

## **MODALIDADES DE TRATAMIENTO**

### **La práctica de la Terapia Cognitivo Conductual: Una guía para su aplicación**

**César Augusto Carrascoza Venegas**  
**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**  
**UNAM**

Correspondencia:  
Pajaritos 16, Rincón Colonial,  
Calacoaya, Atizapán de Zaragoza, Edo de México  
C. P. 52996  
Tel. 01 55 53 97 81 10  
Cel. 044 55 54 53 42 97  
e-mail: cesarcarrascoza@hotmail.com

Recibido: 09-octubre-2008  
Aceptado: 18-noviembre-2008

#### **Resumen**

En este trabajo se presenta al lector interesado una forma accesible de llevar a la práctica la terapia cognitivo conductual, tanto en relación a aquellos casos en los que se tiene que empezar por identificar y formular el problema (por ejemplo, el usuario se siente mal pero no sabe qué le pasa), como en los que el problema se conoce de antemano (como en el consumo de drogas).

Se proporcionan los fundamentos conceptuales necesarios para poder comprender los tratamientos incluidos, de forma que la aplicación de los mismos sea realmente una forma de terapia cognitivo conductual y no una distorsión de la misma, que llevaría a la obtención de resultados clínicos indeseables.

Se presentan dos modelos de tratamiento, uno de aplicación general a distintos problemas, que guía al terapeuta en la formulación de un caso, así como un segundo modelo para la atención de problemas específicos. Este modelo consiste en una intervención breve dirigida a evitar un problema mayor, ya sea en términos de una dependencia severa o algún problema biológico.

Ambos modelos de tratamiento han sido validados empíricamente y se sustentan en teorías científicas, por lo que su validez, generalidad, efectividad y durabilidad de los efectos producidos han quedado demostradas. Durante el trabajo se dan las características necesarias para su aplicación efectiva.

**Palabras clave:** terapia cognitivo conductual, teoría cognitiva del aprendizaje social, entrevista motivacional, análisis de la conducta, psicología cognitiva.

**Practice of Cognitive Behavioral Therapy:**

## An application guide

### Summary

This paper presents an easy way to practice and use of cognitive behavioral therapy procedures in such cases when psychological problems have not been clearly identified both by patient and therapist (“I do not know what happens to me, I’m feeling so bad”), or those cases when the problem has been already identified (like drugs abuse). Conceptual and methodological foundations of cognitive behavioral therapy are presented here. It is so because they are needed for an adequate understanding and application of the clinical procedures described below.

One general treatment model is presented to guide therapist in a case formulation, and another specific treatment model for attending particular problems. This last constitutes a brief intervention that pretends risk reduction before developing high dependence to the substance, or producing an organic damage.

Treatments offered have been empirically validated and scientifically founded, so their validity, generality, effectiveness, and long lasting outcomes are guaranteed.

**Keywords:** *Cognitive Behavioral Therapy, Social Cognitive Learning Theory, Motivational Interview, Behaviour Analysis, Cognitive Psychology*

### INTRODUCCION

La terapia cognitivo conductual (TCC) goza en el presente de una gran aceptación para el tratamiento de diferentes desordenes psicológicos debido a su gran efectividad y a la permanencia de los cambios obtenidos mediante sus procedimientos clínicos. Un factor vinculado con esta aceptación ha sido el que la TCC se fundamenta en teorías científicas y sus tratamientos han sido validados empíricamente, razón por la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado su empleo, sobre todo en el campo de las adicciones <sup>1</sup>.

Los orígenes de la TCC se remontan varias fuentes: a) *el Análisis de la Conducta* (tanto el condicionamiento clásico como el operante), b) la *Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social* (el aprendizaje observacional, el contexto social, así como el papel de los procesos cognitivos en la determinación de la conducta), c) la *Teoría Cognitiva* (pensamientos irracionales que influyen los sentimientos y median la vinculación entre los eventos activadores y la conducta), y d) la *Entrevista Motivacional* (orientada a motivar a la persona al cambio mediante el ingreso al tratamiento).

En el presente trabajo se mencionan de manera breve, en primer lugar, esos antecedentes de forma que permitan la comprensión del enfoque cognitivo conductual, ya que el propósito fundamental consiste en que el terapeuta interesado pueda emplear fácilmente los procedimientos clínicos para el tratamiento de problemas de diversa índole, entre ellos los relacionados con el consumo de drogas. Para ello se describen las principales características de la TCC en el tratamiento de los problemas psicológicos. Los problemas psicológicos, sin embargo, no siempre están plenamente identificados por los usuarios por ejemplo, a veces pueden no saber qué les sucede (sólo reportan que se sienten muy mal), por lo que es necesario comenzar por la identificación y formulación del caso por parte del terapeuta. La descripción de un modelo general para abordar estas situaciones problema constituye el segundo punto de este trabajo.

En tercer término, se expondrá un modelo de *intervención breve* que permitirá abordar problemas específicos, como el tratamiento de las adicciones. Las *intervenciones breves* han mostrado su efectividad en los cambios conductuales y la permanencia de los mismos, sobre todo en el tratamiento de las adicciones; tienen como finalidad la

reducción del daño, entendido como la prevención de problemas orgánicos severos, así como el desarrollo de niveles agudos de dependencia. Las intervenciones breves constan de un número pequeño de sesiones (generalmente 6 a 8 sesiones), aunque variable<sup>2</sup>.

