenes de ansiedad se ubican en el sexto lugar dentro de las causas incapacitantes, al igual que los problemas asociados al consumo nocivo del alcohol. Por otra parte, el conteo de la OMS también reveló que el trastorno bipolar era padecido por 60 millones de personas en el mundo y que alrededor de un millón se suicida anualmente.

Bajo este marco, se ha proyectado que, para 2020, los trastornos mentales (TM) se incrementarán de tal manera que contribuirán al 15% de las causas de discapacidad a escala mundial, mientras que, para 2030, la depresión será la primera causa de reducción de años de vida saludable en países desarrollados (OMS, 2004; Mathers & Loncar, 2006).

En lo que respecta a la situación de los TM en nuestro país, las cifras son también reveladoras, pues 18% de las personas de edad productiva (15-64 años) pertenecientes a zonas urbanas padecen, al menos, un trastorno como ansiedad, depresión o fobia. En cuanto al tipo de trastorno, 7.6% de personas en el país presentan un patrón perjudicial de consumo de alcohol, 7.2% experimenta depresión, mientras que alrededor de 7% presenta algún tipo de fobia específica (Medina-Mora *et al.*, 2007). Aunado a lo anterior, las estadísticas relacionadas con el suicidio resultan alarmantes, ya que el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportó que en el 2016 se cometieron un total de 6291 suicidios, cifra que se traduce en 5.1 suicidios por cada 100 mil habitantes.

Las cifras anteriores revelan que los TM demandarán cada vez más alternativas de intervención que respondan de forma efectiva y eficiente a su considerable aumento. Lamentablemente, la realidad plantea que a nivel internacional existe un déficit importante en la cobertura de los sistemas proveedores de salud mental con respecto a las necesidades derivadas de la prevalencia de los TM. La evidencia ha documentado ampliamente la efectividad de diversos protocolos de tratamiento cognitivo-conductuales en la atención de diversos trastornos psicológicos (García-López *et al.*, 2006; Salaberria y Echeburúa, 2005);

pese a lo anterior, se ha encontrado que éstos no son utilizados con suficiencia (Andrews, Issakidis & Carter, 2001). Una de las principales razones que sustentan este hecho radica en que solo un pequeño porcentaje de personas con problemas de salud mental buscan activamente ayuda profesional (Cárdenas *et al.*, 2014); un aspecto que agrava este hecho es que de dicho porcentaje, muy pocos reciben un tratamiento efectivo, de acuerdo con Young, Klap, Sherbourne y Wells (2001). Por ejemplo, de las personas que padecen algún trastorno de ansiedad, menos de 30% se beneficia de una intervención basada en evidencia.

Además, existe una serie de limitaciones que dificultan aún más el acceso a los tratamientos efectivos, como barreras geográficas, poca disponibilidad de tiempo, o bien, el costo de los tratamientos que en ocasiones suele ser elevado y no puede ser solventado por pacientes ni por el sistema de salud público del país (Bebbington *et al.*, 2000). En este sentido, algunas cifras revelan las inequidades existentes dependiendo del nivel de desarrollo económico de cada país, pues en aquellos con ingresos bajos y medios, el gasto a nivel público destinado a la salud mental es de menos de cinco dólares per cápita, mientras que en países con ingresos altos se incrementa casi 10 veces más (58.73 dólares per cápita) (WHO-AIMS, 2013). En relación con nuestro país, en 2017 el presupuesto contemplado para salud mental fue de 2586 millones de pesos, equivalente a más de un dólar per cápita (Méndez, 2017).

Con este panorama, resulta evidente la necesidad de alternativas psicoterapéuticas que aseguren la disponibilidad de servicios de salud mental para las personas que lo requieran (Rees & Maclaine, 2015). La telepsicoterapia representa una oportunidad inestimable para la ampliación del alcance de los servicios de salud mental, debido a su accesibilidad y rentabilidad (Marks, Cavanagh, & Gega, 2007). Herramientas como la videoconferencia, teléfono, radio, televisión e Internet funcionan como vías de bajo costo que flexibilizan el acceso a los sistemas de salud y facilitan el contacto de las personas con los profesionales, como no era posible con anterioridad (Cárdenas, Flores y De la Rosa, 2011).

Telepsicoterapia y el modelo cognitivo-conductual

Como el término indica, las TCyC hacen referencia a la incorporación en la práctica clínica de dos elementos esenciales. El primero es el uso de intervenciones conductuales orientadas a modificar la conducta mediante la reducción de determinados

comportamientos disfuncionales. El segundo incluye las intervenciones cognitivas, las cuales, si bien persiguen el mismo objetivo (la modificación de la conducta), lo hacen a través de la reestructuración de los patrones cognitivos del individuo (Cárdenas, Flores y De la Rosa, 2011).

El principio básico en el que se apoya el modelo cognitivo-conductual es el aprendizaje, pues sostiene que los patrones disfuncionales del individuo son el resultado de un aprendizaje previo; por tanto, el propósito de la terapia consiste en proporcionar nuevas pautas de aprendizaje que permitan la vivencia de experiencias más adaptativas (Valdivieso, 1995).

A continuación, se enuncian algunas características más importantes de la terapia cognitivo-conductual:

- Parte del supuesto que el aprendizaje está mediado cognitivamente
- Establece que los procesos cognitivos juegan un papel mediador en las experiencias emocionales y conductuales, pues existe una influencia bidireccional entre ellos (se afectan mutuamente)
- Una parte importante dentro de la terapia, es que el modelo cognitivo-conductual hace especial énfasis en el análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, en especial, de naturaleza cognitiva
- Dentro del proceso terapéutico se aplican tanto estrategias cognitivas como conductuales con el propósito de lograr un cambio en los patrones desadaptados de la persona
- El tratamiento suele ser breve
- Considera que, para lograr un cambio conductual positivo, es necesaria la colaboración entre paciente y terapeuta.

El enfoque cognitivo-conductual es uno de los más predominantes en el campo de la salud mental, ya que su eficacia y eficiencia han sido consistentemente reconocidas a nivel científico. Aunado a esto, bajo esta perspectiva se han diseñado protocolos estandarizados para la atención de diversos trastornos como adicciones, depresión, ansiedad, trastornos adaptativos, fobia social, trastorno de pánico, agorafobia, entre otras, que cuentan con un amplio respaldo de evidencia empírica (Cárdenas, Flores y De la Rosa, 2011).

Una de las características estructurales más importantes de la TCC radica en la posibilidad de ser protocolizada. Este aspecto la hace viable para ser transferida a la modalidad de Internet. Algunas de las principales razones que sustentan esta aseveración se enumeran a continuación:

1. La TCC concede especial interés al cambio observable. Por eso, una parte fundamental en el proceso terapéutico es el uso de medidas antes y después del tratamiento, incluyendo seguimientos. Internet constituye una herramienta fundamental en este aspecto, pues facilita el intercambio de información y permite el almacenamiento de la información salvaguardando la seguridad del usuario.
2. Por otra parte, herramientas en línea como el correo electrónico, *chat*, notas de voz, entre otras, facilitan y hacen más atractivo el cumplimiento de las tareas en casa, fundamentales para el desarrollo de habilidades para el manejo de cogniciones, emociones y conductas.
3. Los recursos propios del Internet permiten ampliar la creatividad del terapeuta en actividades como psicoeducación o verificación empírica, al facilitar el intercambio y almacenamiento de lecturas, autoregistros, videos, audios, entre otros.

Evidencia empírica de la telesalud en el campo de la intervención psicológica

Los intentos de validar científicamente los diferentes tipos de tratamientos psicológicos apoyados en tecnologías comenzaron a realizarse hace más de una década y continúan vigentes. La evidencia ha demostrado que los programas cognitivo-conductuales computarizados han resultado efectivos en el tratamiento de trastornos como depresión leve y moderada, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), obesidad y, por otra parte, trastornos de ansiedad como fobia social, agorafobia, trastorno de pánico y fobia específica (Marks, Cavanagh, & Gega, 2007).

Dentro de los programas autoaplicados más destacados se encuentra el sistema *FearFighter* (FF) para el tratamiento de ansiedad y pánico (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). Diversos estudios demostraron que el FF era igual de efectivo que la TCC cara a cara y que los efectos positivos derivados del uso del programa se mantuvieron a lo largo del tiempo (McCrone *et al.*, 2009; Hayward, MacGregor, Peck & Wilkes, 2007). Un aspecto interesante sobre las investigaciones llevadas a cabo con este sistema, es que los participantes identificaron

diferentes ventajas relacionadas con el uso de este tipo de tratamientos, entre ellas, confidencialidad, reducción del estigma y facilidad de utilizarlos sin necesidad de trámites o citas (Hayward *et al.*, 2007; McGregor, Hayward & Peck, 2009). Es importante mencionar que tanto *FearFighter* como el programa *Beating the Blues* (Cavanagh, Seccombe, & Lidbetter, 2011), diseñado para el tratamiento de depresión leve a moderada, han sido recomendados por el National Institute of Clinical Excellence in England (NICE, 2006) como alternativas viables de intervención por encima del tratamiento farmacológico (Marks, Cavanagh, & Gega, 2007).

Una aportación importante al campo de los tratamientos autoaplicados corresponde al trabajo realizado por Botella *et al.* (2008), quienes diseñaron y sometieron a prueba *Sin Miedo*, un programa cognitivo-conductual en línea orientado al tratamiento de la fobia a animales pequeños (cucarachas, arañas y ratones). El sistema contaba con un módulo de evaluación que permitía hacer un diagnóstico y organizar las diferentes tareas de exposición para cada persona. Los componentes de tratamiento incluían psicoeducación, un módulo de terapia de exposición a través de realidad virtual en el que el usuario debía alcanzar tres objetivos específicos que requerían una confrontación gradual con el animal temido (aproximarse al animal, buscar al animal y deshacerse de él), y finalizaba con un nivel de prevención de recaídas. Los resultados demostraron que todos los participantes alcanzaron una mejoría en todas las medidas de fobia a animales al finalizar el tratamiento, y que los cambios lograron mantenerse en un periodo de seguimiento a tres meses. Además, en relación con las actitudes hacia los tratamientos autoaplicados se encontró que todos los usuarios manifestaron alto nivel de confianza en recibir una intervención a través de Internet y en su capacidad para administrarlo por su cuenta.

En relación con el tratamiento del miedo a hablar en público, Botella, Guillén *et al.* (2007) desarrollaron *Háblame*, un programa autoaplicado que tenía una estructura similar a *Sin Miedo*: un protocolo de evaluación, un módulo de psicoeducación y un componente de autoexposición a través de videograbaciones con diferentes tipos de audiencias. Un estudio controlado, con una muestra clínica que cumplía los criterios de fobia social, según la cuarta versión revisada del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR: APA, 2002) demostró que *Háblame* era un sistema eficaz en el tratamiento de dicho trastorno.

Cárdenas *et al.* (2014) llevaron a cabo una adaptación del programa *Háblame* para la población mexicana; los resultados derivados de un ensayo clínico controlado

con tres grupos de tratamiento (autoaplicado, asistido por el terapeuta y control con lista de espera) arrojaron la ausencia de diferencias significativas entre el tratamiento cara a cara y el autoaplicado; sin embargo, se observaron cambios significativos intragrupo en las medidas de miedo a hablar en público, los cuales fueron significativamente superiores al grupo control.

De acuerdo con Rees y Maclaine (2015), las intervenciones psicológicas administradas a través de videoconferencia poseen una serie de ventajas sobre otros tipos de aproximaciones, ya que permiten al paciente y al terapeuta interactuar de forma visual, verbal y auditiva en tiempo real. En relación con este tipo de tratamientos, diferentes trabajos de investigación han mostrado que son igual de efectivos que los tratamientos cara a cara (Rees & Stone, 2005; Stubbings, Rees, Roberts & Kane, 2013).

En cuanto a los trastornos de pánico y agorafobia, Bouchard *et al.* (2004) realizaron un ensayo controlado en el que se comparaban 12 sesiones de TCC para trastorno de pánico administradas, ya sea cara a cara o mediante videoconferencia. Se observó en ambas condiciones una mejora significativa en la sintomatología general. No obstante, la reducción de la frecuencia de los ataques de pánico, de la aprehensión por el pánico y de los pensamientos agorafóbicos fue mayor en el grupo que había recibido la intervención a través de videoconferencia.

Cabe destacar que para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo también se han probado intervenciones proporcionadas a través de videoconferencia. Por ejemplo, Goetter *et al.* (2014) encontraron que una intervención de exposición y prevención de respuesta mediada por videoconferencia tuvo como resultado un tamaño del efecto alto entre las medidas pretratamiento y postratamiento.

Finalmente, el tratamiento del trastorno por estrés postraumático a través de videoconferencia ha proporcionado la mayor evidencia empírica que ha permitido concluir que es posible llevar a cabo tratamientos de exposición efectivos y exitosos a distancia, sin la necesidad de que paciente y terapeuta coincidan en espacio y tiempo (Rees & Maclaine, 2015).

En México, el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología (LEVyC) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) desarrolló una

investigación sistemática de la PVI como un medio terapéutico que descansa en la adaptación de técnicas psicológicas que han probado su efectividad en trastornos particulares.

Como parte de este proyecto, se desarrolló el Sistema de Administración para Servicios Psicológicos Vía Internet (SAS-PVI; Cárdenas y Flores, 2012), mostrado en la figura 7.1, con psicoterapia en línea administrada vía tablet, computadora y smartphone, mediante estrategias sistemáticas de intervención basadas en evidencia. Los terapeutas que participen en los diversos estudios del proyecto deberán apearse al Código Ético de la Sociedad Mexicana de Psicología (Sociedad Mexicana de Psicología, 2002) y seguir los mismos estándares éticos que aplican en su práctica clínica. El terapeuta deberá proteger la confidencialidad del paciente y los registros de interacción con el paciente durante el proceso terapéutico. Los resultados son presentados en promedio y no se vinculan con la identidad del participante

En los apartados siguientes se reportan los resultados de algunos estudios realizados por el laboratorio.



Figura 7.1. Sistema de Administración para Servicios Psicológicos Vía Internet (SAS-PVI; Cárdenas y Flores, 2012).

El primer estudio se realizó con una muestra de 680 estudiantes de la UNAM con rango de edad entre 18 y 29 años de edad, quienes solicitaron servicios de psicoterapia en línea para diversos trastornos psicológicos: estrés escolar, ansiedad, depresión y trastornos adaptativos en respuesta a la difusión realizada en boletines locales universitarios. Se brindaron los servicios con la plataforma PVI, apeados a los protocolos de tratamiento

basados en evidencia y recomendados por la APA para estos trastornos específicos; se realizaron dos evaluaciones de ansiedad y depresión con los instrumentos validados en México del Inventario de Depresión (Beck *et al.*, 1961) y el Inventario de Ansiedad (Beck y Steer, 2011) antes y después de la intervención, así como medidas de seguimiento en uno, tres y seis meses después de concluida la intervención.

Los resultados obtenidos para el total de participantes se muestran en la figura 7.2 en la que se señala, para los síntomas depresivos: evaluación inicial de 32 puntos, 18 en la evaluación final; como puede verse, en la primera medida de seguimiento tres meses después de la intervención, la puntuación se redujo a 11 y para el seguimiento de seis y 12 meses se obtuvieron resultados de siete y 10 puntos, respectivamente. Los índices de puntajes promedio de ansiedad son para evaluación inicial y final de 19 y 13, comparativamente, y de 5.4 y 4.5 puntos en las tres medidas de seguimiento analizadas (Cárdenas, 2015).

El segundo estudio (Cárdenas *et al.*, 2015) se realizó con mediación entre el Consulado Mexicano en Yuma, Arizona, y los migrantes mexicanos que enfrentan situaciones de vida particularmente estresantes por falta de recursos financieros y la sensación de no pertenecer a la sociedad receptora. Ante esta

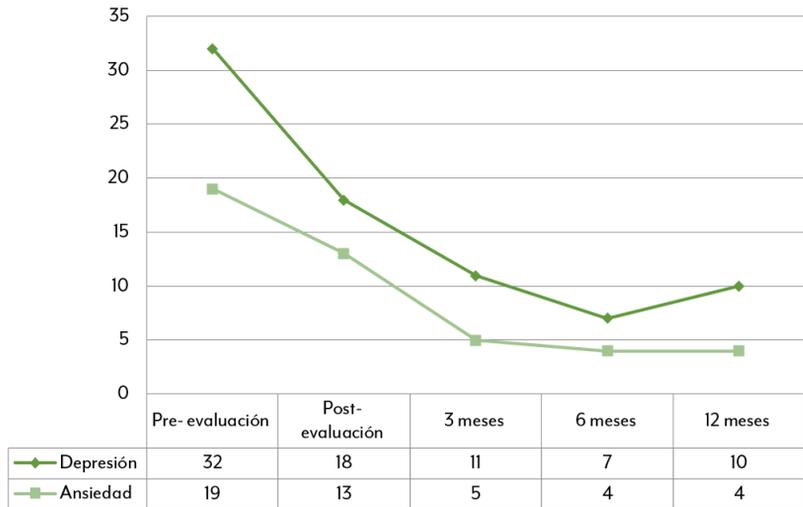


Figura 7.2. Puntuaciones evaluación inicial y evaluación final en ansiedad y depresión y resultados en los seguimientos después de tratamiento con enfoque cognitivo conductual mediante PVI en una comunidad universitaria N=680.

situación, se analizaron las ventajas de la telepsicoterapia, en especial porque esta población vive en un área geográfica distante y el país receptor no ofrece servicios psicológicos culturales apropiados. Se realizó un estudio piloto para atender los principales trastornos psicológicos que presentaba una muestra de 85 residentes, 72 mujeres y 13 hombres (Cuadro 7.1), con rango de edad entre 18 y 79 años. La percepción de mejoría después de intervención psicológica vía Internet, reveló que 25% de los participantes la percibió *muy alta*, mientras que 21% la calificó como *media alta* (Figura 7.3).

Cuadro 7.1. Características sociodemográficas de la muestra de migrantes mexicanos atendidos mediante PVI

Datos sociodemográficos				
Sexo	72 mujeres		13 hombres	
Edad	18-79 años		Media 43-48 años	
Estado civil	65 casados	16 divorciados	12 solteros	3 viudos

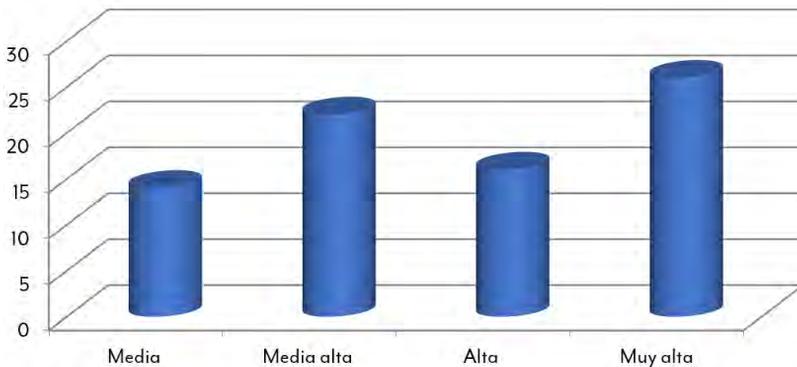


Figura 7.3. Mejoría clínica percibida por los participantes al finalizar el tratamiento.

Con base en los resultados promisorios encontrados en el estudio en Yuma, se realizó una intervención de consejería psicológica para el bienestar emocional vía Internet en los consulados de México en San Bernardino, California, Estados Unidos. En este tercer estudio, la muestra estuvo conformada por 203 participantes con una media de edad de 40.67 años. El 85.2% fueron mujeres y 14.7% hombres. Los diagnósticos más frecuentes dentro de esta muestra fueron: ansiedad (54.8%), estrés postraumático (16.4%), y ansiedad o depresión (11%).

Los resultados obtenidos a partir de la *t* de Student confirman la presencia de diferencias significativas en los síntomas depresivos antes y después del tratamiento ($M=12.38$, $DS= 5.74$, $t(202) = 6.16$, $p < 0.05$, $r=0.77$) (Figura 7.4) (Reyes, Martínez, González, & Cardenas, 2018).

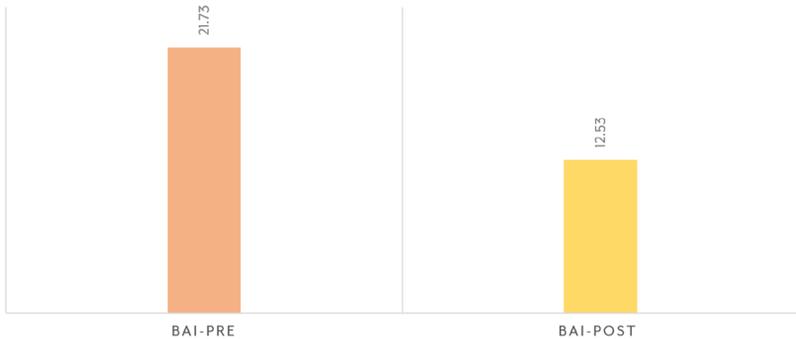


Figura 7.4. Niveles de depresión antes y después de la consejería a través de Internet en 203 migrantes mexicanos.

Por otra parte, los resultados obtenidos a partir de la *t* de Student confirman la presencia de diferencias significativas en los síntomas de ansiedad antes y después del tratamiento ($M= 12.53$, $DS= 5.92$, $t(202)= 6.53$, $p < 0.05$, $r=0.79$) (Figura 7.5) (Reyes *et al.*, 2018).

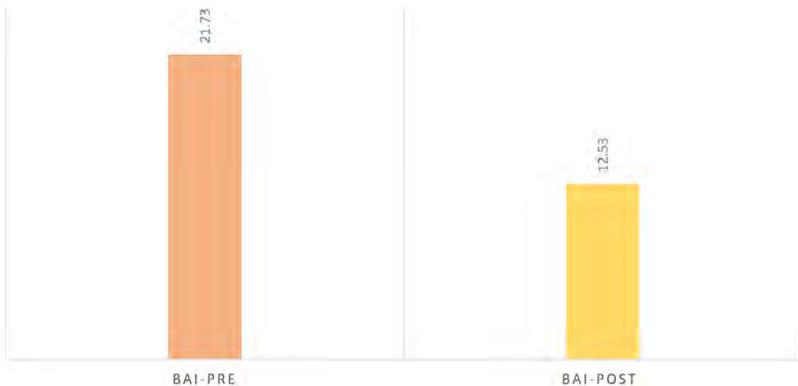


Figura 7.5. Niveles de ansiedad antes y después de la consejería a través de Internet en 203 migrantes mexicanos.

