

UNA PROPUESTA DE ENTRENAMIENTO EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y SU USO PARA LA SOLUCION DE PROBLEMAS DE RELEVANCIA SOCIAL

Psic. Pablo Valderrama Iturbe*

Psic. Fermín Rivero del Pozo*

Dr. Benjamín Domínguez Trejo*

Introducción

En la actualidad se hace patente la necesidad de una mayor intervención del psicólogo en los programas que implementa el sector salud, para incidir en los cada vez más apremiantes problemas de la población en el área de salud pública (6).

Lo anterior conlleva la necesidad -también apremiante- de capacitar más adecuadamente a los psicólogos en las diferentes estrategias de evaluación e intervención de que se dispone, para proponer alternativas de solución acordes a la problemática nacional.

Una de las estrategias de intervención que ha demostrado mayor eficacia en la solución de dichos problemas es la derivada de la tecnología cognitivo-conductual (19).

Es por esto que el presente trabajo se propone demostrar la posibilidad de aplicar la tecnología cognitivo conductual a problemas de relevancia social, así como el dar a conocer una propuesta de entrenamiento para el manejo adecuado de dicha tecnología. Finalmente, haremos unos comentarios breves acerca de la forma en que los autores consideran que el psicólogo debería intervenir en el sector salud.

La problemática nacional y la tecnología cognitivo-conductual

En recientes investigaciones se ha podido comprobar el crecimiento alarmante de una serie de problemas de salud pública que aquejan tanto a las poblaciones infantiles como a adolescentes y adultos.

Por ejemplo, Castro y Valencia (3), investigando el consumo de drogas, encontraron que en una muestra de estudiantes preparatorianos el 8 % fue considerado como usuario alto, porcentaje que es superior a lo encontrado en una investigación de los mismos autores que se realizó en una muestra de estudiantes de toda la República en 1976, ya que en dicho estudio sólo el 5 % fue considerado como usuario alto.

En relación a la inhalación voluntaria de solventes orgánicos de uso industrial, se ha venido observando un incremento "... en los últimos años, principalmente entre niños y adolescentes de 7 a 18 años, pertenecientes a la clase social de más escasos recursos y entre personas jóvenes y adultas expuestas a sus efectos a

causa de sus ocupaciones, hasta constituir un problema de salud pública con características propias" (20). Un caso que ejemplifica lo anterior es la investigación que se realizó en una colonia marginada de la ciudad de Monterrey, en donde se encontró la proporción de un adolescente inhalador por cada 10 estudiados (14).

Otro problema sanitario que ha adquirido proporciones alarmantes es el referente al consumo de alcohol. A falta de estadísticas nacionales exactas en nuestro país, y a manera de ejemplo, nos permitimos reproducir algunos datos encontrados en un estudio realizado en 1975 por la Academia de Ciencias de Nueva York, en el que se observó que de 160 millones de norteamericanos de 14 años de edad, 112 millones tomaban alcohol, y de éstos, 11.5 millones se consideraron con "problemas alcohólicos" y 5.75 millones como probables "alcohólicos" (2).

De igual manera se ha notado un aumento en otras áreas-problema, tales como: depresiones, suicidios, alteraciones en las relaciones interpersonales, stress, problemas asociados a la ansiedad, problemas escolares y maltrato a la niñez, todos ellos enmarcados en una problemática social mayor.

Ante una situación como la anterior, la psicología ha derivado algunas alternativas para evaluar e intervenir en ella; entre las más representativas encontramos las aproximaciones psicoanalíticas (con sus diferentes matices), las conductuales, las ecológicas, las psicofisiológicas, etc.

Una tecnología que ha demostrado su eficiencia de manera inmediata en el tratamiento de algunas áreas problema es la cognitivo-conductual, que se aboca a la modificación de las cogniciones para inducir un cambio en la conducta (10).

Dentro de las áreas en que se ha intervenido podemos mencionar como ejemplo, las siguientes: farmacodependencia (8); rehabilitación en comunidades cautivas (5, 13); conductas antisociales en niños (4); niños impulsivos, institucionalizados y con conductas disruptivas (10, 12, 25); problemas en el salón de clase (24); problemas en la manifestación adecuada de la conducta asertiva (16, 23, 28); reducción de la ansiedad en situaciones sociales (1, 9, 17); así como problemas de depresión (18, 22, 26) entre otros.

Como podemos observar, el campo de aplicación de las terapias cognitivo-conductuales es amplio, lo que les permite contribuir a la solución de la problemática nacional mencionada.

* Facultad de Psicología, UNAM.

Esta situación crea la necesidad de que el psicólogo se encuentre mejor capacitado en el manejo particular de estas técnicas, de manera que le permitan involucrarse en equipos interdisciplinarios para abocarse a dicha tarea.