## I. ANTECEDENTES

*Análisis de la Conducta.* Las aproximaciones conductuales al tratamiento de diversos problemas psicológicos, entre ellos el abuso de sustancias, se sustentan en una gran cantidad de evidencia de investigación, que muestran una gran efectividad y durabilidad de los resultados<sup>3-5</sup>. Esta aproximación considera que el abuso de sustancias y otros problemas se explican de manera objetiva mediante los principios del aprendizaje respondiente y operante en interacción.

Lawton<sup>5</sup> lo explica de la siguiente manera. Los apareamientos sucesivos entre las señales emocionales, ambientales y subjetivas asociadas al uso de sustancias y a los efectos fisiológicos y fenomenológicos producidos por ésta, produce una respuesta condicionada pavloviana, de forma que cuando se presentan las señales, el consumidor presenta síndrome de abstinencia condicionado, o de regosto (*craving*).

De manera paralela, el consumo de sustancias en presencia de las señales condicionadas de manera pavloviana es una forma de reducir o eliminar el malestar producido por un estado de regosto, reforzando de esta forma la conducta de consumir la sustancia, por lo que esta conducta funciona como una recompensa para el individuo.

*Teoría Cognitiva.* Por su parte, este enfoque, que fue desarrollado originalmente por A. T. Beck<sup>6</sup> y A. Ellis<sup>7</sup> para el tratamiento de la depresión, se utiliza actualmente para el abordaje de diferentes desórdenes psicológicos, entre ellos el consumo excesivo de sustancias tóxicas.

La teoría asume que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a procesos de pensamiento erróneos. Esta concepción considera a los eventos antecedentes, a las cogniciones y a la conducta de manera interactiva y dinámica. Cada uno de ellos es capaz de afectar a los otros, aunque el principal énfasis se ubica en los procesos cognoscitivos. La manera en que actuamos y sentimos resulta afectada por nuestras creencias, actitudes, percepciones, atribuciones y esquemas cognitivos<sup>5</sup>. Así, en la medida en que nuestros procesos de pensamiento son erróneos, nuestras respuestas emocionales y conductuales serán problemáticas, por lo que el cambio en el pensamiento de la persona lleva al cambio en la manera en que la gente siente y se comporta.

Dado que los problemas psicológicos, entre ellos el abuso de sustancias, se debe a pensamientos erróneos, la terapia se dirige fundamentalmente a su modificación. Se llama 'reestructuración cognitiva' al proceso de cambio de los patrones de pensamiento distorsionados y su sustitución por ideas racionales.

*Teoría del aprendizaje social.* Esta teoría atribuye un papel muy importante a la interacción entre los factores cognitivos, sociales y conductuales en la adquisición, mantenimiento y tratamiento de los problemas psicológicos en general.

La teoría del aprendizaje cognitivo social<sup>8</sup>, postula que los factores cognitivos median todas las interacciones entre las demandas situacionales del individuo y sus intentos para afrontarlas de manera efectiva. El concepto 'determinismo recíproco' es la piedra angular de esta teoría. Por tal se entiende que los procesos cognitivos, los factores sociales, así como la conducta de la persona se encuentran en una interacción dinámica y cambiante por lo que, siendo todos ellos importantes, su jerarquía está en constante cambio en la determinación de lo que la persona realizará en un cierto momento. En esta teoría se considera de manera importante la naturaleza *proactiva* de la persona (es decir,

su capacidad para anticiparse a los hechos, planear su conducta, tomar decisiones), por lo que en la TCC juega un papel activo en el tratamiento del abuso de sustancias, en el establecimiento de las metas de ese tratamiento, así como en su responsabilidad ante el proceso de cambio. La teoría cognitivo social del aprendizaje constituye la base para una mejor comprensión y tratamiento del abuso de sustancias. Para ello, un gran número de procesos cognitivos se incorporan en la teoría, entre ellos, las *atribuciones*, la *evaluación*, la *autoeficacia*, así como las *expectativas* relacionadas al consumo de la sustancia.

Debe también mencionarse que este enfoque considera el consumo de sustancias por parte de una persona como algo que es aprendido socialmente y que puede tener una función específica, como la pertenencia a un grupo, la resolución de un problema, o la aceptación social. Gran parte de las celebraciones y ritos de diversas culturas se llevan a cabo de manera conjunta con el uso de diferentes sustancias. Por ello, la persona se encuentra expuesta a una serie de situaciones de riesgo (aprendizaje vicario acerca del consumo de drogas), las que potencian el consumo de las mismas. El conocimiento del contexto social es fundamental para el tratamiento del consumo de drogas, pues es necesario identificar el papel que las drogas juegan en el mismo y la función que desempeñan en la vida de la persona.

Al igual que la teoría del aprendizaje social, la TCC considera que el abuso de sustancias es una forma inadecuada de afrontar una situación problemática en la vida de la persona, por lo que la tarea consistirá en el aprendizaje de habilidades de afrontamiento adecuadas, entendiendo por tales aquellas que no afecten de manera negativa la salud, la vida familiar o social de la persona y resulten efectivas ante las demandas sociales.