Respecto a los puntajes obtenidos en los niveles de calidad de vida medidos con el inventario WHOQOL-BREF (WHOQO, 1998), se observó un aumento en las cuatro áreas evaluadas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno social. Los cambios más relevantes se observaron en salud psicológica y relaciones sociales (Figura 7.6).

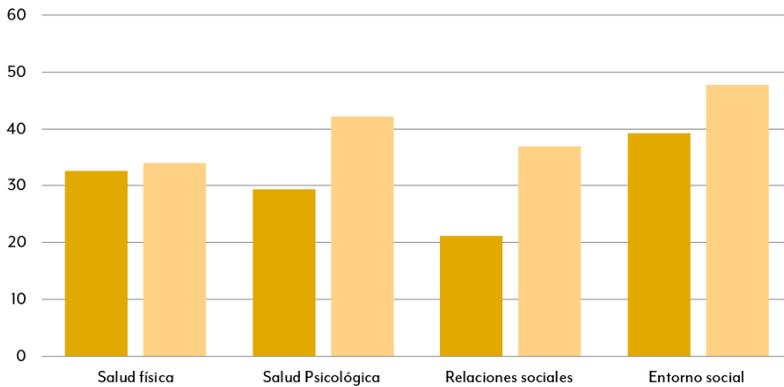


Figura 7.6. Puntajes antes y después de la consejería vía Internet en la calidad de vida en cuatro áreas evaluadas.

Los resultados del presente estudio, así como los dos anteriores, muestran que las intervenciones a distancia mediante Internet tuvieron un impacto positivo en la reducción significativa de los niveles tanto de ansiedad como de depresión. Los resultados en la Escala de la Calidad de Vida, principalmente en la salud psicológica y en las categorías de relaciones sociales, reflejan los efectos positivos de las intervenciones de asesoramiento sobre el bienestar percibido de los participantes.

Beneficios de la telepsicoterapia

Pese a que la telepsicoterapia cuenta con un cuerpo robusto de evidencia empírica que sustenta su efectividad, es importante mencionar que, debido al contexto en el que se ofrece, existen tanto beneficios como limitaciones asociados a ella (Bermejo, 1999). En el apartado siguiente se numeran las más considerables.

Para el usuario

De acuerdo con Cárdenas *et al.* (2011), una de las principales ventajas de los servicios de salud entregados mediante modalidades en línea radica en la posibilidad de ofrecer tratamientos psicológicos a personas discapacitadas sin necesidad de traslado.

Por otra parte, gracias a la inmediatez en el intercambio de información propio de la navegación por Internet, la posibilidad de comunicarse en cualquier momento con el terapeuta en momentos de crisis o conflicto representa una característica que garantiza atención de calidad para el usuario, debido a que la retroalimentación respecto a su problemática se hace de forma oportuna y evita largos tiempos de espera.

Aunado a lo anterior, es importante tomar en cuenta que la PVI puede representar un medio atractivo para aquellas personas que se encuentren familiarizadas con el uso de tecnologías, ampliando los grupos dentro de los que podría diseminarse la entrega de servicios psicológicos, tanto con fines preventivos como de intervención (adolescentes, niños, entre otros).

Cabe destacar que los individuos con TM tienden a ocultar su problemática y no se implican en la búsqueda de tratamiento (Dain, 1994). Ante esto, la anonimidad que facilita el Internet puede ser un factor motivador para iniciar una terapia (Turner *et al.*, 1998). Esta información resulta relevante en el caso de los problemas de consumo nocivo de alcohol, ya que forman parte de los trastornos que reciben mayor estigmatización (Keyes *et al.*, 2010), aspecto que representa una barrera significativa para la búsqueda de tratamiento (Grant, 1997).

Para el terapeuta

Proporciona la posibilidad de almacenar electrónicamente los registros de todas las sesiones terapéuticas. Además, el uso de Internet permite aclarar preguntas realizadas por el usuario y monitorear estados internos (pensamientos, sensaciones fisiológicas, conductas y emociones) en el momento en el que ocurren, utilizando herramientas como el correo electrónico o chat. Asimismo, la PVI brinda la oportunidad al terapeuta de supervisar al usuario con mayor frecuencia, ya sea de forma sincrónica o asincrónica (Bermejo, 1999).

Para usuario y terapeuta

Obtienen ganancias debido a la rapidez en la transmisión de información y a múltiples opciones de comunicación (*chat*, videoconferencia, entre otros). Cabe destacar que el uso de Internet brinda al terapeuta la posibilidad de buscar y clarificar información en páginas de profesionales de psicología o en bases de datos especializadas.

Limitaciones de la telepsicoterapia

Merece la pena reconocer que determinadas características del Internet pueden obstaculizar elementos importantes dentro del intercambio terapéutico. Por ejemplo, cuando el medio de comunicación con el usuario se hace de manera exclusivamente escrita, es posible que aspectos como la ausencia de espontaneidad y fluidez en la comunicación repercutan en la relación terapéutica, y hacer que el paciente perciba niveles bajos de empatía o retraso en la respuesta a sus demandas.

Un aspecto de indiscutible importancia es el efecto de la “invisibilidad” del terapeuta en las sesiones, entendida como la no coincidencia con el usuario en el espacio físico, la cual puede generar ansiedad en el usuario y dificultar o retrasar el proceso de recuperación.

Por último, no debe olvidarse la confidencialidad y seguridad en la red, y la posible pérdida de contacto debido a problemas de conexión (Cárdenas *et al.*, 2011).

El abuso del alcohol en México y el potencial de su tratamiento mediante TIC

En México, el consumo excesivo de alcohol (cinco o más copas por ocasión para los hombres, y cuatro o más copas para las mujeres) reportado durante el último mes ha presentado un aumento en la población de 12 a 65 años, incrementando de 12.3% en 2011 a 19.8% en 2016 (INPRF; INSP; Conadic; SSA, 2017). Adicionalmente, el consumo diario de alcohol aumentó de 0.8% a 2.9%, y el consumo excesivo de alcohol al menos una vez a la semana incrementó de 5.4% a 8.5% durante el mismo periodo. El 2.2% de la población presenta una dependencia al alcohol, la cual se caracteriza por aspectos como la tolerancia al alcohol, la presentación de síntomas de abstinencia al suspender el consumo, un mayor tiempo invertido en la búsqueda, uso y recuperación de los efectos del alcohol, con una incidencia negativa

en actividades de tipo laboral, social y recreativo. Es importante destacar que a diferencia de una dependencia al alcohol, la cual se manifiesta en un porcentaje relativamente reducido de la población, el tipo más común de consumo de alcohol en México implica una ingesta reducida durante la semana y un consumo en cantidades grandes durante los fines de la misma, a partir del jueves.

Problemas relacionados al abuso de alcohol en México

En México, las enfermedades crónicas del hígado ocupan el cuarto lugar de las causas de muerte (De la Vara *et al.*, 2011). Asimismo, el consumo perjudicial del alcohol se asocia con más de 64 enfermedades y se considera el mayor factor de riesgo para desarrollar una de éstas. (INPRF, INSP, Conadic y SSa, 2017). Como resultado de lo anterior, el consumo excesivo del alcohol es responsable de 6.5% de muertes prematuras en el país y representa 1.5% de años de vida ajustados por discapacidad (Gómez-Dantés *et al.*, 2017). Además, el uso nocivo del alcohol se encuentra asociado con suicidios, homicidios, muertes por accidentes (INPRF, INSP, Conadic y SSa, 2017), problemas legales (Natera, Juárez, Medina-Mora, & Tiburcio, 2007), y violencia de pareja (SSa, 2002). Por último, el uso excesivo del alcohol y la dependencia al mismo suelen estar vinculados con otros trastornos de tipo psiquiátrico, como el déficit de atención y comportamiento perturbador, trastornos afectivos, de ansiedad y ansiedad de separación (Marín-Navarrete, Medina-Mora y Tena-Suck, 2014). Ante esta problemática, así como las deficiencias en el sector de salud mexicano mencionadas, existe una necesidad significativa para el desarrollo e implementación de tratamientos eficaces para el abuso del alcohol en México.

Bebedores problema

A pesar de la gravedad de los problemas que presentan los individuos con una dependencia al alcohol, la mayoría presenta una problemática leve o moderada (Sobell & Sobell, 2015), y esta tendencia puede apreciarse en México (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998). Mientras que los bebedores dependientes cuentan con un estilo de vida centrado en la obtención e ingesta de alcohol, presentan un síndrome de abstinencia significativo, conflictos graves y posible daño orgánico, las personas que tienen problemas menos serios con el alcohol pueden experimentar consecuencias negativas a causa de su consumo, pero no ingieren esta sustancia de manera continua y no cuentan con síntomas de abstinencia significativos al suspender el uso de alcohol.

Esta última categoría de bebedores, denominados *bebedores problema*, cuenta con riesgo bajo de deterioro progresivo en su patrón de consumo, suele experimentar problemas a causa de un consumo de alcohol episódico en lugar de uno crónico, y genera mayores costos a la sociedad (Moore & Gerstein, 1981); asimismo, suele contar con mayores recursos personales y económicos que las personas con dependencia al alcohol (Sobell & Sobell, 2015), tiene episodios de ingesta controlada y considera un consumo moderado como una solución realista a sus problemas (Skinner & Allen, 1982). Los bebedores problema parecen obtener un mayor beneficio de tratamientos de menor intensidad (Sobell & Sobell, 2005), y existen numerosos estudios realizados a lo largo de las décadas que muestran que las intervenciones breves son eficaces en el tratamiento de personas con problemas de alcohol leves o moderados (Nielsen, Kaner, & Babor, 2008).

Intervenciones breves

Las intervenciones breves consisten en enfoques centrados en el cliente, con una duración limitada y el objetivo de modificar una conducta (Nielsen, Kaner & Babor, 2008). Además del tratamiento del abuso del alcohol, se han utilizado en otras áreas de la salud como en el consumo de otras drogas (Kumar & Malhotra, 2000), que incluye el tabaco, prevención de contagio de enfermedades venéreas (Long *et al.*, 2016), modificación de la dieta (Whatnall, Patterson, Ashton, & Hutchesson, 2018) y el control de peso (National Obesity Observatory, 2011).

A pesar de su heterogeneidad, las intervenciones breves suelen compartir las características siguientes (Miller & Sanchez, 1994):

- a) *Retroalimentación*. Se lleva a cabo una evaluación del nivel y patrón de consumo del cliente, así como los efectos nocivos ya presentes o potenciales, además de la conciencia que el cliente tiene acerca de los datos anteriores y su motivación para implementar un cambio. Esta información es transmitida al cliente.
- b) *Responsabilidad*. El cliente es informado acerca de su responsabilidad personal en la reflexión e implementación de un cambio en la conducta.
- c) *Consejo*. El profesional de la salud proporciona una opinión respecto a la modificación del uso de la sustancia enfocada en una meta concreta, basándose en la evaluación realizada previamente

- d) *Menú*. El profesional de la salud le proporciona al cliente una serie de alternativas para modificar el consumo de éste.
- e) *Empatía*. El profesional practica una escucha atenta y reflexiva, comunica respeto al individuo, motiva a analizar su consumo con reforzadores a las frases adaptativas y evita confrontación para no producir resistencia en el cliente.
- f) *Autoeficacia*. El profesional intenta promover la percepción de autocontrol del cliente y fomentar sus habilidades para resolver sus problemas.

Los elementos anteriores deben ser usados de acuerdo a las necesidades de cada cliente particular y su inclusión completa no es necesaria en cada intervención (Kumar & Malhotra, 2000).

Programa de Autocontrol Dirigido (PAD)

Llamado originalmente *guided self-change* en inglés, es una intervención breve basada en preceptos cognitivo-conductuales y motivacionales (Sobell & Sobell, 2005) y orientada a personas cuyos problemas del alcohol no son graves (Sobell & Sobell, 2015). Es un programa basado en la idea de que la mayoría de las personas pueden resolver su problema de abuso de alcohol si cuentan con la motivación suficiente, así como un apoyo y guía apropiados. La intervención provee de orientación a las personas, las ayuda a tomar decisiones responsables y apropiadamente informadas respecto a su consumo de alcohol mediante un análisis funcional de su forma de ingesta, el cual tiene como propósito identificar situaciones de riesgo de consumo excesivo y elaborar planes de acción para cambiar sus conductas desadaptadas (Sobell & Sobell, 2005). Algunas características adicionales del programa son la posibilidad de elegir un consumo moderado como meta, llevar autoregistros del consumo, así como la inclusión de lecturas y realización de tareas entre las sesiones para ayudar a los clientes en su proceso de toma de decisiones y solución de problemas.

El programa ha mostrado su eficacia en formatos individuales (Sobell y Sobell, 2015), grupales (Sobell, Sobell, & Agrawal, 2009), con usuarios de otras drogas y adolescentes (Wagner *et al.*, 2014). Su eficacia ha sido comprobada en la población mexicana (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995; Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998) y ha sido adaptado para ser aplicado en los centros de salud

mexicanos (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998; Echeverría *et al.*, 2012). La versión mexicana del programa consiste en una sesión de admisión, una sesión de evaluación y cuatro sesiones de tratamiento (Echeverría *et al.*, 2012).

Ventajas de intervenciones mediante Internet para abuso de alcohol

Los beneficios que proporcionan las intervenciones psicológicas vía Internet han sido abordados en este capítulo; sin embargo, es importante mencionar las ventajas que Internet podría ofrecer, en específico, a los individuos que buscan tratamiento para sus problemas de consumo de alcohol (The Alcohol Research Group & Vernon, 2010).

En primer lugar, el anonimato involucrado en el uso del Internet podría atraer a personas renuentes a buscar ayuda debido a la vergüenza o el estigma asociado a este problema (Klingemann *et al.*, 2001; Toll *et al.*, 2003). El aspecto impersonal de Internet podría representar una alternativa viable para individuos con deficiencias sociales que tienen dificultades para comunicarse con terapeutas o grupos (Griffiths, 2005). La perspectiva de que la motivación para cesar o reducir el consumo es un estado temporal que se produce a causa de una consecuencia negativa o un cambio en el estilo de vida asociado a la ingesta (Cunningham, Sobell, Sobell & Gaskin, 1994) ha llevado a la propuesta que las evaluaciones de consumo, materiales de autoayuda e intervenciones sean fácilmente accesibles (Cloud & Peacock, 2001); esta accesibilidad podría ser proporcionada por Internet mediante servicios con frecuencia gratuitos y disponibles 24 horas.

Asimismo, el uso de Internet podría proporcionar beneficios a los profesionales de la salud, ya que los programas en línea corresponderían al modelo terapéutico de tratamiento, y podrían solucionar problemas de las intervenciones presenciales como la fatiga y los problemas de memoria de los terapeutas (Fotheringham, Owies, Leslie, & Owen, 2000). Los programas vía Internet podrían ser eficientes y económicos debido a que reducirían los costos de tratamiento y tendrían el potencial de ser accesibles a una población más numerosa (Elliott, Carey, & Bolles, 2008). Cualquier modificación que se requiera hacer a los servicios vía Internet podría realizarse en una sola ubicación y estar disponible de manera inmediata para todos los clientes de los mismos.

Eficacia de programas autoaplicados vía Internet para los problemas causados por el alcohol

Se han llevado a cabo investigaciones que muestran la eficacia de programas autoaplicados vía Internet de tipo cognitivo-conductual/motivacional para el tratamiento de un consumo problemático de alcohol (Postel *et al.*, 2010; Blankers, Koeter & Schippers, 2011; Sundström *et al.*, 2016). En México, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) realiza un estudio acerca de una intervención autoaplicada vía Internet para un consumo excesivo de alcohol (*Beber Menos*; <https://www.saberdealcohol.mx/bebermenos>), y el LEVyC desarrolla un programa autoaplicado de Internet basado en el PAD, dirigido a la población mexicana (datos inéditos de proyecto del LEVyC).

Se espera que los resultados de las investigaciones en México sean positivos y estas intervenciones para el abuso del alcohol sean una herramienta eficaz, económica y accesible que ofrezca a los mexicanos que manifiestan esta problemática una alternativa viable de terapia. De esta manera, las intervenciones en línea podrían tener un impacto significativo en el tratamiento de los problemas relacionados al consumo excesivo de alcohol a nivel nacional.

Con base en nuestra experiencia, consideramos recomendable la telepsicoterapia para personas familiarizadas con el uso de tecnologías y que cuenten con los recursos necesarios (conexión a Internet y un dispositivo electrónico como celular, *tablet* o computadora) para recibir asistencia psicológica a través de Internet (Oravec, 2000). La telepsicoterapia también es viable para aquellos con facilidad para comunicarse, ya sea de forma escrita (*chat*) o mediante videoconferencia y con capacidad para concretar información a través de estos medios. Cabe resaltar de nuevo, que esta modalidad terapéutica es de especial utilidad para personas con alguna discapacidad física que dificulte su desplazamiento hacia un consultorio o clínica de asistencia.

Por otra parte, es necesario considerar que existen algunas personas que dada la naturaleza de la problemática de salud mental que experimentan, presentan serias dificultades para acudir a un consultorio psicológico; tal es el caso de personas con agorafobia o fobia social. En este sentido, la telepsicología representa una opción amigable para lograr un acercamiento exitoso hacia la psicoterapia.

Conclusiones

Resulta evidente que las alternativas que ofrecen los tratamientos auxiliados con tecnologías son crecientes, económicas, con mayor acceso y cada vez más los estudios científicos demuestran y respaldan que los servicios psicológicos basados en tecnologías son seguros y efectivos (Jones & Stokes, 2009; Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008; Cardenas, Serrano, Flores, & De La Rosa, 2008). Reforzando la evidencia que la psicoterapia vía Internet puede ser un método efectivo para la atención primaria, resulta importante resaltar sus características particulares que pueden robustecer el potencial de atención psicológica, como la posibilidad de atender a una amplia población sin la necesidad de entablar una relación cara a cara, así como el bajo costo de esta alternativa (Clarke *et al.*, 2009). El impacto de la psicoterapia vía Internet puede ser realizado sin detrimento del servicio que una persona recibiría en una terapia tradicional, que logrará ampliar la disponibilidad en la oferta de servicios de salud, reduciendo la cantidad de tiempo clínico invertido hoy en día (Titov *et al.*, 2010).

Referencias

- A** American Psychiatric Association (APA) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a ed., texto rev.). Barcelona: Masson.
- Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilization. *British Journal of Psychiatry*, 179, 417-25. doi: 10.1192/bjp.179.5.417.
- Ayala, H. E., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales para un programa de autocontrol para bebedores problema en México [Versión PDF]. *Salud Mental*, 18(4), 18-24. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n2/v31n2a6.pdf>
- Ayala, H. E., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Porrúa.
- Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B., y Sobell, L. C. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, 6(1), 71-93. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/acom/article/viewFile/18256/17354>
- B** Banshur, R. L. (1995). On the definition and evaluation of telemedicine. *Telemedicine Journal*, 1(1), 19-30. doi: 10.1089/tmj.1.1995.1.19.
- Barak, A., Hen, L. Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a metaanalysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 109-60. doi.org/10.1080/15228830802094429.
- Bebbington, P. E., Meltzer, H., Bruga, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Ceresa, C., & Lewis, G. (2000). Unequal access and unmet need: Neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychological Medicine*, 30(6), 1359-67. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/1670752.pdf>
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). BAI. *Inventario de Ansiedad de Beck* (adaptación española de Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bermejo, A. (1999). Eficacia y aplicación de la terapia cognitivo-conductual vía Internet. En: *IV Congreso Internacional de Psicología Cognitivo-Conductual*. Valencia, España. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/pvo4735>.
- Blankers, M., Koeter, M. W. J., & Schippers, G. M. (2011). Internet therapy versus Internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79(3), 330-41. doi: 10.1037/a002349.
- Botella, C., Baños, R., García-Palacios, A., Quero, S., Guillén, V. y Marco, H. J. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *UOC Papers*, 4, 32-41. Disponible en: <https://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/botella.pdf>
- Botella, C., Guillén, V., García-Palacios, A., Gallego, M., Baños, R. M., & Alcañiz, M. (2007). Telepsychology and self-help: The treatment of fear of public speaking. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 46-57. doi: 10.1016/j.cbpra.2006.01.007.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R. M., Garcia-Palacios, A., Breton-Lopez, J., Alcañiz, M., & Fabregat, S. (2008). Telepsychology and Self-Help: The Treatment of Phobias Using the Internet. *Cyberpsychology and Behaviour*, 11(6), 659-64. doi: 10.1089/cpb.2008.0012.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., Lapierre, J. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine and e-Health*, 10, 13-25. doi:10.1089/153056204773644535.
- Cárdenas, G. (2015). "Programa de consejería virtual para el bienestar emocional CoViBE". *Conferencia en el Consulado de México en San José, California, EUA*. Instituto Mexicanos en el Exterior IME. 1 de mayo 2015.