A continuación presentamos una propuesta instruccional para agilizar el logro de este objetivo.

Propuesta de capacitación en las terapias cognitivo-conductuales.

Mencionaremos brevemente las principales formas de capacitación y/o entrenamiento utilizadas por el profesional para adquirir las habilidades que le permitan un desenvolvimiento inmediato y eficaz, es decir, a la altura de las necesidades.

Estas pueden dividirse básicamente en dos grandes campos dentro de la didáctica. La primera forma, que podríamos identificar como el *método verbalístico o simbólico*, consiste en la exposición por parte del profesional de los elementos teóricos y prácticos que se requiere que aprenda el educando, en la que el lenguaje oral, y a veces el escrito, adquieren una importancia decisiva, pues son los únicos medios para transmitir las habilidades (15).

La segunda forma de enseñanza, muy socorrida actualmente en los centros de capacitación, es la técnica de demostración basada principalmente en los medios audiovisuales, que son un "... instrumento para comprobar la veracidad de afirmaciones verbales, procurando así satisfacer el aforismo 'ver para creer' " (15).

Si la educación tiene como finalidad llevar al individuo a actuar en la realidad de modo que pueda enfrentarse a situaciones nuevas de manera consciente, eficiente y responsable, es obvio que el individuo tiene que aprender de una manera activa, con métodos y procedimientos que lo involucren activamente y que consideren los procesos cognitivos inherentes por medio de los cuales los seres humanos resuelven problemas.

Si tomamos en cuenta esta consideración podremos observar que las formas tradicionales mencionadas, al apoyarse en la acumulación memorística de conocimientos, no han brindado los frutos esperados, por lo que proponemos al psicólogo una forma de entrenamiento que le permita transportar de inmediato las habilidades adquiridas a un plano concreto y práctico.

Esta proposición consiste, esencialmente, en un manual constituido por un conjunto de diagramas de flujo que ilustran los procedimientos a seguir en la evaluación e intervención de problemas (27).

El manual consta de tres secciones, cada una de las cuales contiene la descripción de terapias agrupadas bajo los rubros de: Terapia Cognitiva, Terapia Conductual y Terapia Cognitivo-Conductual. Cabe hacer la aclaración que el manual no describe una guía de rutinas, sino que plantea un seguimiento instruccional que ayude al profesional en la toma de decisiones adecuadas para el cumplimiento de sus objetivos.

A continuación describiremos la técnica propuesta, ilustrándola con un ejemplo tomado de un trabajo de Domínguez, Quiros, Sarmiento y Serrano (1980) en

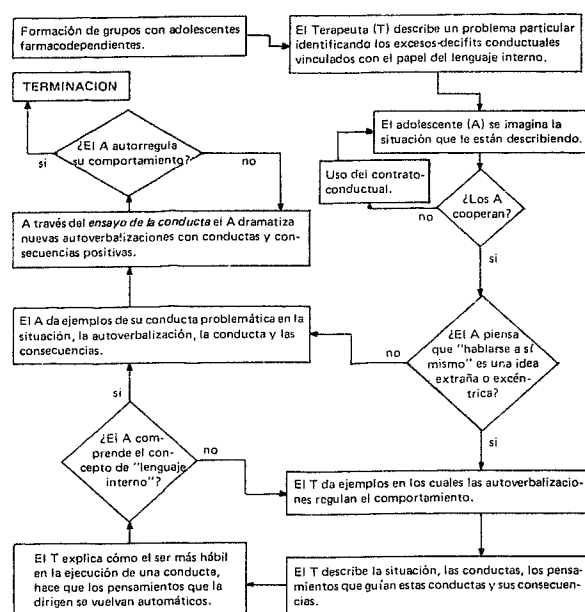
el que aplicaron técnicas cognitivo-conductuales en la rehabilitación de adolescentes con problemas de farmacodependencia.

El objetivo del tratamiento era "... ayudar al adolescente a comprender la importancia de su 'lenguaje interno' y enseñarlo a analizar su conducta desadaptativa en términos del lenguaje interno que la antecede o que ocurre paralelamente a su conducta desadaptada", ya que "... cuando se enseña al adolescente a producir y usar un conjunto alternativo de autoverbalizaciones, la probabilidad de presentar una conducta adaptativa es mucho mayor".

La toma de decisiones de dicha técnica se muestra en el diagrama.

DIAGRAMA 1

Secuencia instruccional de una terapia cognitivo-conductual



Como se puede observar en el diagrama No. 1, no se trata de un mero seguimiento de rutinas para encontrar una solución, pues estaríamos regresando a los métodos memorísticos. Se trata de una guía que auxilie al profesional en la toma de decisiones, reflejando un contenido organizado en secuencia y permitiéndole al educando entender claramente la forma en que se estructura la solución de un problema; así, en el plano práctico tendrá algunos hilos rectores que le impidan perderse, pues sabrá generar las estrategias adecuadas para la solución de dichos problemas.