### *Entrevista motivacional*

La entrevista motivacional (EM) es uno de los principales recursos terapéuticos usados en la TCC y tiene como finalidad motivar a la persona a cambiar mediante su participación activa en el tratamiento. Inicialmente formulada por W. Miller<sup>9</sup>, la EM se sustenta conceptualmente en diversos campos, entre los principales se encuentran la terapia centrada en el cliente, la terapia cognitiva, la psicología de la persuasión, la fenomenología, etc. Su campo de aplicación abarca una gran gama de problemas y su utilidad ha sido ampliamente demostrada en el área de las adicciones.

En concordancia con la teoría del aprendizaje social y con la TCC, la EM considera a la persona de manera proactiva, por lo que tiene toda la capacidad para tomar decisiones, estableciendo metas y elaborando planes de acción.

El terapeuta cognitivo conductual asume también un papel también proactivo, teniendo claro cuál es el objetivo del tratamiento e interviniendo en el momento indicado. Las características que debe poseer son las que generen una motivación para el cambio, fundamentalmente, empatía, calidez y autenticidad. Aunque las tres son importantes, sobresale la empatía, definida en este contexto como una actitud de escucha que clarifique y amplíe la experiencia y el significado que le atribuye la persona a sus acciones, sin que el terapeuta imponga sus propias interpretaciones.

Siendo su propósito la motivación para el cambio, la EM resulta particularmente pertinente sobre todo con las personas poco motivadas o que presentan negación y resistencia. Para cumplir ese propósito, el terapeuta debe reunir una serie de características, principalmente, expresar empatía, respetar y aceptar a la persona y sus sentimientos, no enjuiciarla ni denigrarla, generar una disonancia cognoscitiva entre la conducta problema y las metas y valores de la persona, evadir la confrontación directa,

promover la autoeficacia centrándose en las fortalezas de la persona para apoyar su decisión de cambio, entre otras.

Las siguientes son algunas estrategias útiles para aplicar en la entrevista motivacional a lo largo del tratamiento: formular preguntas abiertas (que no puedan contestarse con un sí o no, o con una sola palabra), escuchar reflexivamente (parafrasear lo que la persona ha dicho), resumir periódicamente durante la sesión, apoyar los comentarios acerca de las fortalezas de la persona y elicitación de autoafirmaciones motivacionales formuladas por el mismo usuario sobre sus compromisos e intenciones.

### *Formulación de un caso desde la terapia cognitivo conductual*

Como señalan Persons, J. y Davidson, J.<sup>10</sup>, la formulación de un caso es una teoría de un caso particular. En el caso de la TCC, la formulación de un caso es una teoría individualizada (ideográfica) basada en una teoría nomotética (general) cognitivo conductual.

Los autores citados proponen una manera general de formulación de un caso desde la perspectiva de la TCC, útil para la adaptación y solución de una gran gama de problemas psicológicos, partiendo de la especificación de tres niveles, que se describen a continuación.

*I Fase inicial del tratamiento.* En la fase inicial del tratamiento, el terapeuta elabora una *conceptualización del caso* en un sentido amplio, con la finalidad de explicar las relaciones entre los problemas del usuario. Esto permite que el terapeuta identifique aquellos que puedan tener un papel causal en la ocurrencia de otros aspectos de su vida (por ejemplo, la relación que puede darse entre una autoestima baja y el consumo de drogas).

*II. Plan de tratamiento.* La conceptualización del caso le permite al terapeuta seleccionar los tratamientos pertinentes, así como *elaborar el plan de tratamiento* para el síndrome o problema, el cual depende de la formulación del mismo. Un ejemplo es el siguiente. Una persona puede presentar estados emocionales desagradables e intensos. Puede deberse a problemas de pareja o al consumo de algún tipo de sustancia tóxica. Una o las dos formulaciones pueden ser la explicación del problema. La formulación del caso dará lugar a algún tratamiento específico.

*III. La conceptualización a nivel de la situación* constituye en sí una formulación mínima e inicial de las reacciones del paciente en una situación particular, la cual guía las intervenciones del terapeuta en esa situación. Por ejemplo, una persona puede pedir ayuda por que no puede controlar su consumo de alcohol. El terapeuta puede pedirle al usuario que realice un auto-registro de las circunstancias en las que se da ese abuso. Habrá de identificar tanto las situaciones externas (físicas, sociales) como las internas (sentimientos, pensamientos, emociones) en las que se da el consumo, así como las consecuencias inmediatas (desinhibición, relajamiento), para dirigir el entrenamiento en habilidades de afrontamiento a esas situaciones de riesgo.

## **II. COMPONENTES DE LA FORMULACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL DE UN CASO**

La formulación y conceptualización de un caso es una de las habilidades más importantes del terapeuta. Mediante la conceptualización del mismo, el terapeuta está en posibilidades de desarrollar una hipótesis de trabajo acerca de los problemas de la persona, para que puedan ser entendidos en términos del modelo cognitivo conductual<sup>11</sup>.