C

- Cárdenas, G. y Flores, L. A. (2012). "Psicoterapia vía Internet como promoción de salud mental con el uso de tecnologías". En: G. L. Cárdenas y A. S. Vitte (Eds.), *De la evidencia empírica a la apropiación tecnológica en psicología* (pp. 127-136). México: UNAM.
- Cárdenas, G., Botella, C., Quero, S., De la Rosa, A. y Baños, R. M. (2014). Programa de telepsicología para el tratamiento de la fobia a hablar en público en población mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 45-54. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/1339/133944229006/>
- Cárdenas, G., Durán, X., Martínez, J., Carreño, V. y Navarro, B. (2015). "Psicoterapia en línea: Una alternativa para el bienestar emocional de migrantes mexicanos". En: G. Cárdenas S. Bouchard y A. Vite, *Realidad virtual: aplicaciones en e-salud* (pp. 83-103). México: UNAM.
- Cárdenas, G., Flores, L. A. y De la Rosa, A. (2011). *Psicoterapia vía Internet. Una alternativa a distancia*. México: UNAM.
- Cardenas, G., Serrano, B., Flores, L. & De la Rosa, A. (2008). Etherapy: a training program for development of clinical skills in distance psychotherapy. *Journal of Technology in Human Services*, 26(1), 470-483.
- Cavanagh, K., Seccombe, N., & Lidbetter, N. (2011). The implementation of computerized cognitive behavioural therapies in a service user-led, third sector self-help clinic. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(4), 427-442. doi: 10.1017/S1352465810000858.
- Clarke, G., Kelleher, C., Hornbrook, M., DeBar, L., Dickerson, J., & Gullion, C. (2009). Randomized effectiveness trial of an Internet, pure self-help, cognitive behavioral intervention for depressive symptoms in young adults. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 222-34. doi: 10.1080/16506070802675353
- Cloud, R. N., & Peacock, P. L. (2001). Internet screening and interventions for problem drinking: Results from the www.carebetter.com pilot study. *Alcohol Treatment Quarterly*, 19(2), 23-44. doi: 10.1300/J020v19n02_02.

Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Gaskin J. (1994). Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. *Addictive Behaviors*, 19, 691-96. doi: 10.1016/0306-4603(94)90023-X.

Cutter, F. (1996). Virtual psychotherapy? *Psychnews International*, 1(3). Disponible en: http://userpage.fu-berlin.de/expert/psychnews/1_3/pn3_1_b.htm

Dain, N. (1994). Reflections on antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry. *Hospital y Community Psychiatry*, 45(10), 1010-4. doi: 10.1176/ps.45.10.1010.

D

De la Vara, E., Palacio, L. S., Oropeza, C., Hernández, M. y Lazcano, E. (2011). *Perfil epidemiológico de la mortalidad en el sureste de México 1980-2008* [Versión PDF]. Disponible en: <http://www.cdi.salud.gob.mx:8080/BasesCDI/Archivos/Estadisticas/mortalidad.pdf>

Elliott, J. C., Carey, K. B., & Bolles, J. R. (2008). Computer-based interventions for college drinking: A qualitative review. *Addictive Behaviors*, 33, 994-1005. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.03.006.

E

Echeverría, L., Ruiz, G. M., Salazar, M. L., Tiburcio, M. A. y Ayala, H. E. (2012). *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud* (2a ed.). México: Facultad de Psicología, UNAM.

Fotheringham, M. J., Owies, D., Leslie, E., & Owen, N. (2000). Interactive health communication in preventive medicine: Internet-based strategies in teaching and research. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(2), 113-20. doi: 10.1016/S0749-3797(00)00188-4.

F

García-López, L. J., Olivares, J., Beidel, D. C., Albano, A. M., Turner, S. M., & Rosa, A. I. (2006). Results at long-term among three treatment protocols: A 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 175-191.

G

Glasgow, R., & Rosen, G. (1982). Self-help behaviour therapy manuals: Recent development and clinical usage. *Clinical Behavior Therapy Review*, 1, 1-20.

Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Yuen, E. K., & Thomas, J. G. (2014). An open trial of videoconference-mediated exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 460-2. doi:10.1016/j.janxdis.2014.05.004.

Gómez-Dantés, O., Alonso-Concheiro, A., Razo-García, C., Bravo-Ruiz, M. L., Orozco, E., Serván-Mori, E. y Martínez-Palomo, A. (2017). *Prioridades de Investigación en Salud en México* [Versión PDF]. Disponible en: https://www.insp.mx/images/stories/2017/Avisos/docs/170708_Prioridades_invest_salud.pdf

Grant, B. F. (1997). Barriers to alcoholism treatment: Reasons for not seeking in a general population sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 58(4), 365-371. doi: 10.15288/jsa.1997.58.365.

Griffiths, M. (2005). Online therapy for addictive behaviors. *Cyberpsychology y Behavior*, 8(6), 555-61. doi: 10.1089/cpb.2005.8.555.

H Hayward, L., MacGregor, A. D., Peck, D. F., & Wilkes, P. (2007). Feasibility and effectiveness of computer-guided CBT (FearFighter) in a rural area. *Behaviour y Cognitive Psychotherapy*, 35, 409-19. doi: 10.1017/S1352465807003670.

Health Resources and Services Administration (noviembre, 2015). *Telehealth programs*. Available in: <https://www.hrsa.gov/rural-health/telehealth/index.html>

I Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) (2018). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (Datos nacionales) 2016*. Comunicado de prensa núm 410/18 [Versión PDF]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF); Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); Comisión Nacional Contra las Adicciones (Conadic); Secretaría de Salud (SSA). (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol* [Versión PDF]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR5tsEnBK2-u2q_BDK9LAOe/view

Jackson, H., Judd, F., Komiti, A., Fraser, C., Murray, G., Robins, G., & Wearing, A. (2007). Mental health problems in rural contexts: What are the barriers to seeking help from professional providers? *Australian Psychologist*, 42(2), 147-60. doi.10.1080/00050060701299532.

J

Jones, G., & Stokes, A. (2009). *Online Counselling: A handbook for practitioners*. London: Palgrave.

Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Link, B., Olfson, M., Grant, B. F., & Hasin, D. (2010). Stigma and treatment for alcohol disorders in the United States. *American Journal of Epidemiology*, 172(12), 1364-72. doi: 10.1093/aje/kwq304.

K

Klingemann, H., Sobell, L., Barker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellinstad, T., & Tucker, J. (2001). *Promoting self-change from substance abuse. Practical implications for policy, prevention and treatment*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Kumar, S., & Malhotra, A. (2000). Brief interventions in substance abuse [Versión PDF]. *Indian Journal of Psychiatry*, 42(2), 172-83. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2957709/pdf/IJPsy-42-172.pdf>

Long, L., Abraham, C., Paquette, R., Shahmanesh, M., Llewellyn, C., Townsend, A., & Gilson, R. (2016). Brief interventions to prevent sexually transmitted infections suitable for in-service use: a systematic review. *Preventive Medicine*, 91, 364-82. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.06.038.

L

Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M.E. y Tena-Suck, A. (2014). "Breve panorama del tratamiento de las adicciones en México". En A. Tena-Suck y R. Marín-Navarrete (Eds.), *Temas Selectos en Orientación Psicológica VIII: Orientación Psicológica y Adicciones* (pp. 1-7). México: El Manual Moderno.

M

Marks, I. (1999). Computer aids to mental health care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(6), 548-555. doi: 10.1177/070674379904400602.

Marks, I., Cavanagh, K., & Gega, L. (2007). *Hands-on help: Computer-aided psychotherapy*. Nueva York, NY: Psychology Press.

- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLOS Medicine* 3(11), e442. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442.
- McCrone, P., Mark, I. M., Mataix-Cols, D., Kenwright, M., & McDonough, M. (2009). Computer-aided self-exposure therapy for phobia and panic disorder: A pilot/economic evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 1-9. doi: 10.1080/16506070802561074.
- McGregor, A. D., Hayward, L., & Peck, D. (2009). Empirically grounded clinical interventions clients' and referrers' perceptions of computer CBT (Fear Fighter). *Behaviour Cognitive Psychotherapy*, 37, 1-9. doi: 10.1017/S135246580800492X.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190, 521-528. doi: 10.1192/bjp.bp.106.025841.
- Méndez, J. S. (2017). Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CEIP). México: *Gasto en salud mental*. Disponible en: <https://ciep.mx/gasto-en-salud-mental/>
- Miller, W. R., & Sanchez, M. C. (1994). "Motivating young adults for treatment and lifestyle change". In: G. Howard (Ed.), *Issues in alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55-82). Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press.
- Moore, R. H., & Gerstein, D. R. (1981). *Alcohol and public policy: Beyond the shadow of prohibition* [Versión PDF]. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/114.html>
- N** Natera, G., Juárez, F., Medina-Mora, M. E., & Tiburcio, M. (2007). Alcohol and drug consumption, depressive features, and family violence as associated with complaints to the prosecutor's office in central Mexico. *Substance Use y Misuse*, 42, 1485-1504. doi: 10.1080/10826080701202817

National Institute of Clinical Excellence in England (NICE). (2005). Final Appraisal Determination. CCBT for the Treatment of Depression and Anxiety. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta97/documents/final-appraisal-determination-depression-and-anxiety-computerised-cognitive-behaviour-therapy-ccbt-review2>

National Institute of Clinical Excellence in England and Wales (NICE). (2006). Computerized cognitive behaviour therapy (ccbt) for the Treatment of Depression and Anxiety. *Technology Appraisals*, 97.

National Institute for Health and Care Excellence. (27 de marzo de 2018). FearFighter for adults with panic, agoraphobia and specific phobia. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/NICE-advice/IAPT/iab-fearfighter-adults-with-panic-agoraphobia-specific-phobia.pdf>

National Obesity Observatory (abril de 2011). Brief interventions for weight management [Archivo PDF]. Available in: <http://www.hse.ie/eng/health/child/healthyeating/weightmanagement.pdf>

Nielsen, P., Kaner, E., & Babor, T. F. (2008). Brief intervention, three decades on. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25(6), 453-467. doi: 10.1177/145507250802500608.

Oravec, J. A. (2000). Online counseling and the Internet: Perspectives for mental health care supervision and education. *Journal of Mental Health*, 9(2), 121-135. doi: 10.1080/09638230050009122. SI.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Promoción de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones políticas. Informe compendiado* [Versión PDF]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *Depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

O

- P** Postel, M. G., De Haan, H. A., ter Huurne, E. D., Becker, E. S., & De Jong, C. A. J. (2010). Effectiveness of a web-based intervention for problem drinkers and reasons for dropout: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 12(4), e68. doi: 10.2196/jmir.1642.
- R** Rees, C., & Maclaine, E. (2015). A systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. *Australian Psychologist*, 50, 259-64. doi: 10.1111/ap.12122
- Rees, C., & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology, Research and Practice*, 36, 649-653. doi:10.1037/0735-7028.36.6.649.
- Reyes, F., Martinez, J., Gonzalez, Y., & Cardenas, G. (2018). Online counselling for the Mexican community in the USA: A program directed toward emotional well-being. In: Annual *CyberPsychology, CyberTherapy y Social Networking Conference XXIII*, Ottawa, Canada.
- S** Salaberría, K. y Echeburúa, E. (2005). "Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social". En: M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Secretaría de Salud (SSA) (2002). *Observatorio Mexicano en Alcohol, Tabaco y Otras Drogas 2002*. Disponible en: www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/libros/observatorio_2002.pdf
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2012). *Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México* México: Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, SSA. [Documento PDF]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/211946/PAE_2013-2018.pdf
- Skinner, H. A., & Allen, B. A. (1982). Alcohol dependence syndrome: measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(3), 199-209. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Harvey_Skinner/publication/16101843_Alcohol_dependence_syndrome_Measurement_and_validation/links/548203700cf2f5dd63a895dd/Alcohol-dependence-syndrome-Measurement-and-validation.pdf

- Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 672-683. doi: 10.1037/a0016636.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (2005). Guided self-change model of treatment for substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19(3), 199-210. doi: 10.1891/jcop.2005.19.3.199.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (2015). *Problem drinkers. Guided self-change treatment* [Versión PDF]. Disponible en: http://freepsychotherapybooks.org/substance-abuse/product/62-problem-drinkers-guided-self-change-treatment/category_pathway-34
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2002). *Código ético del psicólogo* (4a ed). México: Editorial Trillas.
- Stubbings, D. R., Rees, C. S., Roberts, L. D., & Kane, R. T. (2013). Comparing in-person to videoconference-based cognitive behavioral therapy for mood and anxiety disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(11), e258. doi:10.2196/jmir.2564.
- Sundström, C., Gajecki, M., Johansson, M., Blankers, M., Sinadinovic, K., Stenlund-Gens, E., & Berman, A. H. (2016). Guided and unguided Internet -based treatment for problematic alcohol use – a randomized controlled pilot trial. *PLoS ONE*, 11(17), e0157817. doi: 10.1371/journal.pone.0157817.
- The Alcohol Research Group y Vernon, M. L. (2010). A review of computer-based alcohol problem services designed for the general public. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(3), 203-211. doi: 10.1016/j.jsat.2009.11.001.
- Titov, N., Andrews, G., Davies, M., McIntyre, K., Robinson, E., & Solley, K. (2010). Internet Treatment for Depression: A Randomized Controlled Trial Comparing Clinician vs. Technician Assistance. *Plos One*, 5(6). doi.org/10.1371/journal.pone.0010939.

T

Toll, B. A., Sobell, L. C., D'Arienzo, J., Sobell, M. B., Eickelberry-Goldsmith, L., & Toll, H. J. (2003). What do Internet-based alcohol treatment websites offer? *Cyberpsychology y Behavior*, 6(6), 581-84. doi: 10.1089/109493103322725351.

Turner, C. F., Ku, L., Rogers, S. M., Lindberg, L. D., Pleck, J. H., & Sonenstein, F. L. (1998). Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: Increased reporting with computer survey technology. *Science*, 280(5365), 867-873. doi: 10.1126/science.280.5365.867.

V Valdivieso, S. (1995). Fundamentos y límites de la psicoterapia. *Boletín de la Escuela de Medicina*, 23, 97-102. Disponible en: <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/download/1137/978>.

W Wagner, E. F., Hospital, M. M., Graziano, J. N., Morris, S. L., & Gil, A. G. (2014). A randomized controlled trial of guided self-change with minority adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1128-39. doi:10.1037/a0036939.

Whatnall, M. C., Patterson, A. J., Ashton, L. M., & Hutchesson, M. J. (2018). Effectiveness of brief nutrition interventions on dietary behaviors for adults: a systematic review. *Appetite*, 120, 335-347. doi: 10.1016/j.appet.2017.09.017.

WHO-AIMS (2013). Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. *Informe de la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS)*. Organización Panamericana de la Salud. [Versión PDF] Recuperado de: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>

WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF. Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558. doi: 10.1017/S0033291798006667.

Y Young, A. S., Klap, R., Sherbourne, C. D., & Wells, K. D. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58(1), 55-61. doi: 10.1001/archpsyc.58.1.55

8. ATENCIÓN PLENA COMPASIVA

Ana Beatriz Moreno Coutiño

Las tres generaciones de la terapia cognitivo-conductual

Para comenzar a desarrollar el tema de la terapia basada en atención plena compasiva, identificada como terapia cognitivo-conductual (TCC) de tercera generación, es importante esclarecer lo que se entiende por terapias cognitivo-conductuales (TCyC), ya que si bien, este es un término genérico que suele utilizarse para agrupar una serie de programas de tratamiento que comparten una base empírica, sustentada en los principios del aprendizaje, existen diferencias en el método de abordaje propuesto por cada grupo (Moreno-Coutiño, 2012). Tal como menciona Hayes (2004), es posible distinguir tres etapas o generaciones en la historia de la terapia de la conducta.

Los inicios de la primera generación pueden ubicarse en la década de los 50, época en que el psicoanálisis dominaba la psicología clínica y en la que, como una reacción inversa a este enfoque, comenzaron a aplicarse métodos terapéuticos basados en los principios del condicionamiento clásico o pavloviano y el condicionamiento operante o skinneriano, paradigmas que, a diferencia del psicoanálisis, se desarrollaron de acuerdo con el método científico, con técnicas descritas con claridad y sustentadas por evidencias documentadas de su efectividad; esta primera generación de terapia estaba enfocada en la relación entre la conducta observable y su correspondencia con los estímulos del medio ambiente que la regulaban (Hayes, 2004; Moreno-Coutiño, 2012;

Pérez, 2006). Serían los estudios sobre condicionamiento operante de Skinner, desde los años 60, los que aportarían de forma significativa las bases para la creación de las técnicas aplicadas a casi todo tipo de problemáticas clínicas, sociales y comunitarias. Las terapias de conducta de este periodo poseían especial disposición ambientalista o contextual, denominada modificación de conducta (orientación norteamericana), terapia de conducta (orientación inglesa) o análisis conductual aplicado (orientación del conductismo radical), y como características principales, la investigación sobre el aprendizaje, su aplicación en diversos escenarios clínicos y la sistematización de la intervención clínica en la investigación (López de Uralde Selva, 2015).

La segunda generación puede situarse alrededor de 1970, cuando la psicología cognitiva incorporó a los paradigmas de la primera generación (por medio de la metáfora del cerebro como un procesador de información) el estudio de las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas y atribuciones) como un factor que participaba de forma importante en el desarrollo de trastornos mentales y de su tratamiento. En este sentido, y sin restar importancia a la modificación de las contingencias de primer orden como forma de cambio de conducta, la segunda generación dio un lugar primordial a los eventos cognitivos y los estableció como el objetivo central de sus intervenciones (Hayes, 2004; Moreno-Coutiño, 2012; Pérez, 2006). La investigación se enfocó en estudiar el “guion” entre el estímulo y la respuesta. Las variables de interés fueron los eventos cognitivos, sosteniendo la premisa básica que la causa de la conducta es el pensamiento, por ello, al cambiarlo se podría cambiar la conducta; sin embargo, diversas investigaciones destacaron que los intentos de control, reducción o eliminación de los eventos privados, paradójicamente producían efectos contrarios e incrementaban la intensidad, frecuencia e incluso, la duración de los mismos (Hayes, 2004).

El surgimiento de la tercera generación se da alrededor de 1990; si bien en ésta se aceptan los principios teóricos de la primera y segunda generación, también se plantea una modificación en el abordaje terapéutico y en las explicaciones sobre el origen de la psicopatología. Las aportaciones de esta tercera ola se aprecian en las terapias concretas que la constituyen, las cuales tienen como principio terapéutico el abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar la reorientación de la vida (Moreno-Coutiño, 2012; Pérez, 2006). Este tipo de terapias se refieren o conectan con procesos relacionados directamente con la aceptación psicológica, los valores de la persona y del terapeuta, un proceder dialéctico durante el curso de la terapia, la espiritualidad y la trascendencia (Mañas, 2007).

Estos modelos trabajan bajo un paradigma distinto, sin intentar “limpiar” de síntomas al sujeto, sino modificar su experiencia subjetiva y la consciencia que se tiene de ella (Hayes, 2004). Tienen como principal objetivo resolver las limitaciones de las terapias de segunda generación (cognitivo-conductuales), replanteando el sentido contextual de la psicología clínica; es decir, romper con el enfoque médico y brindar otras explicaciones a la naturaleza de los trastornos mentales. De acuerdo con Pérez (2006), este tipo de intervenciones se centran en el abandono de la lucha contra los síntomas y, en su lugar, buscan la reorientación de la vida, adaptan el análisis funcional para los eventos privados; tratan de un principio terapéutico fácil de enunciar, pero arduo de llevar a cabo. De ahí la complejidad de estas terapias, las cuales requieren tener ideas claras sobre sus aspectos filosófico, conceptual y práctico.

Este movimiento, de inicio, se identifica como análisis de conducta clínica, para enfatizar su carácter conductual, y se asienta en el análisis funcional y el conductismo radical (en específico, en la conducta verbal); posteriormente, se identificó como una ciencia contextual funcional, es decir, que surge de la psicología del comportamiento, pero se expande y basa en las suposiciones contextuales de la acción, la naturaleza de la epistemología *versus* la ontología y un criterio pragmático de la verdad. Incluye el desarrollo de principios que describen la interacción del comportamiento y de los acontecimientos simbólicos con la genética, la epigenética y las dimensiones culturales, además del desarrollo de diversos métodos de medición, al tiempo que se ocupa de los mecanismos de mediación y moderación del cambio. Por último, esta corriente abre gran interés en la eficacia y formación de los especialistas (Hayes, Barnes-Holmes, & Wilson, 2012).

Las terapias contextuales abarcan una serie de terapias conductistas radicales, entre ellas:

- Terapia de aceptación y compromiso (Hayes *et al.*, 1991)
- Psicoterapia analítica funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991)
- Terapia de conducta dialéctica (Linehan, 1993)
- Terapia conductual integral de pareja (Jacobson & Christensen, 1996)
- Terapia de activación conductual (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001)
- Terapias basadas en atención plena.

Estas últimas se podrían categorizar en cinco terapias centrales que emplean el entrenamiento en atención plena (Cebolla y Miró, 2008) y que utilizan la meditación en su forma budista o más tradicional, para enseñarla:

- Programa para la Prevención de Recaidas en Adicciones de Bowen, Chawla y Marlatt (2010)
- Programa de Reducción del Estrés Basado en Atención Plena de Kabat-Zinn (1990)
- Terapia cognitiva con base en *mindfulness* (Segal, Teasdale, & Williams, 2004), que parte de la integración de la terapia cognitiva con el Programa de Reducción del Estrés Basado en Atención Plena de Kabat-Zinn (1990)
- Aquellas que utilizan solo componentes de ella en los paquetes terapéuticos; no obstante, tienen en común con las anteriores el papel de la aceptación de la experiencia (agradable-desagradable) como una de las vías para mejorar la salud mental y física, así como el uso de la estimulación y el entrenamiento en atención plena para lograrlo
- Programa de Tratamiento en Atención Plena Compasiva para la Salud (APCS).

Esta última se elaboró en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y contempla en su implementación el entrenamiento en atención plena y en compasión. Este tratamiento ha sido evaluado con la finalidad de definir sus componentes y probar su efectividad en diversas poblaciones clínicas, y permite concluir que el programa es una opción viable y efectiva para tratar condiciones de salud relacionadas con estados emocionales (Sánchez-Paquini y Moreno-Coutiño, 2017). Más adelante se revisarán algunos de los resultados obtenidos hasta el momento en nuestro país.