Diremos entonces que las habilidades a adquirir con esta propuesta didáctica son más prácticas que teóricas, aunque esto no quiere decir que olvidemos la teoría y

nos volvamos técnicos; creemos que es mejor apoyarnos en la teoría misma y, con la guía instruccional que genera habilidades prácticas, buscar mejores formas de intervención.

La intervención del psicólogo en el sector salud

Hay en la actualidad una tendencia acentuada del psicólogo a dedicarse a la práctica privada, impidiéndole, como consecuencia, el poder incidir directamente en la solución de problemas de relevancia social.

Los autores consideramos que debería reorientarse esta tendencia hacia una práctica pública mediante la socialización de su actividad, es decir, que existiera, cuando menos, un psicólogo en cada centro de salud comunitaria para poder tener contacto con poblaciones más amplias y generar mayores beneficios.

Comunmente se considera que las acciones en favor de la salud mental se desenvuelven en tres niveles: en el primer nivel, la meta es prevenir la presentación de casos, función que se realiza con operaciones que tienen esencialmente un carácter educativo; en el segundo nivel, la meta es la identificación temprana y el manejo oportuno de los problemas a fin de impedir su progresión, y en el tercer nivel, la meta es ayudar a compensar estos daños en quienes sufren defectos o han sufrido daños irreparables en su funcionamiento global (7, 21).

Un aspecto importante que debe mencionarse aquí es el papel del psicólogo en el sector salud a partir de los niveles de participación profesional, pues muchas veces han confundido, o en extremo ignorado, las posibilidades de acción y colaboración que éste podría brindar.

De acuerdo a las herramientas que proponemos, consideramos que el psicólogo intervendría en los niveles segundo y tercero, promoviendo una actividad evaluativa y de intervención en los casos en que se encuentre presente el problema.

Cabe aclarar que los niveles de intervención profesional que mencionábamos arriba no son estáticos ni se encuentran desligados; todo lo contrario, los niveles son una unidad dinámica que intenta abarcar todos los niveles del sector salud para que se vinculen las distin-

tas disciplinas y los esfuerzos integrados brinden mejores formas de solución; de igual manera, al tener integradas las formas de acción de las ópticas actuales, éstas y los problemas tendrán que modificarse día a día.

El psicólogo debe ser capaz de intervenir a todos los niveles y generar estrategias que tengan repercusiones claras y definidas, de manera que se pueda ir especificando su campo de acción en relación a las demás disciplinas que participan en el sector salud.

Conclusiones

1. Se hace patente la necesidad de una mayor intervención del psicólogo en los programas que instrumenta el sector salud, así como de que exista, cuando menos, un psicólogo en cada centro de salud para que tenga contacto con poblaciones más amplias a la vez que les brinde mayores beneficios.

2. Es apremiante que el psicólogo se encuentre mejor capacitado en el manejo particular de las técnicas cognitivo-conductuales que le permitan involucrarse en equipos interdisciplinarios para abocarse a dicha tarea.

3. Las formas de entrenamiento y/o capacitación deben permitirle transferir de inmediato las habilidades adquiridas a un plano concreto y práctico.

4. Los autores consideramos que debería reorientarse la práctica del psicólogo, de la práctica privada hacia una forma pública mediante la socialización de su actividad.

5. El psicólogo debe ser capaz de intervenir en todos los niveles del sector salud y generar estrategias que tengan repercusiones claras y definidas.

En resumen, la opción didáctica que proponemos abarca tres aspectos. Por un lado, la ubicación y especificación de los contenidos educativos en un marco eminentemente social, de modo que resalte el alcance de los mismos; por otro lado, el énfasis en la actividad práctica del capacitado en la aplicación de habilidades adquiridas y, por último, la promoción en el campo profesional de la posibilidad de que el psicólogo intervenga en los problemas nacionales.

Agradecemos a Guillermo Solano su asesoría en la elaboración del diagrama.