De acuerdo a este esquema, los problemas psicológicos se dan en dos dimensiones: una externa y observable (conductual) y otra a partir de mecanismos psicológicos subyacentes (cognitiva). La primera constituye el motivo de la queja expresada por el usuario. Algunos autores <sup>11, 10</sup> señalan que los hechos como el consumo excesivo de comida o alguna sustancia, la depresión, o los conflictos de pareja se pueden describir en términos de creencias, conductas y emociones. La manera en que estos problemas se manifiestan en estas dimensiones son indicadores de la disfuncionalidad del mecanismo subyacente; es decir, el déficit psicológico que subyace y causa las dificultades manifiestas. Los mecanismos subyacentes pueden causar los problemas manifiestos, pero estos también pueden sustentar a los primeros. Por ejemplo, la persona que consume algún tipo de sustancia puede volverse aislada socialmente, limitando sus interacciones con los demás. Este aislamiento social (problema manifiesto) retroalimenta la posible creencia del usuario de ser indeseable a los demás y esto es así debido a su consumo de drogas. La identificación tanto de los mecanismos subyacentes como de las condiciones externas en que se da el problema manifestado por la persona se pueden identificar y abordar a partir de la formulación y conceptualización cognitivo conductual de un caso clínico.

La formulación de un caso es importante porque apoya al terapeuta en el proceso de tratamiento y lo guía en la planeación del mismo, así como en la intervención. De esta manera, la terapia debe dirigirse hacia el logro de las metas de tratamiento, optimizar las fortalezas y ventajas de la persona, así como derivarse claramente de la hipótesis de trabajo. Para ello, desde la TCC, es recomendable iniciar el tratamiento investigando en el área emocional, conductual y cognitiva. Como señalan Persons, J. y Davidson, J. <sup>10</sup>, una lista de problemas clara lleva a una lista de metas clara. De manera complementaria, la formulación del caso permite que el terapeuta mantenga en claro el objetivo del tratamiento, aun cuando esté trabajando con varios aspectos de la vida de la persona a la vez, pensando en la terapia como una estrategia para superar la problemática descrita en la hipótesis de trabajo. Por otra parte, la formulación del caso propicia que el usuario juegue un papel activo y colaborativo en el proceso de tratamiento y en la elección de metas. En este proceso de construcción de la conceptualización compartida acerca del problema de la persona, resulta de fundamental trascendencia apoyarse en la *Entrevista Motivacional* <sup>9</sup>, cuyas principales características fueron mencionadas previamente.

### ***Modelo general para la formulación de casos***

Existen diversos modelos de tratamiento cognitivo conductuales para una gran variedad de problemas psicológicos <sup>12-15</sup>. El formato a proponer para la formulación de un caso desde la TCC se basa en el modelo propuesto por Persons, J. Davidson, J. <sup>10</sup>. Se ofrece debido a su sencillez y objetividad. Está compuesto de cinco elementos: lista de problemas, diagnóstico, hipótesis de trabajo, fortalezas y ventajas, y plan de tratamiento.

*Lista de problemas.* La persona que asiste a terapia puede no saber claramente cuál es su problema (por ejemplo, 'me siento mal', 'no se que me pasa'), o puede pensar que su problema es uno (desgano) y no otro, (algún consumo de tranquilizantes), o bien puede tratar de enmascarar alguno (como el consumo de sustancias), reportando otro como importante. El terapeuta ha de explorar a profundidad cada uno de los siguientes componentes que constituyen la queja de la persona: emocional, conductual y cognitivo. Con la finalidad de identificar y definir el o los problemas psicológicos relevantes del usuario, es necesario complementar el listado de dificultades de la persona que solicita ayuda en los ámbitos siguientes: interpersonal, ocupacional, médico, financiero, familiar

y social. Un listado exhaustivo ayuda al terapeuta en la investigación de relaciones causales para la formulación de hipótesis de trabajo que describa la relación entre los problemas, tratando de no dejar de lado alguno que pueda ser relevante. Además, la formulación le permite al terapeuta mantener un objetivo claro mientras trabaja con varios.

*Diagnóstico.* Aunque no forma parte de la TCC en sentido estricto, la elaboración del diagnóstico puede llevar a la formulación de una hipótesis inicial. Adicionalmente, el diagnóstico puede ayudar a obtener información acerca de las intervenciones de tratamiento exitosas. La elaboración del diagnóstico puede basarse inclusive en el DSM - IV (por ejemplo, se pueden emplear los criterios que permiten diagnosticar el abuso y dependencia de sustancias adictivas). Un diagnóstico basado en el DSM - IV permite saber si los síntomas se agrupan en un cierto síndrome reconocible (por ejemplo, la dependencia de sustancias adictivas), al cual tiene que enfrentarse el terapeuta para entender el problema de la persona. Posteriormente, el terapeuta intentará obtener información acerca de los pensamientos específicos de la persona acerca de su problema, sus respuestas emocionales y conductuales y las consecuencias antecedentes y consecuentes de estas respuestas.