Atención plena y compasión

El término de atención plena viene de la traducción de la palabra *sati* en idioma pali, que significa consciencia y atención. El concepto hace referencia a la práctica que permite entrenar a la mente con el objetivo de liberarse de experiencias aflitivas por medio de prestar atención al momento presente y el cultivo de actitudes positivas como el amor bondadoso, el esfuerzo gozoso y la compasión (Didonna, 2011). La modificación de los estados anímicos se logra gracias a la adquisición de una consciencia más refinada y menos reactiva emocionalmente. El entrenamiento

en atención plena tiene una aplicación sencilla, breve, fácil de aprender, que se puede impartir de forma individual o grupal y que ha demostrado su eficacia en múltiples ámbitos de la salud (Moreno-Coutiño, 2012; Noordali, Cumming, & Thomson, 2015).

La práctica de la atención plena se sistematizó hace miles de años con un propósito más profundo que solo procurar el bienestar cotidiano de los seres: el entendimiento correcto de la realidad, descifrando el papel que juega la percepción en nuestra “explicación” y entendimiento de los fenómenos de la vida. Tal como se ha demostrado desde entonces, el entrenamiento de la mente y la adquisición gradual de un entendimiento correcto de la realidad, va provocando calma mental, estabilidad emocional y bienestar generalizado, y de esta manera, facilita el entendimiento conceptual y vivencial de interdependencia, impermanencia y naturaleza efímera de las emociones. Solo mediante un estado mental de tranquilidad, desarrollo de una atención que no se deja llevar por los deseos, preocupaciones o engaños, se experimentará una realidad libre de aflicciones.

Brown & Ryan (2003) proponen que, al practicar la atención plena, las personas se concentran en la tarea que realizan en ese momento, sin que la mente divague en el futuro o el pasado y sin sensación de apego o rechazo, y se provoca en ellas energía, claridad de mente y alegría. Siegel (2012), por su parte, postula que esta definición se puede extender hacia una actitud que predispone a una persona a relacionarse con el mundo de forma particular: “la atención plena es una actitud correcta hacia la experiencia, o una manera de relacionarse con la vida, que ofrece una promesa de aliviar el sufrimiento, así como de convertir la vida en una realidad rica y plena de sentido” (p. 45). La práctica de la atención plena es un proceso de investigación activa, que involucra dimensiones cognitivas, actitudinales, emocionales, sociales y éticas. Como lo menciona Grossman (2011), se trata de dirigir la atención de forma deliberada, no analítica, con una actitud libre de juicio, con paciencia, tolerancia y bondad.

Desde la perspectiva neurocognitiva se sabe que la atención plena es un proceso autorregulador de las motivaciones, en el cual participan la corteza prefrontal y regiones subcorticales, áreas importantes para los procesos de autocontrol de los impulsos (Heatheron, 2011).

En una revisión realizada por Fell, Axmacher y Haupt (2010) se reportó que la meditación vuelve más lento el ritmo alfa (8-12 Hz), al tiempo que incrementa su potencia, sobre todo en áreas frontales, con independencia de tener experiencia o no en esta práctica y del tipo de meditación que se practique. Éste es un cambio básico e inmediato que se inicia con la práctica meditativa. Los autores también describen haber observado que los pacientes depresivos presentan mayor actividad alfa en el área frontal derecha y que ésta se modifica con el entrenamiento en meditación, interpretan este hallazgo como una evidencia de la plasticidad cortical y que estos cambios son posibles con un entrenamiento apropiado, como la práctica de la atención plena. Estos estudios coinciden con lo reportado por Valk *et al.* (2017), quienes indicaron que las redes neurales que se han descrito como socioafectivas, en las que se encuentra involucrada la ínsula anterior, evidencian plasticidad en adultos sanos cuando ejercen una práctica corta diaria de entrenamiento en atención plena enfocada en la compasión.

El entrenamiento de la atención plena no está completo si se deja de lado el cultivo de la aspiración de querer liberarse y liberar a los demás seres del sufrimiento, la compasión. Si la motivación que se tiene para practicar la atención plena es egocéntrica, busca alcanzar solo un beneficio personal o solo un grupo de personas, se estaría actuando de forma contraria a los preceptos enfatizados por la filosofía budista de interdependencia e impermanencia y, aun se lograra obtener algunos resultados positivos, estos serían limitados (Moreno-Coutiño, 2012).

La compasión se refiere al desarrollo gradual del entendimiento de que todos los seres sintientes (seres vivos) estuvieron, están o estarán, de una u otra forma, experimentando sufrimiento (estrés o malestar), y este el punto de inicio para desarrollar la aspiración que todos los seres estén libres de ese sufrimiento y alcancen la felicidad (Gyatso, 2003). El desarrollo de “la mente compasiva” toma como foco de atención todo aquello que es virtuoso (Gilbert & Tirsch, 2009). Una acción, una palabra o un pensamiento virtuoso se reconocerá por su motivación, que implica el anhelo de que el sufrimiento termine y generar acciones y actitudes benéficas para todos los seres. Para lograr este objetivo, Gilbert (2013) menciona que se requieren dos procesos psicológicos: el primero es la habilidad para reconocer el sufrimiento, es decir, tener la motivación para estar emocionalmente conectado con los demás; el segundo, es el deseo de aliviar y prevenir el sufrimiento, así como estar dispuestos a experimentar la felicidad.

El entrenamiento en la compasión implica la adquisición de conocimientos y habilidades o competencias dirigidas a terminar con el malestar propio y el de los demás. Este esfuerzo puede extenderse a lo largo de periodos cortos, meses, años o hasta de toda una vida. De acuerdo con Bornemann y Singer (2013), la práctica de la compasión requiere de una motivación e intenciones claras que no se basen en la competitividad o la orientación a alcanzar un logro personal, se trata de conectarse de nuevo con los recursos que, de forma innata, nos hacen seres humanos; con desarrollar interés por alcanzar conocimientos que ayuden a profundizar la comprensión de la naturaleza de los fenómenos.

Por su parte, Matthieu Ricard, biólogo molecular y uno de los principales representantes del budismo en occidente, menciona que varias aproximaciones terapéuticas basadas en atención plena desconocen sus fundamentos filosóficos y la separan de su marco ético que contempla conceptos como la compasión, la empatía y el cuidado, por lo que han desviado sus principios al adecuarla para atender las necesidades actuales del hiperindividualismo (Krznaric, 2017).

Debido a lo anterior, los investigadores más adelantados en el tema de la atención plena proponen trabajar el término compuesto de atención plena compasiva o *compassionate mindfulness*, ya que consideran que ambos componentes deben de abordarse de forma conjunta y no segmentada. Es decir, la compasión forma parte de la conciencia y ésta intrínseca a la mente que la experimenta y se manifiesta como la aspiración de liberarse a uno mismo y a los demás del sufrimiento.

La atención plena compasiva se entiende entonces como la conciencia que surge a través de prestar atención intencionalmente, en el momento presente, sin juzgar la experiencia, centrada en la aspiración de ayudarnos a nosotros mismos y a los demás a vivir con bienestar y felicidad. Este estado solo se puede cultivar mediante la familiarización gradual y constante, a través de técnicas específicas de meditación, dirigidas a serenar la mente, y prevenir que las personas se identifiquen con los pensamientos, sensaciones y emociones, prestar atención a cómo éstos cambian momento a momento, sin juzgarlos o aferrarse a ellos. Al mismo tiempo, la persona aprende a identificar y mantener estados mentales armoniosos como la generosidad, la bondad y la paciencia.

Tratamientos basados en atención plena y compasión

En los tiempos actuales es común que las personas busquen soluciones inmediatas a las problemáticas emocionales. La propuesta de la práctica de atención plena compasiva es distinta, implica un entrenamiento gradual con compromiso y dedicación. Bajo esta perspectiva se deja atrás la idea de una felicidad o bienestar individual externo por alcanzar y se cultiva un bienestar duradero, no fluctuante, que resulta de develar progresivamente un estado de bienestar interno e intrínseco.

El estudio de la atención plena en occidente comenzó a finales de los 90, con trabajos de Jon Kabat-Zinn. A partir de entonces, han surgido diversas aproximaciones y estrategias terapéuticas alrededor del mundo basadas en esta metodología, la mayor parte enfocadas en la relajación y la atención de patologías y conductas específicas. En general, las terapias basadas en atención plena tienen las características siguientes: desarrollo de la capacidad de enfocar la atención en la experiencia del momento presente, incluye sentimientos, pensamientos, estados corporales y otros eventos privados, así como en el ambiente, sin juzgar o analizar dicha experiencia y adoptar una actitud de apertura, curiosidad y aceptación (Bishop *et al.*, 2004).

De acuerdo con los resultados de varios metanálisis, este tipo de prácticas han probado tener efectos positivos a nivel endocrino, neurológico e inmunológico, lo cual favorece el estado de salud del practicante, le ayuda a aliviar y a prevenir las manifestaciones nocivas del estrés en el cuerpo, como dolores musculares, predisposición a enfermedades de tipo inflamatorio (gastritis, colitis, alergias), problemas cardiovasculares, depresión, trastornos de ansiedad, enfermedades infecciosas, entre otras (Chiesa & Serreti, 2011; Khoury *et al.*, 2013; Piet y Hougaard, 2011; Karyadi, VanderVeen, & Cyders, 2014; Williams & Kuyken, 2012).

A la par del amplio interés científico en las intervenciones basadas en la atención plena, surgen preguntas sobre el estado empírico de estos tratamientos; en reciente metanálisis se buscó examinar la eficacia de las intervenciones basadas en la atención plena para las poblaciones clínicas con síntomas específicos de varios trastornos psiquiátricos. Para abordar la cuestión de la eficacia relativa, Goldberg y cols. (2018) codificaron la fuerza del grupo de comparación en cinco categorías: ningún tratamiento, tratamiento mínimo, control activo no específico, control activo específico y tratamiento basado en la evidencia. Se incluyeron un total de 142 muestras y 12 005 participantes. En el postratamiento,

las intervenciones basadas en la atención plena fueron superiores a ningún tratamiento, tratamiento mínimo, controles activos no específicos y controles activos específicos. Los efectos en subgrupos de trastornos específicos mostraron la evidencia más consistente en apoyo a la atención plena para la depresión, las condiciones de dolor, el tabaquismo y los trastornos adictivos. Los resultados apoyan la idea de que las intervenciones basadas en la atención plena son tratamientos efectivos que están basados en la evidencia.

Por su parte, las terapias centradas en la compasión están basadas en una aproximación evolucionista y biopsicosocial de las dificultades psicológicas derivadas de la teoría de la mente, la cual indaga la capacidad de los seres vivos para realizar inferencias sobre los estados físicos y psicológicos de otros seres (Gilbert, 2005; Gilbert & Tirsch, 2009). Desde este enfoque, la compasión es entendida como el deseo profundo de aliviar el sufrimiento de los seres (Ozawa-de Silva, Dodson-Lavelle, Raison & Negi, 2012; Gilbert, 2005; Goetz, Keltner & Simon-Thomas, 2010; Gyatso, 2001; Singer & Kilmecki, 2014; Bornemann & Singer, 2013). Este tipo de terapias se han definido como el conjunto de técnicas específicas para desarrollar diversos aspectos de la compasión para uno mismo y los demás. Algunos aspectos son la motivación, sensibilidad, paciencia y el no juicio (Gilbert, 2005). La efectividad de los tratamientos centrados en la compasión ha sido evaluada en diversas poblaciones clínicas (Leaviss & Uttley, 2015) y se encontró que pueden ser tan eficaces o más como los tratamientos regulares; no obstante, se reconoce que es necesario realizar estudios más amplios.

En los últimos años se ha observado creciente interés por el estudio científico de las prácticas contemplativas como la atención plena y la compasión, debido a los importantes beneficios que tienen en la salud (Ozawa-de Silva *et al.*, 2012).

Investigación en atención plena compasiva en nuestro país

A partir de la tendencia actual que enfatiza la necesidad de complementar los tratamientos basados en atención plena con un enfoque compasivo, en México, la investigación se ha enfocado en el estudio de la atención plena compasiva (Sánchez-Paquini y Moreno-Coutiño, 2017). En nuestro país, hasta hace poco, no se contaba con evidencia clínica en estos temas; sin embargo, ya se cuenta con los primeros resultados en poblaciones de pacientes con asma, obesidad, abuso de algunas sustancias, dolor y estrés (López-Pérez y Moreno-Coutiño, 2019; Sánchez-Paquini

y Moreno-Coutiño, 2017; Santiago-Maldonado, Sánchez-Sosa, Reséndiz y Moreno-Coutiño, 2017; Soehlemann-Riemens y García-Montañez, 2016).

El modelo de Atención Plena Compasiva para la Salud (APCS) se aplicó con buenos resultados en pacientes con asma. Además, al compararlo con el tratamiento estándar cognitivo-conductual de segunda generación, se encontró que ambos tratamientos son efectivos para lograr la reducción de los síntomas de asma, el control de la enfermedad y otros indicadores fisiológicos; sin embargo, con el tratamiento basado en atención plena compasiva se observó que los beneficios obtenidos se mantienen aún tres meses después de finalizada la intervención, mientras que en el de segunda generación se extinguieron (Sánchez-Paquiní y Moreno-Coutiño, 2017). Posteriormente, al aplicar este tratamiento en pacientes obesos, con sintomatología depresiva y trastorno por atracón, candidatos a cirugía bariátrica, los participantes reportaron mejoras en ambos padecimientos, con un tamaño del efecto de moderado a grande, considerándose así una intervención efectiva para dichos trastornos (Santiago-Maldonado y Moreno-Coutiño, 2016).

En el área de adicciones se comparó el tratamiento habitual de habilidades para la vida con el de APCS en un grupo de jóvenes con riesgo de uso de sustancias, y se encontró que es un tratamiento efectivo para prevenir el consumo de sustancias y disminuir la sintomatología depresiva en esta población (Álvarez, 2019).

En la actualidad, este tratamiento se aplica en mujeres embarazadas que padecen nivel medio de ansiedad, con el objetivo de ayudarlas a disminuir la sintomatología y prevenir problemas en el embarazo, como parto prematuro y preclamsia. De igual manera, hay resultados alentadores en el tratamiento de personas con adicción al *crack* o al tabaco.

Con el propósito de contar con una intervención adecuada, se evaluó el método de formación y evaluación para los psicoterapeutas que imparten el tratamiento en APCS. Se encontró que es eficaz para capacitar a los terapeutas en los componentes teóricos y prácticos de la atención plena y la compasión, demostrando fidelidad en la implementación de la intervención, al tiempo que incrementa el bienestar psicológico de los psicoterapeutas (Díaz, 2019).

En la actualidad, se exploran nuevas tecnologías que permitan el desarrollo de estas intervenciones. Mediante la realidad virtual (RV), se utilizan ambientes

gráficos tridimensionales para recrear situaciones reales donde el usuario tiene la sensación de estar presente físicamente en el lugar y de interactuar con el mismo. Este tipo de herramientas han sido utilizadas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad (fobia a volar, trastorno de ansiedad social, fobia a las alturas, agorafobia, fobia a los insectos, etc.) y en la atención del trastorno de estrés posttraumático, demostrando eficacia y eficiencia, incluso con índices superiores a la exposición en vivo (Powers, Sigmarsson, & Emmelkamp, 2008). Recientemente se han desarrollado investigaciones encaminadas a conocer su utilidad dentro de las prácticas meditativas integradas en las terapias de tercera generación. La principal motivación que impulsó esta iniciativa fue la observación de una serie de limitaciones y dificultades particulares en meditadores noveles, personas con trastornos mentales o problemas neurocognitivos que provocan, con frecuencia, el abandono de la actividad.

Por su parte, Modrego-Alarcón *et al.* (2016) realizaron una revisión sistemática para analizar la utilidad de la RV en la enseñanza y práctica de la atención plena, donde fueron incluidos 10 artículos. En general, los autores reportaron que los resultados son prometedores en el entrenamiento en prácticas meditativas a través de ambientes virtuales; sin embargo, mencionan que existe la necesidad de contar con mayores estudios controlados para comprobar la eficacia de dicha aplicación. Algunos programas que han sido desarrollados y mostrado resultados positivos son *Virtual Mindfulness Coach* (Hudlicka, 2011), *MindfulRiver World* (Navarro-Haro *et al.*, 2016), *Relaworld* (Kosunen *et al.*, 2016) y *The Virtual World* (Falconer *et al.*, 2014). Estos programas presentan una serie de actividades basadas en RV y, en algunos casos, en combinación con sistemas de *neurofeedback*, dirigidos a facilitar el entrenamiento y práctica de la atención plena. En nuestro país es también un área que comienza a explorarse en el ámbito de la atención plena y de la compasión.

Debido a que los tratamientos basados en atención plena compasiva son recientes en nuestro país, es de suma importancia cuidar la metodología de los estudios, es decir, realizar experimentos clínicos con grupos control, en poblaciones clínicas diversas, comparar estas intervenciones con las técnicas cognitivo-conductuales más eficaces (estándar de oro) y utilizar biomarcadores que brinden una aproximación objetiva más allá de pruebas psicométricas. Para esta tarea también es necesario desarrollar instrumentos psicométricos que permitan evaluar las variables de interés como la felicidad y la compasión.

Para concluir, es importante mencionar que estas técnicas de intervención psicológica son de bajo costo para las instituciones y no requieren de equipos o espacios específicos, se suman sin problema a los tratamientos farmacológicos e incrementan la adherencia a los mismos.

Se espera mediante este artículo incentivar a los profesionales de la salud mental a adentrarse en el estudio de la atención plena compasiva, que está probando tener gran potencial y requiere ser practicada, sistematizada y evaluada de forma correcta para coadyuvar en el bienestar de los pacientes.

Referencias

- Álvarez, E. (2019). *Efecto de la atención plena compasiva sobre la sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes con riesgo para el consumo de drogas*. Tesis de Maestría. México: Facultad de Psicología, UNAM. **A**
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-41. **B**
- Bornemann, B. & Singer, T. (2013), (eds.). *Compassion. Bridging Practice and Science. A multimedia book [e-book]*. Available in: http://reader.digitalbooks.pro/book/preview/39261/En_defensa_del_altruismo-12?1557787628497
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2010). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Brown, K. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-48.
- Cebolla, A. y Miró, M. T. (2008). Efectos de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena: una aproximación cualitativa. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 257-68. **C**
- Chiesa, A., & Serreti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187(3), 441-53. Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.011>
- Díaz, D. (2019). *Diseño del programa de formación a terapeutas en atención plena compasiva dirigido a dejar de fumar*. Tesis de Maestría. México: Facultad de Psicología, UNAM. **D**
- Didonna, F. (2011). *Manual clínico de mindfulness*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.
- Falconer, C. J., Slater, M., Rovira, A., King, J. A., Gilbert, P., Antley, A., & Brewin, C. R. (2014). Embodying compassion: a virtual reality paradigm for overcoming excessive selfcriticism. *PloS one*, 9(11). **F**

Fell, J., Axmancher, N., & Haupt, S. (2010). From alpha to gamma: electrophysiological correlates of meditation-related states of consciousness. *Med Hypotheses*, 75(2), 218-24.

G

Gilbert, P. (2005). *Compassion: conceptualizations, research and use in psychotherapy*. Ed. Routledge, London.

Gilbert, P. & Choden (2013). *Mindful Compassion*. London: Ed. Robinson.

Gilbert, P. & Tirsch, D. (2009). "Emotional Memory, Mindfulness and Compassion". In: F. Didonna (ED.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 99-110). Nueva York, NY: Springer.

Goetz, J. L., Keltner, D. & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychol Bull.* 136(3), 351-74.

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52-60. doi:10.1016/j.cpr.2017.10.011

Grossman, P. (2011). Defining mindfulness by how poorly I think I pay attention during everyday awareness and other intractable problems for psychology's (re)invention of mindfulness. *Psychol Assess*, 23(4), 1034-40.

Gyatso, T., (2001). *Las cuatro Nobles Verdades*. España: Plaza y Janés Editores.

_____ (2003). *How to practice: The way to a meaningful life*. New York, NY: Atria Books.

H

Heatherton, T.F. (2011). Neuroscience of Self and Self-regulation. *Annu Rev Psychol*, 62, 363-90.

Hayes, S. C. (2004). "Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship". In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 1-16.

Hayes, S. C., McCurry, S. M., Afari, N., & Wilson, K. (1991). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT). A Therapy Manual for the Treatment of Emotional Avoidance (Mimeografiado)*. Reno: Context Press.

Hudlicka, E. (2011). Mindfulness training and coaching via a virtual synthetic character. *Journal of CyberTherapy and Rehabilitation*, 4(2), 251-253.

Jacobson, N., & Christensen, (1996) *Acceptance and change in Couple Therapy: a therapist's guide to transforming relationships*. New York, NY: W.W. Norton y Company.

J

Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270. Available via: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/8.3.255>

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Reino Unido: Delta.

K

Karyadi, VanderVeen, J. D., & Cyders, M. A. (2014). A meta-analysis of the relationship between trait mindfulness and substance use behaviors. *Drug and alcohol dependence*, 143, 1-10.

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M. A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-71.

Kohlenberg; R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press.

Kosunen, I., Salminen, M., Järvelä, S., Ruonala, A., Ravaja, N., & Jacucci, G. (2016). RelaWorld: Neuroadaptive and Immersive Virtual Reality Meditation System. In *Proceedings of the 21st International Conference on Intelligent User Interfaces*, 208-217.

Krznaric, R. (2017) Entrevista: *How we ruined mindfulness* Available in: <http://time.com/4792596/mindfulness-exercises-morality-carpe-diem/>

- L** Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychol Med*, 45(5), 927-45.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- López de Uralde Selva, M. A. (2015). *Estudio experimental de la defusión verbal en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Tesis doctoral. Málaga: Universidad de Málaga.
- López-Pérez A. y Moreno-Coutiño, A. (2019). Evaluación de una intervención basada en atención plena compasiva sobre la cesación del tabaco: un estudio comparativo. *Revista internacional de psicología*, en prensa.
- M** Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Modrego-Alarcón, M., Borao, L., Correa, M., Morillo-Sarto, H., Margolles Maicas, R. y García-Campayo, J. (2016). Utilidad de la Realidad Virtual en la enseñanza y práctica de mindfulness: una revisión. *Revista Iberoamericana de Psicopatología*, Vol. 120, 48-60.
- Moreno-Coutiño, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): La atención plena/Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1). ISSN 1818-1023.
- N** Navarro-Haro, M. V., Hoffman, H. G., Garcia-Palacios, A., Sampaio, M., Alhalabi, W., Hall, K., & Linehan, M. (2016). The Use of Virtual Reality to Facilitate Mindfulness Skills Training in Dialectical Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder: A Case Study. *Frontiers in Psychology*, 7.
- Noordali, F., Cumming, J., & Thompson, J. L. (2015). Effectiveness of mindfulness-based interventions of physiological and psychological complications in adults with diabetes: A systematic review. *Journal of health psychology*. 22(8), 965-83.