BIBLIOGRAFIA

1. BARRIOS y cols: The role of self-efficacy in the reduction of heterosocial anxiety: A microanalysis. Trabajo presentado en la *13a. Reunión Anual de la AABT*, San Francisco, Cal., 1979.
2. BLUME S: National patterns of alcohol abuse. En: R. Millman y cols. (eds) *Research Developments in Drug and Alcohol Use. Annals of the New York Academy of Sciences*. 362: 4-15. 1981.
3. CASTRO S M E, VALENCIA C M: Estudio sobre el uso de drogas y problemas asociados en una muestra de estudiantes del Estado de Morelos. *Salud Mental*, 2(3): 2-8, 1979.
4. CLEMENT P W: Training antisocial children in self-control. Trabajo presentado en la *13a. Reunión Anual de la AABT*, San Francisco, Cal., 1979.
5. CRUZ C: El uso de la terapia racional emotiva en el tratamiento de internos de un reclusorio preventivo del Distrito Federal. Trabajo presentado en el *2o. Congreso Mexicano de Psicología*, México, 1979.
6. DE LA FUENTE R: La salud mental en México. *Salud Mental*, 1(1): 4-13, 1977.
7. DE LA FUENTE R: La prevención y la intervención temprana en los desórdenes mentales de los niños en los programas de salud mental. *Salud Mental*, 3(3): 2-5, 1980.
8. DOMINGUEZ B: Técnicas cognitivo-conductuales para la atención de adolescentes farmacodepen-

- dientes. Trabajo presentado en el *3er. Congreso Mexicano de Psicología Clínica*, Guadalajara, Jal., 1980(a).
9. DOMINGUEZ B: Ilustración de una técnica cognitivo-conductual en un caso extremo de angustia ante situaciones de relación heterosexual. Trabajo presentado en el *3er. Congreso Mexicano de Psicología Clínica*, Guadalajara, Jal., 1980(b).
 10. DOMINGUEZ T B: *La enseñanza del autocontrol en niños impulsivos*. Manuscrito inédito, 1981.
 11. DOMINGUEZ B, QUIROS S, SARMIENTO R, SERRANO A: Estudio piloto de un modelo basado en técnicas cognitivo-conductuales para la atención de adolescentes con problemas de farmacodependencia. Trabajo presentado en el *Congreso Nacional de Pediatría*, México, 1980.
 12. DOMINGUEZ B, SARMIENTO R, QUIROS R: La enseñanza del autocontrol a niños institucionalizados basada en técnicas cognitivo-conductuales. Ponencia presentada en el *3er. Congreso Interamericano de Análisis y Modificación del Comportamiento*, Chile, 1981.
 13. GARCIA V, DOMINGUEZ B: Un proyecto de tratamiento basado en la terapia emotivo racional para problemas en comunidades cautivas. Trabajo presentado en el *2o. Congreso Mexicano de Psicología*, México, 1979.
 14. GARZA F DE LA, MENDIOLA R I, RABAGO: Perfil del inhalador. Estudio epidemiológico del uso de inhalantes de una población marginal. *Salud Mental*, 3(4): 4-12, 1980.
 15. GIUSEPPE N I: *Hacia una Didáctica General Dinámica*, Kapelusz, Buenos Aires, 1973.
 16. KAPLAN D: Behavioral, cognitive and behavioral-cognitive approaches to group assertion training. Trabajo presentado en la *13a. Reunión Anual de la AABT*, San Francisco, Cal., 1979.
 17. LUDWIG L D, LAZARUS A A: A cognitive and behavioral approach to the treatment of social inhibition. *Psychotherapy; Theory, Research and Practice*, 9: 204-206, 1972.
 18. McLEAN P: Therapeutic decision-making in the behavior treatment of depression. En: P.O. Davison Ed. *Behavioral Management of Anxiety, Depression and Pain*, Brunner Mazel, Inc. 54-90, Nueva York 1976.
 19. MEICHENBAUM D: *Cognitive-Behavior Modification. An Integrative Approach*. Plenum Press, Nueva York 1977.
 20. Editorial: Acerca de los solventes orgánicos inhalables de uso industrial. *Salud Mental*, 3(4): 1-3, 1980.
 21. PERLUMUTTER F D, VAYDA AM, WOODBURN P K: An instrument for differentiating programs in prevention primary, secondary and tertiary. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46: 533-541, 1976.
 22. REHM L P: A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8: 787, 804, 1977.
 23. RIMM D C, LOXLEY J: Cognitive behavioral assertion training procedures. *The Counseling Psychologist*, 5: 37-41, 1975.
 24. ROBERTS R N, NELSON R O: The effects of self-monitoring on children's classroom behavior. Trabajo presentado en la *13. Reunión Anual de la AABT*, San Francisco, Cal., 1979.
 25. ROBERTSON S J y cols: Self-control and generalization procedures with disruptive retarded. Trabajo presentado en la *13a. Reunión Anual de la AABT*, San Francisco, Cal., 1979.
 26. RUSH A J, BECK A T, KOVACS M, HOLLON S D: Comparative efficacy of cognitive therapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1: 17-36, 1977.
 27. VALDERRAMA I P, RIVERO P F, DOMINGUEZ T B: *Manual de terapias cognitivas, conductuales y cognitivo-conductuales*. Versión Preliminar, Inédito, 1982.
 28. WOLFE J L, FODOR I G: A cognitive-behavioral approach to modifying assertive behavior in women. *The Counseling Psychologist*, 5: 45-52, 1975.