*Hipótesis de trabajo.* La persona que solicita ayuda lo puede hacer pensando que su aislamiento social se debe a su timidez; sin embargo, el análisis de su caso de manera conjunta con el terapeuta puede clarificar que es el consumo de alguna droga lo que lo orilla a ese aislamiento. Este ejemplo muestra que la percepción de la persona acerca de sus problemas puede ser errónea, por lo que el análisis debe permitir la identificación de las relaciones entre los mismos para formulación de una hipótesis de trabajo adecuada. La conceptualización del caso es básicamente una hipótesis de trabajo, acerca de cómo entender los problemas. El proceso de conceptualización de un caso implica entender las circunstancias por las que está pasando a la persona, lo mismo que desarrollar un plan para resolverlas. La conceptualización de un caso es un proceso colaborativo y compartido entre el terapeuta y la persona. Desde la TCC, se asume que el proceso terapéutico es una relación entre dos expertos, uno en su propio problema, y otro en las estrategias para solucionarlo; por ello, el terapeuta cognitivo conductual debe presentarle al usuario la conceptualización del caso como una hipótesis y proporcionarle la posibilidad de hacer sus propias propuestas y el análisis de las mismas. En este proceso, la *Entrevista Motivacional* es una herramienta que resulta de gran ayuda. Por su parte, el *Análisis de la Conducta* ofrece alternativas de utilidad a la TCC en la formulación de hipótesis. Esta aproximación funcional y analítica considera que las conductas psicopatológicas desempeñan una función en la vida de la persona, por lo que son causadas y controladas por las contingencias ambientales. El terapeuta cognitivo conductual intenta comprender las funciones y las causas del problema obteniendo información acerca de los antecedentes y consecuencias ambientales. El *análisis funcional* permite obtener información para la formulación de hipótesis de trabajo que incluyen factores tanto cognitivos (pensamientos, sentimientos, etc.) como conductuales (consumir drogas).

*Fortalezas y ventajas.* Entre estas pueden incluirse las habilidades sociales, el trabajo en equipo, las redes de apoyo, los recursos financieros, un estilo de vida estable, etc. La información acerca de estas fortalezas y ventajas puede apoyar al terapeuta en la elaboración de la hipótesis de trabajo, además de apoyarse en ellas para la elaboración de un plan de tratamiento. Por ejemplo, los intentos previos por dejar de beber alcohol, el tiempo que ha logrado hacerlo en cada ocasión, el apoyo que la familia, la pareja, la empresa en que labora le puede brindar a la persona, etc., son evidencias de fortalezas

tanto personales como familiares o sociales con las que cuenta, a partir de las cuales puede elaborarse un plan de trabajo para la solución del problema.

*Plan de tratamiento.* Se diseña a partir de la formulación de la lista de problemas y de la hipótesis de trabajo. Por ejemplo, si el terapeuta piensa que el consumo excesivo de alguna droga se debe a problemas de asertividad, el aprendizaje de estas habilidades se incluirá dentro del plan de tratamiento, el cual comprende los siguientes componentes: a) metas, b) modalidad (individual o de grupo), c) frecuencia (periodicidad de las sesiones), d) intervenciones (explicar el tipo de intervención a realizar), e) terapias complementarias (si es el caso, por ejemplo, un problema de adicción puede ir asociado a un problema de pareja y, por tanto, puede ser necesario apoyarse en una terapia apropiada), y f) obstáculos posibles. A continuación se abunda la explicación de los principales componentes.

Las *metas* del tratamiento se derivan de la lista de problemas, puesto que son éstos los que hay que resolver. Sin embargo, problemas y metas no son lo mismo. Sobre todo al inicio de la terapia, no necesariamente habrá coincidencia entre usuario y terapeuta acerca de en qué consiste el problema. Ambos deben trabajar al respecto hasta que se dé un acuerdo. Además, puede suceder que el usuario quiera resolver un problema y no otros relacionados. En este sentido, también debe aceptarse el hecho de que la persona que ha pasado por un tratamiento cognitivo conductual pueda desarrollar la habilidad para resolver por sí misma algún otro (por ejemplo, una vez que ha terminado el tratamiento para controlar su consumo excesivo, podría intentar diseñar su tratamiento para el control de peso). Cuestión muy importante vinculada a la especificación de las metas de tratamiento la constituye el tema de la evaluación o medición de los cambios graduales logrados en relación al cumplimiento de la meta, así como la medición del alcance de la meta final. Existe una gran cantidad de instrumentos validados en relación a problemas psicológicos específicos. Otras evaluaciones pueden hacerse por medio de auto reportes o mediante el auto monitoreo de categorías conductuales, emocionales y cognoscitivas definidas previamente y que pueden ser evaluadas por la propia persona cuando ocurren (por ejemplo, cuando el consumo excesivo de alcohol ocurre, cuál era la situación en que se encontraba la persona, como se sentía, qué pensamientos tenía; además de registrar la cantidad consumida, el número de veces a la semana, etc.). Los *obstáculos* se refieren situaciones de riesgo posiblemente no consideradas de antemano, así como a las dificultades que pueden surgir durante la relación terapéutica o después de la misma, que pueden interferir con el logro de la meta y llevar a la ocurrencia de recaídas. Una situación de pareja, económica o laboral inestable y difícil durante el tratamiento o una recaída en el consumo de alguna droga después del mismo son muestra de los posibles obstáculos que pueden interferir con la terapia o con el logro de las metas. Su identificación es pues necesaria lo más pronto posible, con la finalidad de que el terapeuta y el usuario pueden hacerles frente de manera eficaz.