- Ozawa-de Silva, B., Dodson-Lavelle, B., Raison, C., & Negi, L. (2012). 'Compassion and ethics: Scientific and practical approaches to the cultivation of compassion as a foundation for ethical subjectivity and well-being'. *The Journal of Healthcare, Science and the Humanities*, 2, 145-61. **O**
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 159-172. **P**
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-40.
- Powers, M. B., Sigmarsson, S. R., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(2), 94-113.
- Sánchez-Paquini, E. M. y Moreno-Coutiño, A. (2017). Efecto del tratamiento de atención plena y compasión sobre ansiedad, calidad de vida y asma. *Psicología y Salud*, 27(2) 176-8. **S**
- Santiago-Maldonado, J. M. y Moreno-Coutiño, A. (2016). *Intervención basada en atención plena sobre depresión y atracón en pacientes candidatos a cirugía bariátrica*. Tesis de Maestría. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Santiago-Maldonado, J. M., Sánchez-Sosa, J. J., Reséndiz, M. y Moreno-Coutiño, A. (2017). Sintomatología depresiva y conducta de atracón en la obesidad: Estudio piloto con intervención de Atención plena y compasión. *Psiquis*, 26(1), 15-23.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). "Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status". In: S. C. Hayes, V. M. Follette y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 45-65). New York, NY, US: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press.

Singer, T. & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Curr Biol*, 24(18). Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25247366>

Soehlemann-Riemens, S.A. y García-Montañez, M. V. (2016). Efectos del programa REBAP en sujetos con estrés y dolor en México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 18(1-2), 61-84.

V

Valk, S. L., Bernhardt, B. C., Trautwein, F. M., Böckler, A., Kanske, P., Guizard, N., & Singer, T. (2017). Structural plasticity of the social brain: Differential change after socio-affective and cognitive mental training. *Science Advances*, 3(10).

W

Williams, M., & Kuyken, W. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 359-360. Available in: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.111.104745>.

9. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y FARMACOTERAPIA. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS COMBINADAS AL SERVICIO DE LOS PACIENTES

Silvia Cruz Martín del Campo

Patricia Reyes del Olmo

Oscar Vázquez Navarro

Introducción

En las últimas décadas ha habido gran desarrollo en las neurociencias que permite entender mejor cómo funciona el cerebro, cuáles son los desequilibrios químicos que subyacen a diferentes trastornos del comportamiento y qué herramientas farmacológicas funcionan en cada caso.

La bioquímica cerebral es fundamental para comprender los cambios emocionales y conductuales para los que la psicología ha desarrollado diversos modelos, modalidades y corrientes terapéuticas con resultados positivos; sin embargo, pareciera que pocos profesionales trabajan interdisciplinariamente y que no es común que incorporen los avances de las neurociencias a sus terapias o se actualicen en los avances neurobiológicos de los trastornos a los que se enfrentan.

El desarrollo de amplias investigaciones sobre los efectos producidos por daños específicos en ciertas regiones del cerebro, pasando por avances en el entendimiento de los efectos de neurotransmisores y fármacos, así como los desarrollos tecnológicos en la imagenología nos acercan cada vez más a comprender las bases biológicas de la conducta.

Gracias a nuevas técnicas de neuroimagen –como la tomografía por emisión de positrones o la resonancia magnética funcional– ahora podemos observar las emociones en vivo, medir distintas respuestas fisiológicas y analizar la actividad de las áreas cerebrales implicadas, su activación o desactivación en tiempo real. Igualmente, podemos analizar cambios en personas afectadas por una enfermedad mental –por ejemplo, los trastornos del ánimo– pero también por un tumor o un derrame cerebral, y hacerlo en comparación con el análisis de sus variaciones emocionales (Alonso, 2018, p. 10).

Desde la dimensión psicológica, la espiral que se ha generado plantea posibilidades y retos determinados por la aplicación de estos avances a las diversas terapias, por lo que la integración multidisciplinaria puede llegar a ser un elemento que debe ser aprovechado.

Por ejemplo, en los sujetos que cumplen los criterios de dependencia, puede evaluarse el estado de los receptores a dopamina mediante una tomografía de emisión de positrones y comprobar que existen en menor cantidad en las zonas relacionada con las respuestas gratificantes. Más aún, a partir de contrastar una imagen del metabolismo de la glucosa del cerebro de una persona sana y otra dependiente, queda claro porqué se considera que la dependencia es una enfermedad cerebral.

Bandura (1977) estudió el aprendizaje de conductas agresivas y estableció el “aprendizaje vicario” o aprendizaje por imitación. En 2004, Rizzolatti y Craighero, estudiando las neuronas motoras en macacos establecieron que algunas de ellas se activaban no solo al llevar a cabo ciertos movimientos, sino también al ver esos patrones motores en otros sujetos, llamando a éstas “neuronas espejo”. Hoy sabemos que estas células están implicadas en el aprendizaje por imitación y que también están asociadas a la teoría de la mente y, sobre todo, a la empatía (Pinel, 2017).

Así como es innegable el avance científico reciente, también deben considerarse las posiciones tradicionalistas que, en diversas ocasiones, se fundamentan en la formación misma del psicólogo. Para varios, el objeto de estudio de la psicología, como disciplina científica, sigue siendo la psique entendida como el alma. La idea, todavía vigente, de que el cerebro y la mente son entidades totalmente distintas, se fundamenta en el dualismo cartesiano, con amplio apoyo de la religión. Si bien esta idea ha sido cuestionada desde su formulación, se arraiga como verdad.

En 1747, Offroy de la Mettrie publicó (de manera anónima) la tesis de que el pensamiento era un producto del cerebro; sin embargo, ante la violencia de las reacciones tuvo que exiliarse y nunca regresó a Berlín (González, 2010).

Este dualismo supone que ciertos cambios psicológicos (la conciencia de uno mismo, la memoria, las emociones, entre otros) son de tal complejidad que es imposible que sean producto del cerebro físico, ya que éste sigue las leyes de la naturaleza y es objeto del estudio científico. Se establecía que la mente, el alma y el espíritu carecían de sustancia física; por lo que no eran sujetos de la capacidad del entendimiento humano, sino sujetos de la fe, del dogma y de la revelación.

De esta idea, supuestamente rebasada, puede entenderse la diferenciación que algunos hacen entre un trastorno psiquiátrico (relativo al alma) y uno neurológico (relativo al cerebro). El primero es un resultado de mentes disfuncionales, el segundo deriva de patologías orgánicas en el cerebro. Parte de esta escisión se debe a la mirada dogmática de algunos profesionales y la mirada biologicista de otros. Para diversos profesionales de la psicología persiste un velo misterioso (después del cual está lo ignoto) que no se puede traspasar, se percibe como campo de otras disciplinas, aunque se atienda la misma patología y que además limita el trabajo interdisciplinario o bien multidisciplinario. Por fortuna, hay otros que están adentrándose en un modelo biológico de la conducta y lo entienden desde su complejidad. En resumen, el modelo biológico plantea que la conducta es el resultado de la interacción del cerebro con su evolución genética, su trayectoria vital y el ambiente en el que se encuentra; es decir, el procesamiento bioquímico que hace el tejido nervioso de los eventos de la vida diaria, expresado en conductas del individuo ante su entorno.

Hacia las neurociencias

Los avances en el área de neurociencias se generan en un entorno interdisciplinario y multidisciplinario que aprovecha la irrupción de métodos de observación no invasiva del cerebro vivo y técnicas sofisticadas de marcaje estructural y funcional de las neuronas, así como de otras células cerebrales. En esencia, las neurociencias son el estudio biológico del cerebro desde lo puramente molecular hasta lo específicamente conductual o cognitivo. En este ensamble de disciplinas, el enfoque de la psicología crea la neurociencia cognitiva que al principio fue abordada por los psicólogos cognitivos y hoy avanza entre todas las teorías. Este

enfoque inicial se fundamenta en que la cognición misma se define como los procesos implicados en el conocimiento.

Los antecedentes de la neurociencia cognitiva van desde los intentos seudocientíficos para entender el cerebro en la frenología de Gall y Spurzheim, realizados a principios del siglo XIX, hasta los grandes avances iniciados por la imagenología de este siglo. La frenología afirmaba que el cerebro era en totalidad modular, con funciones específicas por zonas delimitadas que tenían su representación en la forma del cráneo. Si bien estas ideas se rechazaron, el sustrato básico se afirmaba en dos corrientes: la primera que buscaba la localización específica de funciones en el cerebro y que recibe las contribuciones de Broca y Wernicke, y la segunda, basada en los aportes para el entendimiento de la estructura y funcionamiento de las neuronas a partir de Ramón y Cajal. La frenología se debilita ante una tendencia que niega la localización y se denomina del “campo agregado” a partir de los aportes de Flourens (González, 2010).

Hacia la década de 1970, Michael y Gazzaniga propusieron el término de *neurociencia cognitiva*. En la actualidad, se alude a una neurociencia cognitiva cuyo objeto de estudio se centra en los mecanismos biológicos que llevan a la cognición, con un enfoque específico en las bases neuronales de los procesos mentales y sus efectos en la conducta (Frausto, 2011). Los avances en el conocimiento permiten entender que la doctrina localizacionista, que fue un primer paso para acercarse a la comprensión de las funciones mentales, se alejaba de la realidad dado que la relación directa entre regiones y funciones no se puede sostener. Hoy día, se sabe que si bien el cerebro tiene cierta organización modular, su funcionamiento radica en el procesamiento de microcircuitos formados por neuronas que se distribuyen en amplias áreas de funcionamiento e intercambio.

Paso a paso las neurociencias nos conducen, a partir del estudio de las neuronas y de las redes que éstas forman constituyendo el cerebro, a un nuevo conocimiento de lo que es mental, entendiéndose por ello la capacidad de producir y comprender el lenguaje, pensar, recordar y planear. No obstante que la psicología es parte del estudio científico de la vida como totalidad, tradicionalmente se ha desarrollado, hasta tiempos recientes, como una disciplina autónoma que se contiene a sí misma y que responde a sus propias leyes. Sus instrumentos han sido principalmente la comunicación verbal, la introspección, la observación y la medición de la conducta. Por su parte, los neurobiólogos estudian las funciones mentales en

sus formas más simples, abordándolas en el cerebro animal y en el humano con los métodos de la experimentación biológica. Hoy ya no es posible sostener que el estudio de las funciones mentales superiores pertenezca a las áreas filosóficas y que éstas no sean accesibles al examen científico (De la Fuente y Álvarez, 1998, p. 11).

Las neurociencias se encaminan a establecer áreas y circuitos neuronales del cerebro asociadas con el funcionamiento de la mente. Su desarrollo se orienta hacia una descripción completa del cerebro que englobe sus componentes más elementales y dinámicas globales de funcionamiento y a conocer las conexiones que conforman su estructura y la actividad que desarrollan.

Inspirados por el esfuerzo en el desarrollo del genoma, se avanza en proyectos que buscan el llamado “conectoma humano” (básicamente el mapa de las conexiones sinápticas). El logro del conectoma de un gusano, en cuyo organismo se presentan 300 neuronas y 7 mil conexiones sinápticas, requirió de una década de trabajo. Si bien el esfuerzo es gigantesco, debemos recordar que fue hasta la década de 1950 cuando se demostró la existencia de la sinapsis, gracias a modernos microscopios. Hoy día, se cuenta con mejores instrumentos y estrategias de abordaje que hacen vislumbrar posibles salidas al problema planteado, en la medida en que los avances científicos sigan siendo significativos. “El cometido de la neurociencia es comprender los procesos mentales merced a los cuales percibimos, actuamos, aprendemos y recordamos [...] La neurociencia, la ciencia del encéfalo, es una sabia amalgama de conocimiento relacionado con el estudio del vínculo entre el cerebro y la conducta” (Alonso, 2014, p. 65).

Según Kandel, Schwartz y Jessel (1997), la tarea de esta ciencia interdisciplinar consiste en “aportar explicaciones de la conducta en términos de actividades del encéfalo, explicar cómo actúan millones de células nerviosas individuales en el encéfalo para producir la conducta y cómo, a su vez, estas células están influidas por el medio ambiente, incluyendo la conducta de otros individuos” (p. 3). Este desarrollo ha permitido entender que las neurociencias y la psicología no son disciplinas excluyentes o contradictorias, sino que pueden y deben ser complementarias.

El primer paso es aceptar que todo proceso cognitivo es un proceso material, que se da como un conjunto de funciones sostenidas por estructuras neuronales que

permiten el desarrollo de dicho proceso. Es fundamental conocer la estructura neuronal y las funciones que emergen de las redes que forman para entender los procesos psicológicos. El sistema nervioso es un sistema sensori-motor que correlaciona actividades que se denominan como sensitivas con actividades que, al observarse conductualmente, se designan como motrices. Por tanto, todo comportamiento será el resultado de esa actividad y toda conducta puede ser entendida en relación con actividades neurales.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha resultado útil para tratar algunos trastornos, ésta amplifica su eficacia cuando se apoya en los conocimientos de neurociencias y la farmacoterapia derivada de ellos. Cuando nos referimos a farmacoterapia, es indispensable recordar que hacemos alusión a fármacos de prescripción médica, dado que el riesgo de autoprescribir o prescribir sin ser especialista, puede causar daños en la salud por efectos indeseados, alteraciones conductuales y posible desarrollo de dependencia.

El psicólogo no está facultado para prescribir medicamentos, aun cuando tenga la experiencia necesaria para identificar deficiencias en la elección o en la posología. Su responsabilidad profesional se refiere a la obligación de conocer los efectos de los fármacos usados, con o sin prescripción médica, comentar con el médico psiquiatra o neurólogo tratante o con el mismo paciente los efectos conductuales observados a partir de la ingesta de medicamento y reparar los actos, omisiones o errores involuntarios e incluso, voluntarios, dentro de ciertos límites cometidos en el ejercicio de la profesión.

Aun sobre los problemas de regulación derivados de los usos y costumbres del contexto social, debe preservarse la regulación sobre este tipo de fármacos. Por ejemplo, los chicles de nicotina y algunos antidepresivos se expenden en cualquier lugar y no son pocos los profesionales no médicos que los prescriben.

Cada psicólogo define cuál es el marco teórico que le resulta óptimo para el tratamiento de algún desorden, pero la posibilidad de auxiliarse por un tratamiento farmacológico no debe verse como una alternativa excluyente. La estrategia terapéutica y el uso de los fármacos en el campo de la atención a desórdenes mentales es relativamente reciente. La clorpromazina, por ejemplo, apareció en 1954 y un año más tarde el meprobamato (González, 2010).

Desde 2001 se han realizado estudios tendientes a comprobar la eficacia de combinar la TCC con farmacoterapia, principalmente en dificultades del aprendizaje, trastornos psicóticos, depresivos y de ansiedad, trastornos del sueño, trastorno bipolar y problemas de memoria, en los cuales se ha obtenido una gran evidencia a favor de esta combinación.

Molina y Cruz (2010) nos recuerdan que “El avance más importante que tuvo la psiquiatría en el siglo XX ha sido la introducción, para el uso en la clínica, de sustancias que, actuando sobre el cerebro, modifican las funciones psíquicas y la conducta en varias direcciones, alterando favorablemente el curso y desenlace de algunas enfermedades mentales comunes” (p. 32).

De igual forma, Smith y Kosslyn (2008) plantean:

En sus inicios, la psicología cognitiva se interesaba solo por la función, solo por caracterizar la actividad mental. Más recientemente, la psicología cognitiva ha llegado a basarse en datos sobre el cerebro. Esta evolución ha tenido lugar por dos razones principales, que atañen a los conceptos de lo que puede identificarse y de suficiencia. Lo identificable se refiere a la capacidad para especificar la combinación correcta de representaciones y procesos que se utilizan para llevar a cabo una tarea (p. 26).

Si bien existen abordajes psicológicos que se mantienen alejados del uso de fármacos, abundan las ideas que integran este recurso en la búsqueda de mayor eficiencia. Pinel (2007), en su propuesta que integra los avances neurológicos, entiende la psicofarmacología como la manipulación de la actividad neural y la conducta mediante fármacos. Recordemos que define al trastorno psiquiátrico (o trastorno psicológico) como aquel trastorno de la función psicológica lo suficientemente grave para requerir tratamiento por parte de un psiquiatra o un psicólogo clínico.

Desórdenes mentales, terapia cognitivo-conductual y farmacoterapia

El objetivo de este apartado es presentar algunas de las alteraciones neuroquímicas que se presentan en los trastornos de la ansiedad, la depresión y el consumo de drogas y las alternativas de tratamiento farmacológico que existen para ellos.

Existen distintos niveles de severidad y diferentes tipos de trastornos para los que se usa la TCC. Los mejores resultados se han encontrado en los niveles de severidad leve y moderada en ansiedad, depresión y consumo de sustancias (Sudak y Prado, 2016).

Ansiedad

Los trastornos de ansiedad (TA), según la versión más reciente del *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales*, DSM-5 (APA, 2014), pueden ser leves, moderados o severos:

- TA por separación (en general de personas con las que hay apego)
- Mutismo selectivo (no hablar en ambientes y condiciones específicas)
- Fobia específica (por ejemplo, a animales, a la sangre o a las inyecciones)
- TA social (también conocido como fobia social)
- Trastorno de pánico (malestar intenso que se manifiesta rápidamente, con manifestaciones físicas que hacen pensar en la posibilidad de muerte inminente)
- Agorafobia (miedo a estar en transportes públicos y espacios abiertos o en otras situaciones de las que es difícil escapar)
- TA generalizada (preocupación excesiva, con malestar claramente significativo acerca de situaciones inespecíficas)
- TA inducido por sustancias-medicamentos
- TA debido a otra afección médica
- Otro TA especificado
- Otro TA no especificado.

Neurobiología y tratamiento de la ansiedad

En los TA hay sobreactivación del sistema nervioso central. El neurotransmisor inhibitorio más abundante del cerebro es el ácido gamma-amino butírico (GABA); por eso, una de las aproximaciones para tratar los TA es aumentar la actividad del receptor GABAA utilizando benzodiazepinas (BZD). Las primeras BZD se sintetizaron a mediados del siglo pasado como alternativas terapéuticas más seguras que los barbitúricos para producir sedación, disminuir la ansiedad, producir sueño y relajación muscular; también han sido utilizadas como anticonvulsivos. Entre sus efectos adversos pueden causar sedación excesiva y sueño en periodos de vigilia que interfieran con la realización de las actividades cotidianas. Aunque en dosis terapéuticas y por periodos breves son sustancias bastantes seguras, cuando se combinan con otros inhibidores del sistema nervioso como el alcohol y algunos medicamentos pueden producir hipotensión, depresión respiratoria, coma e incluso, la muerte.

Las diferentes BZD difieren en el tiempo que inician sus efectos y en la duración de los mismos. Con base en esos criterios, se distinguen las BZD de acción ultracorta, como midazolam (Dormicum®); corta, como triazolam (Halción®); intermedia, como flunitrazepam (Rohypnol®) y alprazolam (Tafil®); y de acción prolongada, como diazepam (Valium®) y clonazepam (Rivotril®).

Las BZD son sumamente efectivas para disminuir la ansiedad; sin embargo, su empleo por periodos prolongados puede producir dependencia física y el síndrome de abstinencia por discontinuación. Por eso es fundamental que su uso sea prescrito y supervisado por profesionales calificados (Meyer & Quinzer, 2018).

Otros ansiolíticos eficaces son los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Algunos de ellos se revisan en la siguiente sección.

Depresión

Los trastornos depresivos descritos Manual *Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM-5), pueden ser leves, moderados o severos:

- Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo (irritabilidad persistente y crónica con episodios frecuentes de falta de control conductual y respuesta desproporcionada a situaciones que desencadenan la molestia)
- Depresión mayor, episodio único (estado de ánimo decaído, falta de interés, anhedonia, cambios de peso sin razón aparente, trastornos de sueño, alteraciones de la motricidad y falta de energía, entre otros síntomas que se presentan concurrentemente en un periodo de dos semanas y representan un cambio significativo a la forma de funcionar previamente)
- Depresión mayor con episodios recurrentes (síntomas similares repetidos con lapsos de al menos dos meses entre los episodios)
- Trastorno depresivo persistente (también llamado distimia, se caracteriza porque los síntomas depresivos tienen una duración de, cuando menos dos años en el caso de los adultos y uno en niños y adolescentes)
- Trastorno disfórico premenstrual (los síntomas inician en la fase lútea del ciclo menstrual y disminuyen significativamente al iniciarse la menstruación)
- Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos (por ejemplo, cocaína)

- Trastorno depresivo debido a otra afección médica (por ejemplo, hipotiroidismo)
- Otro trastorno depresivo especificado
- Trastorno depresivo no especificado.

Neurobiología y tratamiento farmacológico de la depresión

La depresión, al igual que otros trastornos del estado de ánimo tiene una etiología compleja. Algunos de sus componentes neuroquímicos se evidenciaron con el descubrimiento de la iproniazida, un inhibidor de la enzima mono-aminoxidasa (MAO) que se desarrolló para el tratamiento de la tuberculosis, que sorprendentemente mejoró el estado de ánimo de los pacientes que lo recibieron. La MAO existe en dos formas: A y B y en conjunto metabolizan a la adrenalina, la noradrenalina (NA), la serotonina (5-HT) y la dopamina. Al inhibir a estas enzimas se evita la degradación de sus sustratos con lo que éstos aumentan sus niveles.