### ***Ilustración de la formulación cognitivo conductual de un caso***

De manera muy esquemática y breve se ofrece la formulación de un caso con todos sus componentes. Evidentemente, se hace la presentación con una finalidad didáctica, por lo que simplifica la información y el proceso total, en comparación con lo que se puede encontrar en un caso de la vida real. La persona asiste a terapia quejándose de que su matrimonio está a punto de naufragar. La esposa amenaza con el divorcio, tiene problemas de dinero y en el trabajo están por despedirlo. No sabe qué hacer, se siente terriblemente mal y por ello solicita ayuda. Mediante la *entrevista motivacional* el terapeuta inicia el tratamiento explorando el área emocional, cognitiva y conductual para la formulación de la ***lista de problemas***. En este caso, la persona emocionalmente

se encuentra deprimida o muy cerca de ello (esto puede evaluarse mediante algún instrumento adecuado). A nivel cognitivo sabe que tiene que hacer algo al respecto, aunque no precisamente qué, aparte de pedir ayuda profesional. En el plano conductual reporta conflictos en varias áreas de su vida, que lo hacen sentirse amenazado. La exploración de otros aspectos de su vida muestra que la persona intenta evadirse momentáneamente de sus tribulaciones saliendo frecuentemente con sus amigos a bares o lugares de diversión para relajarse y olvidarse un poco de su situación. Es frecuente que beba lo suficiente como para no recordar al día siguiente cómo llegó a casa, y que estando sufriendo las consecuencias del desvelo no acuda a trabajar y, además, que su pareja lo confronte por los problemas de dinero y lo violento que se pone cuando está bebido. Con esta información el terapeuta empieza a adelantar una posible hipótesis de trabajo que permite suponer que el consumo excesivo de alcohol está vinculado con los demás problemas reportados, y que en lugar de ser un medio de evasión es la fuente de los mismos. Por ello, el paso siguiente consiste en realizar un **diagnóstico** de la situación general, tanto del estado físico de la persona, como del posible desarrollo de una adicción.

La exploración médica comprende desde la detección de posibles sangrados, úlceras o gastritis, hasta el estado físico del hígado del usuario, entre otras posibles revisiones. De manera complementaria, para investigar la posibilidad de haber desarrollado una dependencia media o severa al alcohol se puede aplicar una variedad de instrumentos, que van desde el BEDA (Breve Escala de Dependencia al Alcohol), o también el análisis de los criterios del DSM – IV que permite diagnosticar el abuso y dependencia de sustancias adictivas. Siguiendo con el apoyo de la *entrevista motivacional* el terapeuta analiza los problemas de la persona para desarrollar conjuntamente un plan de tratamiento. De este proceso colaborativo se deriva la formulación de la **hipótesis de trabajo**; es decir, la relación que existe entre el consumo excesivo de alcohol y los demás problemas del usuario. El objetivo del terapeuta se dirige a que el usuario gradualmente modifique la percepción causal de la situación y tome las decisiones pertinentes para solucionar su problema. En este caso, el modelo cognitivo conductual señala que la hipótesis puede probarse mediante la elaboración del *análisis funcional* de la conducta de beber en exceso. Es decir, la identificación de las *condiciones antecedentes externas* (invitación de los amigos, entrar al bar, etc.) e *internas* (pensamientos acerca de relajarse, divertirse con los amigos, olvidar el problema, etc.), asociadas al consumo de la bebida, así como las *consecuencias* de beber, tales como llegar a casa y tener problemas de pareja, no poder hacer frente a los problemas de dinero y laborales, tener que reportarse enfermo y pedir permiso para faltar. Los dos recursos que el terapeuta ha estado empleando hasta el momento, la entrevista motivacional y el análisis funcional, también permiten identificar las *fortalezas y ventajas* de la persona. Por ejemplo, las habilidades sociales de que dispone, el grado de deterioro de sus redes de apoyo, cuál puede ser la disposición de la pareja y/o de los hijos para apoyarlo en el tratamiento, la necesidad de cambiar el estilo de vida del usuario, etc. Estas fortalezas y ventajas pueden integrarse a la formulación de la hipótesis y del plan de tratamiento.

**El plan de tratamiento** comprende la *definición de las metas* entre el usuario y el terapeuta. Por ejemplo, en relación al consumo excesivo de alcohol, las metas pueden ser la abstinencia o la moderación. Las siguientes son los criterios posibles de elección de meta. En primer lugar, se analiza con la persona la pertinencia de cada meta. Puede ser que el usuario desee continuar bebiendo, aprendiendo a hacerlo de manera moderada, sin embargo, si tiene problemas de cirrosis o hipertensión o alguna otra alteración que ponga en riesgo su vida o su salud en general, la moderación no puede

ser la meta. En segundo lugar, en el caso de drogas ilegales, la abstinencia será la meta ya que no sólo hay riesgos sobre la salud o la vida familiar o laboral, sino que su consumo infringe la ley, por lo que se debe suspender de manera definitiva el mismo. Tercero, si la persona no ha desarrollado dependencia y aun no presenta consecuencias orgánicas, y si su problema se da a partir de consumos explosivos en los que pierde el control; en este caso el entrenamiento en moderación es una opción a elegir. **La evaluación del logro de la meta** debe hacerse de manera objetiva. En el caso de haber elegido la moderación, se especifica un criterio menor o que no exceda el sugerido por diversas investigaciones<sup>16</sup>: en el caso de los varones, cuatro copas estándar por ocasión, dejando pasar una hora entre cada copa, y no más de tres días a la semana. En el caso de las mujeres, el criterio de moderación es de tres tragos estándar por ocasión y no más de tres días a la semana, también comprendiendo una hora entre copa y copa. Una cerveza de lata (341 ml.), una copa de vino de mesa (142 ml.), o una copa de destilado (43 ml. de tequila, whiskey, ron, etc.) constituyen un trago estándar. También se considera como trago estándar en términos del contenido estándar de etanol (CCE): media onza de etanol puro<sup>16</sup>. Mediante el llenado de un formato de auto-registro, la persona reporta las situaciones internas y externas (cognitivas, sociales, emocionales) en las cuales consume, si lo hace socialmente o aislado, si es en lugares públicos o cerrados, así como la cantidad y la frecuencia de consumo. Este auto-registro proporciona una medición objetiva del proceso de cambio de la persona y permite continuar con los planes de acción o modificarlos en alguna dirección. Tanto si la meta elegida es la moderación o la abstinencia, como parte de proceso de evaluación se hace el seguimiento del cumplimiento de la misma a los 3, 6 y 12 meses. Se hacen también otras mediciones de diversos aspectos de la vida del usuario que pueden resultar modificados de manera concomitante al cambio en la forma de consumir. Entre ellos el patrón de consumo de las personas, la auto-percepción de mejoría, el nivel de autoeficacia y la satisfacción con su calidad de vida<sup>17</sup>. Asimismo, se sugiere evaluar otras áreas para determinar el impacto del tratamiento, entre ellas: laboral, afectiva, cognitiva, interpersonal, agresión, legal y financiera

### **III. MODELO DE INTERVENCIÓN BREVE**

Esta intervención es una terapia cognitivo conductual individualizada para consumidores excesivos de alcohol y otras drogas, denominado “Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.” Este modelo fue validado empíricamente en México<sup>18</sup>, y aquí se resumen brevemente las sesiones de tratamiento con propósitos ilustrativos de las características de la TCC. Más adelante se indica como acceder al tratamiento completo y los instrumentos que se mencionan. Se han desarrollado y validado con población mexicana otros modelos de tratamiento con diferentes drogas y en diferentes poblaciones. Ellos son: “Tratamiento Breve para usuarios de cocaína”<sup>19</sup>, Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas<sup>20</sup>, “Programa de intervención breve motivacional para fumadores”<sup>21</sup> Estos programas están dirigidos a poblaciones con dependencia baja o media; es decir, las intervenciones breves, como se dijo antes, tienen como finalidad evitar que los usuarios desarrollen una dependencia severa y prevenir algún tipo de daño orgánico grave. Las intervenciones breves en enmarcan en el contexto de la reducción de daño, por lo que la meta del tratamiento puede ser la moderación o la abstinencia. Otro programa dirigido a los consumidores crónicos con dependencia alta o severa y que, incluso, pueden ya presentar daños biológicos es el “Programa de satisfactores cotidianos con dependencia a sustancias adictivas”<sup>22</sup>. Este tratamiento también ha sido validado empíricamente en la población mexicana.

Todos estos programas de tratamiento están disponibles (excepto el de tratamiento de tabaquismo, que está en prensa) en la siguiente dirección electrónica:

[www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), por lo que los terapeutas interesados en su conocimiento y aplicación pueden acceder directamente por esa vía.

*Ilustración de la aplicación del “Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema”.*

Este tratamiento ayuda al bebedor problema a comprometerse a cambiar su conducta, así como a organizar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con su consumo. El objetivo consiste en que la persona desarrolle estrategias generales de solución de problemas para enfrentar de manera efectiva y saludable las situaciones de riesgo. El tratamiento se dirige a personas sin dependencia severa pero que ya presentan diversos problemas debido al consumo excesivo de alcohol. Consiste en un programa de intervención de seis sesiones dirigidas a modificar el consumo, motivar a la persona a cambiar su forma de beber, establecer una meta de consumo, evaluar las situaciones de riesgo y adquirir las estrategias de afrontamiento necesarias para evitar el consumo en esas situaciones.

*Intervenciones iniciales:*

- a) **Admisión.** Objetivo: identificar el motivo de la consulta, detección de la etapa de cambio en la que se encuentra, obtener información sobre la historia y patrón de consumo de la persona, explicación del modelo de tratamiento, aplicación de instrumentos para determinar si cumple con los criterios de inclusión al programa: a) ‘Breve Escala de Dependencia al Alcohol’ (BEDA); si el usuario presenta dependencia baja o media de acuerdo a este instrumento, se le considera candidato al tratamiento; b) ‘Subescalas A y B de la Batería Halsted-Reitan’. Con la aplicación de esta prueba se pretende detectar si el consumo de alcohol ha generado algún tipo de daño cognitivo en el consumidor. Finalmente, c) se firma el ‘formato de consentimiento’, en el cual se le describe el tratamiento y se le pide su acuerdo para participar en él.
- b) **Evaluación.** Se pretende conocer la historia y el patrón de consumo, las principales circunstancias que disparan el deseo de beber en exceso y la autoeficacia de la persona para controlar el consumo ante diversas situaciones de riesgo. Se aplican diversos instrumentos: a) la ‘Entrevista Inicial’. Las áreas que se evalúan son: salud física, situación laboral, historia de consumo y consecuencias adversas al uso de sustancias; b) la ‘Línea Base Retrospectiva’ (LIBARE), que mide el patrón de consumo (cantidad y frecuencia); c) el ‘Cuestionario de Confianza Situacional’ (CCS), que evalúa la habilidad percibida del usuario para resistir el deseo de consumir alcohol en situaciones específicas; d) el ‘Inventario de Situaciones de Consumo de alcohol’ (ISCA), que evalúa en diferentes situaciones de riesgo la frecuencia con la que la persona ingirió alcohol de manera excesiva; e) la entrega y explicación del ‘Auto-registro’, que consiste en un registro diario de los diferentes aspectos relacionados con su consumo: episodios de consumo, cantidad, frecuencia e intensidad del consumo, circunstancias asociadas con el consumo (lugar del consumo, estado de ánimo, consecuencias a corto y largo plazo), y pensamientos y necesidad del consumo. Se entrega y explica la primera lectura: “Decidir cambiar y establecimiento de metas”, que contiene los siguientes temas: a) costos y beneficios de consumir de la manera en que lo hace, b) tomar conciencia de sus decisiones y las consecuencias de las mismas, c) encontrar razones para cambiar, y d) establecer una meta de consumo.