El descubrimiento del primer IMAO llevó a pensar que en la depresión había un déficit de A, NA y 5-HT, por lo que se desarrollaron fármacos que incrementaran las concentraciones de 5-HT y NA, ya fuera inhibiendo su metabolismo, bloqueando el sitio de recaptación del neurotransmisor o algún otro mecanismo. Así, los IMAOs inespecíficos fueron los primeros antidepresivos utilizados en la clínica, pero después aparecieron los inhibidores selectivos de MAO-A o MAO-B, así como fármacos inhibidores de la recaptación de 5-HT y NA o selectivos solo para 5-HT. Estos últimos, los ISRS, han resultado útiles para el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad, con la ventaja de que no tienen el potencial adictivo de las BZD. Los diferentes grupos de fármacos¹ disponibles para los trastornos depresivos son:

- Inhibidores de la MAO (IMAO) de primera (inespecíficos) y segunda generación (específicos para MAO-A o MAO-B). En México su uso es limitado
- Antidepresivos duales que bloquean simultáneamente la recaptación de NA y 5-HT. En este grupo se encuentran: antidepresivos tricíclicos (ATC, llamados así por su estructura química), como la imipramina (Tofranil®) y clomipramina (Anafranil®); otros inhibidores de la

1 La mayor parte de los antidepresivos ya cuentan con diversos genéricos con el nombre de la sal o con diversas marcas comerciales.

recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), como duloxetine (Limbaxia®), venlafaxina (Efexor®) y desvenlafaxina (Pristiq®)

- Inhibidores selectivos de la recaptación de 5-HT: citalopram (Seropram®), escitalopram (Lexapro®), fluoxetina (Prozac®), fluvoxamina (Luvox®), paroxetina (Paxil®) y sertralina (Altruline®)
- Otros con mecanismos de acción diferente como el bupropión (Wellbutrin®) que inhibe la recaptación de dopamina y NA, la desipramina (Norpramina®), que es un inhibidor selectivo de la recaptación de NA, y la mirtazapina (Remeron®) que bloquea algunos subtipos específicos de receptores a 5-HT y NA.

En general, los ISRS son fármacos que cuentan con un amplio margen de seguridad; sin embargo, al asociarse con otros medicamentos o productos herbolarios que también favorecen la recaptación de serotonina, puede originarse un síndrome serotoninérgico; una condición grave que se caracteriza por agitación, confusión y desorientación, sudoración excesiva, vómito, dilatación pupilar, temblores, rigidez e hiperreflexia, entre otros signos. Por lo anterior, es importante que las personas que reciben tratamiento con un antidepresivo informen a su médico de cualquier otro fármaco o tratamiento alternativo que utilicen de forma simultánea (Guía de práctica clínica sobre tratamiento de la cocaína).

El éxito de la farmacoterapia podría llevar a considerar la depresión como el simple resultado de un déficit de NA, 5-HT y dopamina. La realidad es más complicada. Por ejemplo, se sabe que los antidepresivos actúan rápido a nivel celular restituyendo los niveles adecuados de los neurotransmisores, pero el efecto sobre el estado de ánimo solo es evidente después de varias semanas de tratamiento. Este retraso en la eficacia de los antidepresivos ha llevado a la búsqueda de nuevas alternativas y recientemente se aprobó la ketamina inhalada como terapia de inicio de acción rápida para ser utilizada en pacientes con depresión severa y con pobre respuesta a los tratamientos habituales. La ketamina es un anestésico disociativo con potencial adictivo que bloquea los receptores a glutamato, el neurotransmisor excitador más abundante del cerebro. Esto indica que el glutamato también tiene un papel importante en los trastornos depresivos y la complejidad de la neurobiología de estos desórdenes.

Consumo de drogas

Los trastornos por uso de sustancias incluidos en el DSM-5 son numerosos y consideran las siguientes sustancias: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalables, opioides, sedantes hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras. Dentro de cada grupo se incluyen criterios diagnósticos para el trastorno por uso de la sustancia específica, la intoxicación producida por la sustancia y el síndrome de abstinencia asociado a la discontinuación del consumo de la sustancia. Al igual que en los trastornos anteriores se considera la existencia de un espectro en cuanto a severidad: leve, moderado o severo.

Neurobiología y tratamiento farmacológico de aspectos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas

El **alcohol**, alcohol etílico o etanol inhibe el funcionamiento del sistema nervioso central al disminuir la liberación de neurotransmisores excitadores y facilitar la acción de neurotransmisores inhibidores. Desde el punto de vista farmacológico, el alcohol es un antagonista de los receptores glutamatérgicos del subtipo NMDA y un agonista del receptor GABAA, lo que en conjunto provoca que las células tengan menor capacidad para responder a estímulos del ambiente. La euforia inicial y la estimulación aparente que se observa con cantidades bajas de alcohol se debe a la inhibición de la corteza prefrontal cerebral que normalmente ejerce un control inhibitorio sobre la conducta social y media las decisiones razonadas. Cuando el cerebelo se inhibe con cantidades un poco más altas de alcohol, se manifiestan dificultades para mantener el equilibrio y si el consumo sigue, la inhibición llega a zonas que regulan funciones vitales lo que puede poner en peligro la vida. El alcohol afecta también a otros sistemas de neurotransmisión, ya que promueve la liberación de dopamina y opioides endógenos, entre otras acciones.

El consumo crónico de alcohol produce adaptaciones celulares que contrarrestan sus efectos agudos. En particular, las personas que beben con frecuencia tienen mayor cantidad de receptores NMDA y menor cantidad de receptores GABAA. Estos cambios no se notan cuando el alcohol está presente en el organismo, pero se evidencian al retirarlo ya que entonces se presenta un estado de hiperexcitabilidad, característico del proceso de discontinuación.

Con base en el conocimiento del mecanismo de acción del alcohol se han desarrollado algunas alternativas farmacológicas:

1. En caso de intoxicación alcohólica con sedación profunda que pone el riesgo la vida, puede usarse flumazenil (Antadona®) un fármaco capaz de revertir la inhibición del receptor GABAA.
2. Las benzodiacepinas se usan como tratamiento del *delirium tremens* (caracterizado por agitación, alucinaciones y convulsiones) en quienes dejan de consumir alcohol después de haberlo tomado en grandes cantidades y por un periodo largo.
3. El acamprosat (Campral®) y la naltrexona (Revia®) son útiles para personas que ya pasaron por un proceso de desintoxicación y no desean volver a consumir alcohol. La naltrexona evita la liberación de opioides endógenos con lo que el efecto del alcohol es menos gratificante. El acamprosat bloquea parcialmente los receptores NMDA, que son los que están en exceso en las personas con alcoholismo. Ambos medicamentos favorecen el mantenimiento de la sobriedad.
4. El disulfiram (Etabus®) bloquea parcialmente el metabolismo del alcohol produciendo que se acumule un metabolito tóxico: el acetaldehído. Es una terapia aversiva que provoca náuseas, mareo y enrojecimiento de la piel por baja de presión y dilatación de los vasos sanguíneos. Su utilidad está limitada a cierto tipo de pacientes que estén informados de sus efectos y consientan en su uso.

El **tabaco** contiene nicotina que es la sustancia activa responsable de los efectos reforzantes del consumo y de la adicción. La nicotina es un agonista colinérgico; es decir, mimetiza algunas de las acciones de la acetilcolina (ACh). La ACh es un neurotransmisor que participa en la motricidad, la memoria y el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, entre otras acciones. Produce sus efectos a través de unirse a receptores colinérgicos, de los cuales existen dos tipos: los muscarínicos y los nicotínicos, llamados así por su alta afinidad y especificidad para unirse a la muscarina y a la nicotina, respectivamente. Cuando dos moléculas de nicotina se unen a sus receptores entra sodio y calcio a las células lo que las vuelve más excitables.

Los receptores nicotínicos están localizados en la cadena ganglionar del sistema nervioso autónomo (SNA), la unión neuromuscular y el cerebro. Cuando se activa el SNA aumenta la frecuencia cardíaca, la presión arterial, el flujo sanguíneo coronario y muscular, y los niveles circulantes de ácidos grasos libres, glicerol y lactato, además se produce vasoconstricción periférica (los vasos sanguíneos disminuyen de calibre). También se libera acetilcolina lo que lleva a un aumento en la secreción de ácido clorhídrico a nivel gástrico y al incremento del tránsito intestinal. Cuando la nicotina se une a sus receptores en el cerebro, libera dopamina en el *nucleus accumbens*, que es un mecanismo común a todas las drogas que producen adicción. Existen varias terapias farmacológicas para el tratamiento de la adicción a la nicotina, entre ellas:

- a) *Terapias de reemplazo de nicotina*: consisten en administrar nicotina lentamente a quienes desean dejar de fumar y son dependientes a la sustancia. El objetivo es evitar el consumo de cigarrillos y con ello, la exposición a los químicos del humo del tabaco, reduciendo al mismo tiempo los efectos adversos del síndrome de abstinencia por dejar de fumar. Las terapias de reemplazo tienen amplia aplicación en el tratamiento de la dependencia a la nicotina y pueden disminuir significativamente las molestias del síndrome de supresión (depresión, insomnio, irritabilidad, frustración y enojo, inquietud, pereza, deseo o ansiedad por consumir, dificultad para concentrarse, disminución del ritmo cardíaco y posible aumento del peso).
- b) *Bupropión*: es un antidepresivo que inhibe la recaptación neuronal de dopamina en el *nucleus accumbens*, aumentando un poco su concentración; este efecto explicaría la reducción del deseo por volver a fumar. También inhibe la recaptación neuronal de NA, con lo que consigue disminuir la intensidad del síndrome de supresión a la nicotina.
- c) *Vareniclina*: el desarrollo de la vareniclina (Champix®) es resultado de la investigación del mecanismo de acción de la nicotina. Es un agonista parcial de los receptores nicotínicos de una zona específica del cerebro (el área tegmental ventral). Al actuar como agonista parcial puede estimular al receptor nicotínico y, con ello, controlar el deseo de fumar y el síndrome de abstinencia. Al tiempo, es un antagonista parcial capaz de bloquear los efectos de la nicotina porque compite por ella para unirse al receptor. Otra

de las características definitorias de la vareniclina es que se elimina casi en su totalidad a través de la orina sin sufrir metabolismo hepático, por lo que no presenta problemas de interacción con otros medicamentos. Este fármaco abre una importante posibilidad en la terapia del tabaquismo, aunque no deben dejarse algunos efectos colaterales no deseables que refieren pacientes.

El consumo de varias drogas o sustancias psicoactivas que tienen potencial adictivo puede producir riesgos considerables a la salud. Al romper la dicotomía entre mente y cerebro y atender la integralidad de los distintos desórdenes es imprescindible incluir la valoración del daño orgánico en consumidores de drogas (en especial el daño neurológico; por ejemplo, uso crónico de tolueno causa daño neuronal) e incorporar el tratamiento farmacológico más adecuado en caso necesario.

La **cocaína** estimula los circuitos asociados a respuestas gratificantes y de recompensa en el cerebro porque inhibe la recaptación de dopamina, aumenta así su concentración. No existen terapias farmacológicas definitivas para auxiliar a las personas dependientes a cocaína, pero se han usado agonistas dopaminérgicos (amantadina, bromocriptina, pergolina, mazindol) como auxiliares. El síndrome de abstinencia a la cocaína trae consigo depresión, por lo que puede requerirse la prescripción de antidepresivos. En estados de intoxicación aguda, cuando se presenta la psicosis tóxica, puede requerirse la prescripción de antipsicóticos como risperidona (Arketin®), olanzapina (Zyprexa®) o haloperidol (Haldol®) (Subdirección General de Drogodependencias, 2011).

En el caso de *cannabis* hace falta mucha investigación². Aunque no existe un tratamiento farmacológico para la dependencia a la cannabis, existen alternativas para las complicaciones asociadas a la intoxicación por ésta. Para las crisis de angustia puede utilizarse ansiolíticos como benzodiazepinas y para el trastorno psicótico inducido o trastorno confusional, antipsicóticos. Por lo regular, se presenta insomnio en el síndrome de abstinencia para lo cual puede usarse buspirona (Buspar®, ansiolítico no benzodiazepínico) o gabapentina (Neurontin®).

Los **opioides** (derivados del opio y semejantes sintéticos) operan sobre receptores específicos en el sistema nervioso. Tienen muchos efectos además de la euforia y la analgesia entre los que se incluye la depresión respiratoria a dosis altas. El uso repetido genera un estado intenso de dependencia y pueden causar

2 El delta 9 tetrahydrocannabinol o THC se descubre apenas a mediados del siglo pasado, el primer cannabinoide endógeno, la anandamina, se identifica a finales del mismo y en éste ya hablamos de un sistema endocannabinoide.

un síndrome de supresión florido al discontinuar su administración. Las alternativas de tratamiento para los desórdenes asociados al consumo de opioides son:

- a) Naloxona inhalada (Narcan®) o inyectada (Lefebre®) como antidoto eficaz para contrarrestar los casos de sobredosis. La naloxona es un antagonista de los receptores opioides que desplaza a la heroína (y drogas similares) pero no tiene efecto por sí misma. La forma inhalada revierte más rápidamente la sobredosis y es más fácil de administrar
- b) Metadona (Rubidexol®) o buprenorfina (Buprex®) como terapias de reemplazo en usuarios crónicos de opioides. Estos fármacos evitan la presentación del síndrome de supresión y disminuyen el deseo de volver a consumir heroína.
- c) Clonidina y otros agonistas adrenérgicos específicos para el receptor α , para disminuir algunos de los síntomas que se presentan tras la discontinuación del consumo, en particular, el aumento de la presión arterial. Estos medicamentos se administran junto con antidiarreicos, analgésicos y relajantes musculares, según sea necesario.

En el caso de la dependencia a opioides los esquemas tienden a revertirse. Por lo regular, se considera un tratamiento psicológico con apoyo farmacológico, pero cuando hay dependencia severa se considera un tratamiento farmacológico con apoyo psicológico. En esta situación es indispensable definir en el tratamiento un espacio de desintoxicación con manejo farmacológico. Una vez asegurada la integridad del dependiente puede continuarse con el manejo de la dependencia, por lo general, con metadona o buprenorfina.

Conclusiones

Es importante reconocer hasta dónde llega la eficacia de la TCC. Por ejemplo, en el caso de consumo de drogas, la TCC es efectiva para el consumo ocasional, tiene eficacia comprobada para el consumo problemático, pero reduce significativamente su eficiencia cuando el sujeto cumple con los criterios de dependencia o está sufriendo los síntomas desagradables derivados del cese reciente del consumo (síndrome de supresión).

En momentos de crisis en los que está en riesgo la funcionalidad, la integridad o la vida de la persona, cualquier intervención psicológica debe ir acompañada con tratamiento farmacológico. Aun en los casos donde se combinan la TCC y tratamiento con psicofármacos la eficacia puede no incrementarse si los tratamientos son paralelos, pero no complementarios.

La defensa ciega de los territorios disciplinares en la psicología y/o la psiquiatría puede significar un lastre para la expansión del conocimiento, en especial si la defensa se basa en la falsa dicotomía que opone la visión neurocientífica del cerebro contra la visión de la mente desde una perspectiva filosófica (*res cognitae/res extensa*). Las neurociencias requieren de una base interdisciplinaria, por lo que sus aplicaciones en el tratamiento deben tener una perspectiva semejante; sin embargo, en diversas ocasiones la “interdisciplina” se limita a una tolerancia mutua de discursos dispares que dificulta la síntesis y la conformación estructural.

La terapia, en cualquier estrategia que incluya psicólogos y médicos, debe tener metas concretas comunes orientadas al éxito. Para ello, es necesario lograr una traducción entre ambos campos profesionales. Habrá que avanzar en la consideración del no consumo que puede lograrse mediante fármacos (situación llamada “borrachera seca” por Alcohólicos Anónimos); contra el logro real y consciente de entender por qué se llegó a la dependencia, cómo enfrentar las oportunidades de consumo y cómo mantener la sobriedad. No para llegar a la primacía de alguna de estas posiciones, sino para entender la relevancia de las dos y que deben ser parte del tratamiento.

La experiencia empírica nos permite plantear que no todos los pacientes con desórdenes mentales requieren de intervenciones farmacológicas; sin embargo, es importante que cuenten con valoraciones médicas para determinarlo y si existe alguna comorbilidad, atenderla. Pacientes con índices de severidad leve, sin cronicidad y con revisión médica, por lo general no requieren de la intervención farmacológica. Pacientes con algún tipo de trastorno con severidad moderada o grave, en remisión o en remisión total, requerirán de valoración física-psiquiátrica y, de acuerdo con los resultados, la intervención combinada con TCC y farmacoterapia. La estrategia de tratamiento sería pues la atención colaborativa entre los diferentes profesionales.

Referencias

- A** American Psychiatric Association (APA). (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™*.
- Alonso, J. R. (2018). *Las emociones. La base neurológica del comportamiento*. México: RBA-National Geographic.
- B** Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: General Learning Press.
- D** De la Fuente., F.J., Álvarez Leefmans (1998). *Biología de la Mente*; México: El Colegio de México.
- F** Frausto, M. (2011). *Bases Biológicas de la Conducta*. México: Pax.
- G** González, J. (2010). *Breve historia del cerebro*. Barcelona: Edit. Crítica.
- Subdirección General de Drogodependencias. (2011) *Guía de Práctica Clínica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína* Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- K** Kandel, E., Schwartz, J. y Jessel, T. (1997). *Neurociencias y conducta*. Madrid: Prentice Hall.
- M** Meyer, J., & Quenzer, L. F. (2018). *Psychopharmacology. Drugs, the Brain and Behavior* (3th ed.). USA: Sinauer Associates, Inc.
- Molina, J. C. y Cruz, S. (2010). *Interacciones Farmacológicas. Psicofarmacología*. México: Elsevier.
- P** Pinel, J. (2007). *Biopsicología*. Madrid: Pearson Educación.
- R** Rizzolatti G., & Craighero, L. (2004). The mirror- neuron system. *Annu. Rev. Neurosci.*, 27, 169-92 doi: 10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230 Copyright © 2004 by Annual Reviews.

Smith, D. y Kosslyn, S. M. (2008). *Procesos cognitivos, modelos y bases neurales*. Madrid: Pearson Education.

S

Sudak, D. M. y Prado, J. (2016). "Esquizofrenia". En: C. J. Garay (Ed.), *Terapia cognitivo-conductual y farmacoterapia* (pp. 43-54). Buenos Aires: Akadia.

SECCIÓN IV

- **Terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de las drogodependencias en España: 1975-actualidad**

Elisardo Becoña Iglesias

10. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA: 1975-ACTUALIDAD

Elisardo Becoña Iglesias

Introducción

El consumo de drogas ha adquirido carácter epidémico en las sociedades desarrolladas en las últimas décadas. En ellas incluimos las drogas ilegales, como la heroína, cocaína, cannabis, drogas de síntesis, y un largo etcétera, junto con el alcohol y el tabaco.

Básicamente, lo que caracteriza a una adicción es que la persona pierde el control de esa conducta y al tiempo, le acarrea importantes problemas personales, sociales, laborales, de salud, de pareja, legales, entre otros. Aparte, las adicciones con sustancia producen intoxicación, síndrome de abstinencia, tolerancia, por mencionar algunos. Esto ha llevado a que, en los países desarrollados, el problema de las adicciones sea catalogado como de enorme importancia, con un coste sanitario y social enorme (Becoña, 2016b). Esto no siempre fue así. España, por el lugar geográfico que ocupa, es punto de entrada de drogas para Europa desde África y América; ello nos hace ser uno de los principales consumidores de drogas ilegales de Europa y del mundo, sobre todo en jóvenes de entre 14 y 35 años. Los datos epidemiológicos del consumo y de los problemas de dependencia que producen, son hoy importantes (OEDT, 2018).

A pesar de que los problemas tanto por alcoholismo como por consumo de tabaco vienen arrastrándose en España desde hace décadas, el problema de las drogas en este país no apareció en toda su crudeza sino hasta mediados de los años 70, facilitado por el final de la dictadura, con la muerte de Franco, y el inicio de la democracia, con nuevas libertades hasta ese momento desconocidas, mejora de la situación económica y apertura a lo nuevo. En pocos años, una vez introducida la heroína, teníamos un grave problema sanitario (alta mortalidad por sobredosis, infecciones, luego por el VIH), de orden público, de seguridad ciudadana¹ y de una enorme alarma social (Freixa, Masferrer y Sala, 1986; León, 1990). Esto favoreció la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, el surgimiento de centros de tratamiento por toda la geografía nacional y la implantación de tratamientos psicológicos para los adictos a la heroína. En aquel momento, 1% de la población consumía heroína, sobre todo de manera inyectada, de ahí su poder adictivo, su peligrosidad y contagio de enfermedades por compartir jeringuillas.

Años más tarde, la cocaína se introdujo entre 1980 y 1990. Sus efectos epidémicos no fueron apreciables hasta mediados y finales de la década de los 90. Hoy día, es la principal demanda de tratamiento, junto al *cannabis*, debido a que los heroinómanos, en su mayoría, son tratados con un sustitutivo opiáceo, la metadona (OEDT, 2018).

También las drogas de síntesis hicieron su irrupción con la vida recreativa, el turismo, la diversión, los jóvenes, pero no han llegado a la extensión y gravedad de la heroína o cocaína, sobre todo porque la cocaína es abundante, barata, de gran pureza y más eficiente para los consumidores. Otras drogas, como anfetaminas, alucinógenos (LSD, hongos alucinógenos), tienen más un fin experimental que de consumo regular (OEDT, 2018; OEDyT, 2018).

En la actualidad, la nueva droga problemática es el *cannabis*, al igual que en otros países. En España se introduce en forma de hachís, desde el norte de África, para luego reenviar por toda Europa. Hay una baja percepción de riesgo ante su consumo y las demandas de tratamiento se incrementan año con año, al igual que sus efectos negativos. Por ejemplo, hoy día, de las urgencias hospitalarias en España, 35% fueron por *cannabis*, aunque el primer lugar lo ocupaba la cocaína con 43%, heroína 10%, anfetaminas 9%, éxtasis 5% y alucinógenos 3% (OEDyT, 2018). De esta manera, en 2014 murieron 556 personas por reacción aguda tras el consumo de drogas, sobre todo heroína, hipnosedantes y cocaína. De éstas, en 455 casos la muerte se pudo atribuir al consumo. Combinado esto con el registro general de

1 En la época más dura, se atracaban en España tres farmacias al día por parte de heroinómanos para conseguir opiáceos.

mortalidad, se considera que, en 2014, un total de 767 defunciones fueron debidas al consumo de drogas psicoactivas (OEDyT, 2016).

Para ver la relevancia de lo que hablamos, en 2015, en los centros públicos españoles se admitieron un total de 48 926 personas a tratamiento por sustancias psicoactivas, excluyendo el alcohol y tabaco (OEDyT, 2017). Por abuso o dependencia del alcohol se admitieron 27 469 personas en distintos centros, aparte de que existen 1.6 millones de consumidores de riesgo (5% de la población), como casi 700 mil personas adultas en consumo de riesgo de *cannabis*. A ello, hay que sumar otros 50 mil en tratamiento con mantenimiento con metadona (OEDyT, 2016).

En lo concerniente a delitos, en 2015 hubo 20 314 detenciones por tráfico de drogas y 390 843 denuncias por tenencia o consumo de drogas. El 54% de las detenciones y 86% de las denuncias tuvieron que ver con el *cannabis*. Con relación a la cocaína, las detenciones fueron 29%. La mayoría de los detenidos eran varones (85%). En cuanto a los opiáceos y estimulantes, tienen un 7% de detenciones cada uno. Se aprecia un cambio en las detenciones por tipo de consumo en comparación con décadas atrás.

La última encuesta sobre consumo de drogas, en la población general española de entre 15 y 64 años (año 2017) (OEDyT, 2018), nos indica que las sustancias psicoactivas más consumidas alguna vez, durante los últimos 12 meses, fueron el alcohol, con una prevalencia de 75.2% y el tabaco, con 40.9%. Entre las drogas de comercio ilegal, la sustancia más extendida es el *cannabis* y sus derivados, seguida de la cocaína y el éxtasis, con prevalencias de consumo en los últimos 12 meses de 11% para *cannabis*, 2.2% para cocaína y 0.6% para éxtasis. El resto de las drogas ilegales están mucho menos extendidas con prevalencias de consumo en el último año que se sitúan entre 0.5% para las anfetaminas, 0.4% para los alucinógenos y 0.1% para la heroína. Merece una mención aparte el consumo de hipnosedantes, con o sin receta médica, cuya prevalencia en los últimos 12 meses fue de 11.1%, superado solo por el alcohol, el tabaco y el *cannabis*. En años previos, el consumo sin receta médica giraba en torno al 4%.

A nivel de consumo diario, 34% consume tabaco, 7.4% alcohol, 5.9% hipnosedantes y 2.1% *cannabis*. En las drogas ilegales se ha llegado al tope de consumo hace unos años y ahora hay un ligero descenso, mantenido para la cocaína y la heroína, aunque preocupa el tema del *cannabis*. Ésta es la droga ilegal más consumida en

España, a una edad media más temprana. Si bien suele ser esporádico, si en 1999 lo consumía un 4.6% en el último mes, en 2017 lo hace 9.1% en la población de entre 15 y 64 años. El incremento se ha producido sobre todo en los más jóvenes.

En cuanto al consumo de sustancias entre los estudiantes de 14 a 18 años que cursaban Educación Secundaria Obligatoria (ESO), en la última encuesta de 2014 (OEDyT, 2017), 68.2% había consumido alcohol en los 30 días previos a la encuesta y 25.9%, tabaco. A estas sustancias le sigue el *cannabis*, con una prevalencia de 18.6% y la cocaína con 1.8%. A continuación, aparecen otras sustancias ilegales como los alucinógenos y el éxtasis. De todas las sustancias ilegales, la heroína es la sustancia menos extendida, con una prevalencia de 0.3% en los últimos 30 días. Destaca en adulto que 3% consume hipnosedantes sin receta médica (que sube a 6.2% al sumar con y sin receta médica).

En adolescentes, a diario, 12.5% fuma tabaco, 2.7% consume alcohol, otro 2.7% *cannabis* y 0.9% toma hipnosedantes.

El consumo de alcohol está más extendido durante los fines de semana, sobre todo en la población menor de 34 años. Destaca el incremento del número de *borracheras* o consumo intensivo de alcohol. En los estudiantes de secundaria, el porcentaje de *borracheras* en los 30 días previos a la encuesta fue de 16.1% en 1994, 25.6% en 2006, 35.6% en 2010, 20.8% en 2012 y 22.6% en 2014. En el caso del tabaco, se perciben oscilaciones entre año y año, lo que indica cierto nivel de estabilidad.

El consumo de *cannabis* es elevado en los estudiantes de la ESO de entre 14 y 18 años (25.4% para los últimos 12 meses), con mayor consumo de los varones que las mujeres (en 2014, 26.8% de hombres y 14.8% de mujeres, en los últimos 12 meses).

Destaca el enorme incremento del consumo de hipnosedantes, con o sin receta médica, tanto en la población adulta como en la población escolarizada. Algo está ocurriendo aquí que va más allá de la mera demanda de sustancias. También destaca que el riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas ha disminuido claramente, sobre todo en el caso del alcohol, el *cannabis* y los hipnosedantes, tanto en la población general como entre los estudiantes de la ESO. Mucho más peligroso es el hecho de que, entre estos jóvenes, haya disminuido el riesgo percibido ante el consumo esporádico de cocaína, pues esto se relaciona con el aumento de las prevalencias de consumo alguna vez en la vida.

Evolución histórica de la psicología clínica de las adicciones en España

En España, la evolución de la psicología clínica ha tenido dos grandes bloques de intervención: 1) el tratamiento de personas con problemas de drogas (centros de drogodependencias), que inicialmente fue el más relevante a nivel de contratación de psicólogos, y 2) los psicólogos clínicos incorporados al Sistema Nacional de Salud en los distintos servicios de psiquiatría y de salud mental. Esto pasamos a verlo a continuación, en relación a las drogas.

Inicios de la psicología clínica en España, 1975-1984

Hoy día, la psicología clínica en España es una profesión consolidada, relevante y con buen prestigio social; sin embargo, es una profesión nueva, de pocas décadas de historia. Los primeros estudiantes titulados específicamente en psicología fueron a mediados de los años 70, en la Universidad Complutense de Madrid. No obstante, en 1978 varias universidades españolas se licencian con la primera promoción de la nueva psicología, con el título de "Licenciados en Filosofía y Ciencias de la Educación, especialidad de Psicología". Faltarían unos años más para que el título fuese de Licenciado en Psicología, pero el título anterior ya tenía todas las competencias legales de psicólogo. Esta nueva profesión precisaba incorporarse a los nuevos nichos laborales. El campo de las drogodependencias y de la salud mental fue el más relevante, junto al educativo y el del mundo del trabajo.

Desde entonces, varios miles de psicólogos salen de las universidades españolas. En pocos años, los psicólogos han avanzado en distintos campos profesionales. El de las drogas fue uno de los más relevantes por ser un grave problema social, no interesar su tratamiento a los médicos ni psiquiatras y por darse condiciones adecuadas de desarrollo profesional en personas jóvenes, trabajadoras, utópicas, sin claro perfil profesional, con grandes ganas de formación y con buen encaje en la modernidad en la que estaba el país en aquellos momentos. Con la creación de los nuevos centros de tratamiento de drogas en diversas ciudades, los psicólogos fueron los encargados, junto con trabajadores sociales, personal de enfermería y, en menor medida, médicos, de poner en funcionamiento dichos centros. Naturalmente, la visión del abordaje y del tratamiento era psicológico y social, no médico.

Otro hecho favorecedor de lo anterior fue la creación, en 1980, del Colegio Oficial de Psicólogos, la organización profesional de los psicólogos que sería la interlocutora de los colegiados ante la Administración.

El boom de la psicología clínica en adicciones, 1985-2009

En 1985, el gobierno creó el Plan Nacional sobre Drogas. La gravedad del problema del consumo de drogas en España, sobre todo por la epidemia de la heroína, obligó a crear un organismo nacional que coordine todas las acciones para contener el problema. Este plan se orientó a las drogas ilegales y dejó de lado el alcohol y el tabaco. El alcohol porque estaba cubierto por unidades específicas de alcoholismo o en los servicios de medicina interna de hospitales públicos. El tabaco no se consideraba en esos momentos un problema sanitario por parte de la administración pública. Fue cuando comenzó la conciencia sanitaria real ante su problemática a inicios de 1980, con importantes desarrollos de control a partir de 1990.

Como hemos indicado, hasta 1970 el consumo de drogas en España era anecdótico. No se podía hablar de problema con el consumo de drogas, ya que el número de consumidores era esporádico y con consumos poco problemáticos, sobre todo de marihuana, por los soldados que volvían de África y de anfetaminas en estudiantes y otros colectivos (León, 1990). El consumo de heroína inyectada comenzó a finales de 1970. En los años 1980, y luego en 1990, cuando el consumo de heroína inyectada acarrea graves problemas, con alta mortalidad por sobredosis –no olvidemos que en jóvenes–, luego agravado por la aparición del VIH. Fue la época que en España, el consumo de drogas era el tercer problema social para la población, después del paro y del terrorismo. Para darnos una idea de la gravedad del problema, en el punto cumbre de la epidemia, entre 1991 y 1992, se producían 1700 muertes anuales (De la Fuente *et al.*, 2006), todas en jóvenes de 18 a 39 años. Con el SIDA las muertes llegaron a 4300 en 1995. Por suerte, en la actualidad, la mayoría de los heroínómanos no se inyectan la heroína y están en programas de mantenimiento con metadona. Por contra, en los últimos años se ha pasado a las recreativas (*cannabis*, cocaína).

Es en esa época, de 1985 a 2010, aproximadamente, cuando el tratamiento psicológico en adicciones y el papel de los psicólogos en adicciones tienen su edad de oro. La mayor parte de los centros de drogas están dirigidos por

psicólogos, el tratamiento predominante es psicológico (con el foco puesto en el individuo, la familia y el entorno social), el número de centros no dejan de crecer y tienen una buena valoración social. Algo semejante ocurre con los programas preventivos de drogas. La población corrobora esto porque el problema de las drogas es uno de los primeros que percibe la población como el que más le preocupa. Hay claro apoyo social a la dura labor que hacen los profesionales de los centros de drogodependientes.

En esos años el tema de las drogas, principalmente relacionado con la heroína, está presente en la vida social. Hay noticias en la prensa casi a diario sobre el tema, los profesionales de los centros de drogas son entrevistados en los medios de comunicación, la labor que realizan es valorada por todo el sistema social y hay apoyo administrativo, legislativo, político y social a través del Plan Nacional sobre Drogas, dependiente en distintos momentos del Ministerio del Interior o del Ministerio de Sanidad, de acuerdo con los distintos gobiernos. Es decir, de ministerios relevantes en la administración del Estado.

Un capítulo aparte sería el del narcotráfico que también creó una enorme alarma social. En pocos años, España se convirtió en puerta de entrada de cocaína y hachís para el resto de Europa y en parte país de tránsito de la heroína. Las redes de narcos fueron un nuevo fenómeno que se vivió principalmente en la zona de Galicia, y se hicieron famosos los desembarcos de alijos de cocaína, procedentes de Latinoamérica y crearon una tupida red de narcotraficantes. Fue un nuevo problema al que se tuvo que enfrentar la policía y la justicia en los años 1980 y 1990 con un alto nivel de intensidad.

También hay que comentar que fue en esta época cuando se desarrolló con intensidad la prevención de drogas en España, que llega a altos niveles de implantación y calidad (Becoña, 2002), con una continua formación de los profesionales (Becoña, Rodríguez y Salazar, 1994), que luego descendería al reducirse drásticamente los presupuestos dedicados a la prevención, esencialmente a partir de la crisis vivida a partir del año 2007, situación que se mantiene igual, con insuficiencia de recursos a pesar del alto nivel de consumo de drogas. En cambio, la crisis económica apenas afectó al personal de los centros de drogas porque éstos ya estaban consolidados.

Nuevos tiempos, la biologización de las adicciones: 2010-actualidad

Con la crisis económica que vivió medio mundo y también España, que afectó a partir del año 2007, se dio también un cambio de paradigma en las adicciones y en su tratamiento. Mientras que en las décadas previas eran pocos los psiquiatras a los que les interesaba el tratamiento de las personas drogodependientes y los que se dedicaban al tratamiento tenían los mismos principios biopsicosociales que los psicólogos y los trabajadores sociales que compartían cara al tratamiento, desde el año 2010, aproximadamente, una parte importante de los psiquiatras, mayormente los de corte biologicista, cambiaron de paradigma ante las adicciones, tanto en Estados Unidos como en España. De ser un trastorno mental y del comportamiento empezó a considerarse una enfermedad. Esto viene dado por varios hechos:

1. El peso del consumo de drogas en España en la esfera mundial (muy alto) y ser un país de referencia cuando hablamos de drogas a nivel internacional.
2. El interés del National Institute on Drug Abuse (NIDA) norteamericano por España y por los acuerdos que hay entre ambos países (desde los militares, por las bases que tienen en España, hasta los económicos y culturales), de ahí que España tiene un acuerdo de cooperación con el National Institute on Drug Abuse.
3. La mayor penetración de los laboratorios farmacéuticos en el campo psiquiátrico y la mayor financiación por parte de éstos a las sociedades científica psiquiátricas, jornadas y congresos que faciliten incrementar la venta de sus fármacos, financiar ensayos clínicos multicéntricos con varios psiquiatras participando.
4. El incremento del paro en psiquiatría por la crisis y ver en el campo de las drogodependencias un nuevo nicho de empleo.

Todo ello se ha visto favorecido por la postura del NIDA desde el año 2007, cuando publicó su manual divulgativo *Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la adicción*, del que hay versión en español (NIDA, 2008) y se ha actualizado en 2010 y 2014. Dicho manual afirma que:

... la adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian el cerebro: modifican su estructura y cómo funciona. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de drogas [...] La adicción es parecida a otras enfermedades, como las enfermedades del corazón. Ambas interrumpen el funcionamiento normal y saludable del órgano subyacente, tienen serias consecuencias dañinas, son prevenibles, tratables y, si no se tratan, pueden durar toda la vida (p. 5).

La decisión inicial de consumir drogas es voluntaria, pero cuando se convierte en abuso la capacidad individual para ejercer el autocontrol es sumamente deficiente. Ello lo achacan a los cambios cerebrales que afectan al juicio, toma de decisiones, aprendizaje, memoria y control del comportamiento, que conlleva conductas compulsivas y destructivas que resultan de la adicción. También consideran la existencia de factores de riesgo y de protección para la adicción, reconociendo que no hay un solo factor que determine que alguien se vuelva drogadicto. Además, consideran que los factores genéticos solo contribuyen entre 40% y 60% de la vulnerabilidad a la adicción e indican que, con frecuencia, el abuso de drogas lleva a la aparición de distintos trastornos mentales (la conocida patología dual tan defendida por parte de los psiquiatras españoles).

Las consecuencias de lo anterior han sido claras: mayor potenciación de los tratamientos psiquiátricos, mayor biologización de los trastornos adictivos, la introducción de la comorbilidad (denominada patología dual en España) que facilita medicar a casi todos los adictos, lo precisen o no, la presión psiquiátrica para que se incluyan las adicciones en el Sistema Nacional de Salud, que es el campo que ellos controlan y donde están más seguros. Lo peor, sustituir a los psicólogos que dirigían los centros de drogas por psiquiatras, a los representantes administrativos de los Planes de Drogas Autonómicos de las Comunidades Autónomas (regiones en las que se divide el país) por psiquiatras (cuando al inicio eran casi todos psicólogos), facilitarles a los laboratorios farmacéuticos que penetren más en el campo del tratamiento de las drogodependencias, mayor conflicto de intereses, entre otros.

Tratamientos cognitivo-conductuales utilizados

El inicio, 1975-1984

El comienzo del tratamiento psicológico en los centros de drogas españoles coincide con la aparición de las primeras promociones de psicólogos en España. De ahí que los abordajes terapéuticos en aquel momento eran diversos, tanto los psicoanalíticos, como humanistas, sistémicos, conductuales y eclécticos. En todos ellos destacaba el peso dado a lo social, menos al biológico y la relevancia de los procesos psicológicos para explicar, comprender y tratar la adicción, en aquellos casos específicamente centrados en la heroína, en los centros de drogas. La dependencia del alcohol en las unidades de alcoholismo, dispensarios de alcoholismo o consultas de alcoholismo que se iban potenciando poco a poco en los hospitales públicos y en otros recursos sanitarios. También en aquel momento había un gran número de comunidades terapéuticas, sobre todo de tipo privado y algunas públicas para el tratamiento de los pacientes heroínómanos en régimen de internamiento, aunque no de tipo profesional al principio de la epidemia de la heroína.

En ese momento predominaba el abordaje público del trastorno, principalmente por el problema de la heroína. Los tratamientos suelen realizarse en un equipo terapéutico con un abordaje psicológico, pero se complementa con el médico por las graves secuelas físicas que arrastran los adictos a la heroína, como la necesidad de desintoxicarlos de la sustancia, en muchos casos a nivel hospitalario (Cadafalch & Casas, 1993). Junto a ello, también tiene un gran peso el abordaje social. En ese momento era escaso o inexistente el abordaje psiquiátrico. Aquí los trabajadores sociales tenían un gran peso. Pero cierto es que esta etapa se caracterizó por ser un periodo de aprendizaje, de ensayo y error de gran diversidad terapéutica, lejos de lo que sería el abordaje terapéutico en los siguientes años. El autodidactismo tuvo gran relevancia, se realizaron varios cursos de formación, se tradujeron libros, se buscaban nuevas alternativas terapéuticas; en suma, fue una etapa muy activa de búsqueda y de aprendizaje, de necesidad de saber.

De modo operativo, para ver cómo funcionaban varios de los centros de drogas en España en ese momento y en la actualidad, vamos a seguir un ejemplo de uno de ellos, del de ACLAD en A Coruña. Este centro recibe el nombre de ACLAD por la asociación que lo inspira, la Asociación Ciudadana de Lucha contra la Drogas, fundada en 1979, ante la demanda de tratamiento para drogodependientes,

la falta de dispositivos asistenciales y la necesidad de dar una respuesta social adecuada ante el fenómeno de las drogas. El centro asistencial empezó a funcionar formalmente en 1981. En la actualidad, cuenta con una Unidad Asistencial para el tratamiento ambulatorio; una Unidad de Día, en régimen semi-residencial en la que los pacientes acuden todos o casi todos los días de la semana (de 8 a 15 horas), desde primera hora de la mañana hasta la tarde y duermen en su casa; y una Comunidad Terapéutica en régimen residencial (interno), con 28 plazas. Este es un centro de referencia para una amplia área poblacional porque no todos los centros tienen todos estos dispositivos. En la mayor parte de los casos, los centros de drogas solo tienen la Unidad Asistencial (ambulatoria) y, en ocasiones, complementada con una Unidad de Día.

En este contexto, las técnicas cognitivo-conductuales empiezan a aplicarse, cada vez con más auge y relevancia. Poco a poco, por su eficacia, van logrando un lugar en el campo del tratamiento de las adicciones; sin embargo, también es cierto que aún hay prejuicios contra estas técnicas, no todos las aceptan ni quieren aplicarlas. De ahí que hayan convivido con otros abordajes terapéuticos psicológicos en esa primera etapa.

Consolidación, 1985-2009

A partir de 1985 el tema de las drogas en España tuvo un gran impulso a través de las acciones que puso en práctica el recién creado Plan Nacional sobre Drogas. Poco a poco, el tema de las drogas y su tratamiento, esencialmente centrado en la heroína, fue aposentándose. Esto representó seguir las mejores prácticas realizadas en otros países, mejorar los recursos para el tratamiento, incrementar de modo significativo los centros de tratamiento de drogas por toda la geografía española, hacer más científico y profesional los abordajes con los adictos y, con todo ello, mejorar la calidad de la atención que se les presta. Es cuando aparecieron libros y recopilaciones con lo que se estaba haciendo, con lo que funcionaba, desde el tratamiento psicológico, la reducción de daños y otras intervenciones innovadoras (Becoña, Rodríguez y Salazar, 1994; Casas y Gossop, 1993; Graña, 1994; Ramos, García, Graña y Comas, 1987; O'Hara *et al.*, 1995).

Así, muchos profesionales del campo de las drogodependencias, como distintos investigadores de las universidades, realizaron estancias en centros extranjeros, sobre todo en Reino Unido, Estados Unidos y Canadá. También el modelo italiano de las

comunidades terapéuticas tuvo gran relevancia en esta etapa, junto con la aparición del Proyecto Hombre, dependiente de la iglesia española a imitación del Proyecto Uomo italiano que fue ampliando su cobertura y relevancia que se mantiene hasta nuestros días. Igualmente, destaca la colaboración cada vez más estrecha entre el Plan Nacional sobre Drogas y el NIDA (National Institute on Drug Abuse) norteamericano y otras agencias europeas con el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías que está en Lisboa (Portugal). También es relevante, a partir del surgimiento del Plan Nacional sobre Drogas, la creación en cada comunidad autónoma española de un Plan Autonómico de Drogas propio. De este modo, se proporciona al adicto y a la sociedad recursos para el tratamiento y la prevención de las drogas. Con ello, poco a poco se incluye el alcohol y el tabaco en la prevención y, junto a la heroína, empezaron a aparecer los primeros casos de adictos a la cocaína y al *cannabis* que años después se convertirían en la demanda más importante de tratamiento.

En esta etapa, las técnicas cognitivo-conductuales se consolidaron en el campo de las drogodependencias (Graña, 1994). Y esto se vio reflejado más y más en los servicios que prestaban las comunidades autónomas, junto con el incremento de la investigación sobre los tratamientos, la colaboración con otros profesionales de los centros de drogas, entre otros aspectos.

Se puede afirmar que fue en estos años cuando el campo del tratamiento de las drogodependencias en España se consolidó. Y también, el momento que las técnicas cognitivo-conductuales se convirtieron en las técnicas de elección o en los tratamientos predominantes en los centros de drogas (Becoña, 2016c).

La actualidad, 2010-presente

Desde finales de los años 90 se han elaborado cada vez más protocolos de tratamiento de lo que hay que hacer (NIDA, 2009). Es el preludio a lo que luego serían las guías clínicas o de conocer qué tratamientos psicológicos funcionan (Becoña, 2008). En este sentido, las técnicas cognitivo-conductuales se convierten en referencia. Aparece también el tema de la comorbilidad, que cada vez ha ido tomando mayor relevancia. Al tiempo, hay un importante avance farmacológico, sobre todo al incluirse la comorbilidad como algo normal en drogas. Y más importante aún, el tema de las drogas que era de poco interés y relevancia para el campo psiquiátrico hasta ese momento, pasa a considerarse prioritario, con ello, se empieza a hablar de la adicción como una enfermedad no como un trastorno ni como una conducta aprendida.

En parte, lo anterior se debe, como ya dijimos, a la publicación en el año 2007 del NIDA del manual divulgativo *Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la adicción*. De forma positiva dicho manual considera la adicción como una enfermedad tratable, aunque insiste en su cronicidad y en el proceso de recaída. Es curioso que al hablar de qué tratamiento es eficaz recomiendan la combinación de medicamentos, cuando están disponibles, con terapia conductual. Hay que resaltar que para la mayor parte de las drogas no hay tratamientos farmacológicos eficaces, solo tratamiento psicológico o éste es de primera elección (alcohol, tabaco, cocaína, *cannabis*, entre otros) y cuando hay farmacológico suele ser necesario utilizarlo junto con el tratamiento psicológico para obtener buenos resultados.

En los últimos años, el NIDA se ha decantado claramente por considerar la adicción como una enfermedad crónica del cerebro, caracterizada por la recaída, en un contexto social, con un claro componente genético (o de modo más preciso, una interacción gen-ambiente-estrés), con significativas comorbilidades con otros trastornos físicos y mentales (Volkow & Morales, 2015) y basados muchos de sus datos en la investigación animal. Destaca la afirmación central de este modelo de que el uso persistente de una droga produce cambios a largo plazo en la estructura y función cerebral.

También, entre el año 2010 hasta la actualidad, se consolida el tratamiento de otras adicciones distintas a la heroína. Creados los centros de drogas para tratar a las personas dependientes de la heroína, al día de hoy, las principales demandas de tratamiento son por cocaína y por marihuana, seguido por la heroína. Muchos de los heroinómanos están en programas de mantenimiento con metadona. Las personas con problemas con el alcohol suelen tratarse en las Unidades de Alcoholismo o, en menor medida, en los centros de drogas. Adquiere gran relevancia la comorbilidad y, con ello, la potenciación del tratamiento psiquiátrico y farmacológico. También la insistencia de que estamos ante una enfermedad, en la línea del NIDA, por parte de la psiquiatría, y con los problemas que ello ha acarreado, al intentar que se abandone el modelo biopsicosocial imperante hasta ese momento (Becoña, 2016b, 2018). Con todo, los tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales se han convertido en los predominantes junto a los sistémicos. El modelo psicoanalítico y otros abordajes se han transformado en residuales.

Ha habido un cambio relevante en esta etapa a nivel organizativo. Poco a poco, los psicólogos que ocupaban puestos claves en el tema de las drogodependencias

en otras épocas (Planes Autonómicos de Drogas, dirección de centros de drogas, entre otros) han ido sustuyéndose por psiquiatras. Aquí el peso de la industria farmacéutica, las sociedades psiquiátricas o las sociedades de adicciones, que se han ido poco a poco biologizando más y más, hasta quedar solo las que siguen un modelo psiquiátrico, médico o farmacológico, y desapareciendo las que seguían un modelo biopsicosocial.

Elementos que han favorecido la implantación y desarrollo de las técnicas psicológicas cognitivo-conductuales en adicciones en España

Son varios los elementos que consideramos. También hay otros que han impedido un mayor desarrollo del tratamiento psicológico en las adicciones. Estas las indicamos a continuación.

Plan Nacional sobre Drogas, Planes Autonómicos de Drogas, alto consumo de drogas y la gran demanda de tratamientos

Como ya se dijo, España ha sufrido una importante epidemia de heroína desde los años 70, de cocaína en 1990 y de *cannabis* actualmente (OEDyT, 2018). Ello obligó a crear el Plan Nacional sobre Drogas para coordinar toda una serie de acciones para contener el problema. También se crearon Planes Autonómicos de Drogas para coordinar las distintas acciones, sobre todo de tratamiento, pero también de prevención, incorporación social, investigación y otras (Becoña y Martín, 2004). Era necesario hacerlo. Cuando se puso en marcha el tratamiento psicológico se mostraba como un abordaje útil y eficaz. El uso de un modelo biopsicosocial favoreció este abordaje; se incluía el campo médico, el psicológico y el social. Estamos de acuerdo en que este tipo de abordaje fue un éxito y que con el mismo se consiguió contener el problema, junto con obtener buenos resultados con los tratamientos psicológicos.

Tratamientos psicológicos eficaces ante una alarma social

Como hemos indicado, en España tuvimos una dura epidemia de heroína, comenzando en los años 70 y aflorando con toda su fuerza en la década de los 80 y siguientes (De la Fuente *et al.*, 2006). Esto llevó a que si en 1983 había 170 centros dedicados al tratamiento de heroínómanos, a mediados de 1990 llegaban a 500 centros. Las sobredosis por heroína eran frecuentes (700 a 800 muertes al

año). De ahí la necesidad de intervenir en este grave problema social y hacerlo de modo eficiente.

En este contexto, la psicología se implantó en los centros de drogas y se implantó porque funcionaba, ayudaba a las personas y a sus familias, conseguía reducir el problema de drogas, era bien aceptado, tenía un marco teórico claro y una praxis bien organizada y protocolizada, y más importante, era bien valorada por los gestores públicos porque resolvía un problema social grave. En este contexto, las técnicas cognitivo-conductuales sirvieron, y sirven, para dar ese nivel de calidad que cada vez más se exige a los procedimientos terapéuticos del tipo que sean. La eficacia es un elemento básico de dicha calidad (Becoña, 2008).

Diferencias entre lo público (Sistema Nacional de Salud español) y lo privado (red de drogas)

Un fenómeno curioso que varias personas desconocen es que la red de drogas española, en su mayor parte no es pública. Es decir, no está dentro del sistema sanitario público, conocido como Sistema Nacional de Salud, al menos a nivel administrativo. En cambio, suele estar dentro del sistema sanitario a nivel funcional, debido a que es el Plan Nacional sobre Drogas, que depende del Ministerio de Sanidad y los planes autonómicos que dependen de los responsables de Sanidad de las comunidades autónomas, las que financian 100%, o cerca, los tratamientos que se aplican en dichos centros y demás costes de funcionamiento de esos centros. Y existe buena y fluida coordinación entre el Sistema Nacional de Salud y la red asistencial de drogas.

Esta diferencia también ha exigido más a la red asistencial de drogas, ya que tienen que demostrar que lo que hacen funciona, es eficaz y útil, y lo ha demostrado sistemáticamente. A pesar de que se han hecho intentos de integrar dicha red en el Sistema Nacional de Salud, no se ha hecho en la mayor parte de las comunidades autónomas, con raras excepciones. Actualmente, no hay idea de hacer tal integración, aunque sí hay fuertes presiones para la psiquiatrización de las adicciones, por la errónea concepción de considerar la dependencia de drogas como una enfermedad.

Investigación y calidad de las universidades y del trabajo clínico

Mientras que en los primeros años los profesionales y científicos del campo de las drogas se formaban fuera del país, o de modo autodidacta, en los últimos años esto ha cambiado. Hoy día, tenemos científicos de primer nivel en el campo de las drogodependencias. Los estudios y publicaciones españolas, cada vez más frecuentes en revistas internacionales o en manuales, indican la relevancia del tema en heroína (Martínez y Verdejo, 2016), cocaína (García-Fernández *et al.*, 2013), *cannabis* (González-Ortega *et al.*, 2016), comorbilidad (Pereiro *et al.*, 2013), entre otros. Cabe señalar que en estos últimos años se ha visto una decantación de otros profesionales del campo (psiquiatras, biólogos, neurocientíficos) hacia las investigaciones genéticas, biológicas y farmacológicas, en detrimento de las psicológicas que eran las que predominaban hace unos años.

Lo que sí reflejan las investigaciones realizadas en el campo psicológico, en específico con técnicas cognitivo-conductuales, es un alto nivel de especialización, con técnicas clásicas y también innovadoras y aplicadas a distintos tipos de sustancias, sobre todo a la cocaína y al *cannabis* en los últimos años (Becoña, 2016c).

Sociedades científicas: luces y sombras

Las sociedades científicas españolas relacionadas con las drogas tuvieron una relevancia cuando apareció el fenómeno de las drogas, principalmente la heroína. Fue en torno al año 1970 cuando se crearon varias sociedades científicas. Estas primeras sociedades tenían como principio el modelo biopsicosocial; en ellas participaban profesionales del campo médico, del psicológico y del social. En aquel momento y durante mucho tiempo, eso se vio como normal, habitual, lógico, ya que el abordaje del paciente drogodependiente tenía que ser multidisciplinar.

Con el paso de los años algunas se mantuvieron así hasta principios del año 2000, otras nuevas surgieron ya con un claro sesgo biológico, otras más han desaparecido. A partir de ahí, se han dado varios cambios, como la aparición de nuevas sociedades científicas en adicciones auspiciadas por la industria farmacéutica o potenciadas por ésta o dependientes en su funcionamiento de la financiación de la industria farmacéutica. Y las que mantenían un modelo biopsicosocial han desaparecido o mediante purgas internas han expulsado a los que defendían el modelo biopsicosocial,

abrazado y metafóricamente "santificado" un modelo de enfermedad adictiva (y a abrazar también la financiación interesada y poco ética en muchos casos de los laboratorios farmacéuticos).

Esto ha llevado a un empobrecimiento en el campo de las adicciones en España, a conflictos entre profesionales de distinta formación, a purgas (directas o encubiertas) en dichas sociedades científicas y a una ruptura entre profesionales, antes impensable.

Laboratorios farmacéuticos: conflicto de intereses y algo más

No hay apenas fármacos para el tratamiento de las adicciones. Ninguno eficaz para la deshabituación del alcohol, *cannabis*, cocaína, entre otros. En el caso del tabaco, el tratamiento psicológico es el de elección, aunque existen algunos farmacológicos que pueden ayudar combinado con el psicológico. En el caso del alcohol hay fármacos aversivos, pero por sí solos no logran resultados, como ocurre con otros fármacos que sin el tratamiento psicológico son ineficaces (Becoña, 2011, 2016a). Por ello, queda claro que el tratamiento de la mayor parte de las adicciones tiene que ser de tipo psicológico si queremos obtener buenos resultados a nivel de mejora, abstinencia y calidad de vida.

Pero ha sido con el tema de la comorbilidad (denominado patología dual en España) donde los laboratorios farmacéuticos y algunos psiquiatras de la línea más biológica, han encontrado un filón. Dada la frecuente comorbilidad entre el trastorno por consumo de sustancias y otros trastornos mentales y del comportamiento (ansiedad, depresión), cada vez insisten más en tratar esa comorbilidad con fármacos. Olvidan la eficacia del tratamiento psicológico eficaz que hay también para esa comorbilidad en la mayor parte de los casos, aunque si reconocemos que el valor de la medicación es útil en algunos casos (psicosis, trastorno bipolar, entre otros.).

En este contexto aparecen los laboratorios farmacéuticos insistiendo en ese tema, en la introducción de fármacos específicos para adictos, por su comorbilidad, y en un grupo receptivo para ello, como son los psiquiatras biologicistas. Poco a poco se descubre que en diversos casos hay importantes conflictos de intereses en este tema, falta de ética, sobremedicación (Frances, 2014; Gotzsche, 2014; Whitaker, 2015).

Bloqueo del avance psicológico por parte de la psiquiatría oficial

En la línea de lo anterior, la psicología viene tratando con éxito a varios adictos en España desde hace 40 o 50 años. Al inicio era un tema que no interesaba a casi ningún psiquiatra, sí a médicos que estaban en los centros de drogas y que se especializaron en lo que autodenominan como “médicos de adicciones”, con un modelo biopsicosocial. Pero en los últimos años ha crecido el interés por parte del campo psiquiátrico en las drogas, sobre todo porque con la comorbilidad pueden tratar a casi todo adicto, no de su adicción, pero sí de su comorbilidad. Con ello, han pasado a un reduccionismo al asumir cada vez más el modelo de la adicción como una enfermedad cerebral, sobre todo aquellos que tienen un modelo de psiquiatría biológica o genética.

Esto ha llevado a reescribir por su parte todo lo que conocíamos y estaba bien asentado en drogodependencias. En la práctica, lo que pretenden hacer es pasar de un modelo biopsicosocial, que es el que se utiliza desde hace décadas, a un modelo biológico, dándole peso al cerebro y haciéndonos asumir que estamos ante una enfermedad como cualquier otra. Con el apoyo de otras fuerzas, en especial, de los laboratorios farmacéuticos, pretenden bloquear nuestro avance.

Normativas legales de tipo profesional y su incidencia en la psicología española

En España llevamos varias décadas de cambios vertiginosos. A nivel profesional, uno que ha afectado a los psicólogos en los últimos 20 años ha sido la necesidad de tener títulos oficiales y homologados para poder ejercer la profesión. Con ello, nos equiparamos a los otros títulos exigidos en la Unión Europea. Actualmente, para trabajar en el sistema público de salud o en el privado hay que tener el título de “Psicólogo especialista en psicología clínica”. El resto de psicólogos que quieran trabajar en el campo sanitario, pero privado, el título de “Psicólogo general sanitario”. Esto ha llevado a ciertos cambios y disfunciones. Y estos cambios han llevado a perder parte del peso administrativo que teníamos los psicólogos hace años.

Por los motivos anteriores y otros de diverso tipo, ha ocurrido que los directores de los centros de drogas han ido cambiando, de modo que si hace 20 o 30 años casi todos eran psicólogos, ahora casi todos son psiquiatras y pocos psicólogos. Con ello, también ha cambiado el modelo de intervención terapéutico; por ejemplo,

lo que hemos dicho de la comorbilidad, la cual justifica medicar a casi todos los adictos, no por su adicción, sino por sus problemas asociados y con ello, exigir la presencia predominante del psiquiatra para el tratamiento de las adicciones.

El futuro

Ha sido largo el camino que ha recorrido la psicología clínica en España en el campo de las adicciones en pocas décadas, y es mucho el que todavía le queda por recorrer. Dentro del tratamiento psicológico las técnicas cognitivo-conductuales ocupan un lugar predominante.

Lo que ha permitido implantarse a la psicología en el tratamiento de las drogodependencias en España ha sido la eficacia que sus técnicas de tratamiento tienen en los adictos, antes heroína, luego junto a ella cocaína, *cannabis*, éxtasis, junto con el alcohol y el tabaco. Actualmente, en otras adicciones como el juego patológico o la adicción a los videojuegos. La psicología llegó al campo de las adicciones para quedarse.

La eficacia va unida a la calidad de lo que se hace. Éste es un concepto que se usa mucho últimamente en el campo sanitario y en el campo social. La psicología trabaja con alto nivel de calidad y eso implica eficacia, atención integral al paciente, mejora de su problema y potenciación de su bienestar, así como el de las personas que le rodean.

Se echa en falta vender mejor lo que hacemos. Es lo que McHugh y Barlow (2010) denominan la difusión de los tratamientos. Se lleva años insistiendo en que no solo los tratamientos psicológicos tienen que ser eficaces. La población, el sistema sanitario, los políticos, tienen que conocer que lo son más o igual que otros con los que compiten. Es una tarea pendiente y en la que hay que insistir constantemente. Y también hacerlo.

Por suerte, cada vez más vemos que en las guías clínicas aparecen muchos tratamientos psicológicos como eficaces, la mayoría de los cuales son técnicas cognitivas y conductuales (Becoña, 2008). Esto facilita que otros profesionales conozcan la eficacia de nuestros tratamientos, que el sistema sanitario sepa que lo que hacemos funciona (y también debe ser eficiente) y al sistema social que nuestro trabajo es eficaz, eficiente y útil.

Tampoco podemos bajar la guardia sobre aquellos que quieren ocultar nuestro trabajo. Nos referimos con ello a los intereses ocultos que a veces subyacen a que no se conozca nuestro trabajo en su justa medida. En páginas anteriores hemos indicado algunos de estos intereses ocultos o manifiestos.

Ante la aparición de nuevas sustancias, de nuevos problemas de adicciones o comportamentales (los problemas que producen en algunas personas las nuevas tecnologías), la psicología tiene soluciones para ellos. Esto permite ver el futuro con optimismo porque ocupamos un lugar central en el tratamiento de las drogodependencias y de las adicciones y así seguiremos haciéndolo en el futuro.

Decía De la Fuente *et al.* (2006): “en las últimas décadas España ha sido uno de los países del mundo donde las consecuencias del uso de drogas ilegales han sido más desastrosas para la salud pública y, sin embargo, las evaluaciones de las políticas públicas sobre drogas han sido y siguen siendo muy autocomplacientes” (p. 513). Por desgracia, hoy tenemos que seguir afirmando lo mismo. En todo caso, los psicólogos seguiremos en el lugar que nos corresponde, reivindicándolo para tratar a los adictos y ayudarles a superar su adicción y llevar una vida mejor.

Referencias

- Becoña, E., Rodríguez, A. y Salazar, I. (coords.) (1994). "Introducción". En: *Drogodependencias*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela. **B**
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- _____ (Ed.) (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Martín.
- _____ (Ed.) (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Martín.
- _____ (2016a). "Alcoholismo". En M. A. Vallejo (Coord.), *Manual de terapia de conducta, tomo II* (3ª ed., pp 83-159). Madrid: Dykinson.
- _____ (2016b). La adicción "no" es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 37, 118-125.
- _____ (2016c). *Trastornos adictivos*. Madrid: Síntesis.
- _____ (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema*, 30, 270-275.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Cadafalch, J. y Casas, M. (Eds.) (1993). *El paciente heroinómano en el Hospital General*. Madrid: Plan Nacional de Drogas. **C**
- Casas, M. y Gossop, M. (Eds.) (1993). *Recaída y prevención de la recaída. Tratamiento psicológico en drogodependencias*. Barcelona: CITRAN.
- De la Fuente, L., Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Bravo, M. J., Neira-León, M. y Barrio, G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: Una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 80, 505-520. **D**

- F** Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*. Madrid: Ariel.
- Freixa, F., Masferrer, J. y Sala, L. L. (1986). *Urgencias en drogodependencias*. Madrid: Sandoz.
- G** García-Fernández, G., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Peña-Suárez, E., & Sánchez-Hervás, E. (2013). Contingency management improves outcomes in cocaine dependent outpatients with depressive symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 21, 482-489.
- González-Ortega, I., Echeburúa, E., García-Alocén, A., Vega, P., & González-Pinto, A. (2016). Cognitive behavioral therapy program for cannabis use cessation in first-episode psychosis patients: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 372.
- Gotzsche, P. C. (2014). *Medicamentos que matan y crimen organizado. Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*. Barcelona: Los libros del lince.
- Graña, J. L. (Coord.) (1994). *Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- L** León, J. L. (1990). Evolución de las toxicomanías en las últimas décadas. *Revista Española de Drogodependencias*, 15, 221-237.
- M** Martínez, J. M. y Verdejo, A. (2016). *Drogodependientes con trastorno de personalidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. A review of current efforts. *American Psychologist*, 65, 73-84.
- N** NIDA (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la adicción*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health.
- NIDA (2009). *Principles of drug addiction treatment*. Rockville, MD: Autor

- O'Hara, P. A., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E. C. y Drucker, E. (1995). *La reducción de daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grupo Igia. **O**
- Observatorio Español para las Drogas y las Toxicomanías [OEDyT] (2016). "El consumo de drogas en España 2016". En: *Observatorio español de la droga y las toxicomanías. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- _____ (2017). "El consumo de drogas en España 2017". En: *Observatorio español de la droga y las toxicomanías. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- _____ (2018). *EDADES 2017. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2017*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Europeo de Drogas (OEDT) (2018). *El consumo de drogas en Europa 2018*. Lisboa: Autor.
- Pereiro, C., Pino, C., Flórez, G., Arrojo, M., Becoña, E., & COPSIAD Group (2013). Psychiatric Comorbidity in patients from the Addictive Disorders Assistance Units of Galicia: The COPSIAD Study. *PLoS One*, 18, e66451. **P**
- Ramos, P., García, A., Graña, J. L. y Comas, D. (1987). *Reinserción social y drogodependencias*. Barcelona: Asociación Estudio y Promoción Bienestar Social. **R**
- Volkow, N. D., & Morales, M. (2015). The brain on drugs: From reward to addiction. *Cell*, 162, 712-725. **V**
- Whitaker, R. (2015). *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid: Capitán Spring. **W**

TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN MÉXICO

Es una obra editada y publicada por la Coordinación editorial de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México y por la Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.

Tirada de 1100 ejemplares, que se terminaron de producir en octubre de 2020 en los talleres de Winkilis, Calle 5 de Febrero no. 313, local B, esq. San Juan de Dios Peza, Colonia Obrera, CP 06800, Cuauhtémoc, CDMX. En la composición tipográfica se utilizó la familia Mr Eaves.

El cuidado de la edición estuvo a cargo de

José Jaime Ávila Valdivieso

Contacto:

Librería FES Iztacala: 5623-1203

Biblioteca FISAC: 5545-6388

Distribución gratuita.

CDMX, 2020



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

Fisac
Fundación de
Investigaciones
Sociales

ISBN UNAM: 978-607-30-3492-0



ISBN FISAC: 978-607-8199-06-8