### *Sesiones de tratamiento:*

Paso 1. Decidir cambiar y establecimiento de metas. El objetivo consiste en ayudar a reflexionar a la persona acerca de su consumo de alcohol y acerca de las razones para moderar o suspender su consumo. Se revisa el auto-registro, se comenta la primera lectura, y se entrega la segunda lectura: “Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso”, con la finalidad de describir tres situaciones de alto riesgo de consumo excesivo y las consecuencias de ese consumo.

Paso 2. Identificación de las situaciones de riesgo para el consumo. El terapeuta y el usuario identifican la relación entre su estilo de vida, los problemas vinculados con el consumo de alcohol, así como las consecuencias del consumo. Se revisa el auto-registro, se analiza la segunda lectura y se entrega la tercera: “Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol”.

Paso 3. Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol. Se revisa el auto-registro y se analiza la tercera lectura. La persona desarrolla estrategias para enfrentar de manera efectiva las situaciones de riesgo previamente identificadas, además realiza planes de acción realistas para enfrentar las situaciones de riesgo y controlar su consumo. Se entrega la siguiente lectura: “Nuevo establecimiento de metas”.

Paso 4. Nuevo establecimiento de metas. Este es el paso final. El terapeuta analiza el progreso del usuario durante el tratamiento y, juntos deciden si se da por concluido el proceso o se realizan sesiones adicionales. Se revisa el auto-registro pero de manera integral, analizando y comparando todos los auto-registros realizados durante el proceso de tratamiento. Se analiza la cuarta lectura y se le pide al usuario que defina la meta de consumo para los siguientes meses, considerando sus avances y tropiezos durante el programa.

Seguimiento. W. Miller<sup>23</sup> define esta fase como el contacto individual a intervalos designados, sistemáticos y estructurados posteriores al tratamiento. La realización del seguimiento permite: a) medir la eficacia de las intervenciones; es decir, evaluar el mantenimiento del cambio en el usuario, b) evaluar el impacto sobre los usuarios, c) reforzar el proceso de tratamiento mediante seguimientos en situaciones de riesgo ‘pico’, así como d) identificar y prevenir recaídas.

El seguimiento se lleva a cabo mediante la aplicación de una ‘guía estructurada de entrevista’ y se realiza al primer mes de finalizado el tratamiento, al tercero, al sexto y al año. La información que se obtiene mediante el seguimiento es la siguiente: a) frecuencia y cantidad de consumo (se aplica nuevamente el instrumento LIBARE, mencionado antes, b) la necesidad o urgencia para beber y las situaciones en que esto ocurre, c) análisis de síntomas y consecuencias asociadas, d) severidad de la dependencia (se aplica nuevamente el BEDA), d) evaluación neuropsicológica (mediante la prueba de pistas), d) valoración del estado de salud (examen médico completo), e) valoración de los problemas relacionados (ansiedad, desórdenes afectivos, problemas maritales, etc.).

## **CONCLUSIONES**

La TCC constituye una opción efectiva para la solución de problemas psicológicos de diverso orden. Esto ha quedado demostrado en los diversos campos en que se ha aplicado. Una de las ventajas adicionales de la TCC está constituida por el hecho de que puede ser aplicada por los profesionales de la salud, no necesariamente psicólogos. La capacitación en los fundamentos teóricos y los procedimientos clínicos por parte de una amplia gama de profesionistas permite hacerla llegar a poblaciones lejanas o numerosas y de bajos recursos, por ello, resulta particularmente recomendable su adopción en las instituciones de salud pública, ya que se ha demostrado su bajo costo y su gran

efectividad<sup>24</sup>. La TCC está constituida en gran medida por intervenciones breves en diferentes ámbitos de la problemática psicológica. Por ello, debe mencionarse que este tipo de intervención está dirigido fundamentalmente a personas que empiezan a tener problemas con ciertas conductas, como pueden ser aquellas que realizadas de manera excesiva, pueden poner en riesgo a la persona, su salud, su familia, u otro tipo de aspectos, tales como financieros, sociales o laborales. De esta forma las intervenciones breves tienen como finalidad la reducción del riesgo para la persona de modo que, por ejemplo, en el caso de las adicciones, se impida mediante el tratamiento adecuado, que la persona desarrolle una dependencia severa o pueda llegar a padecer algún problema grave de salud, como enfisema pulmonar o cirrosis hepática. En este sentido, se puede ubicar a las intervenciones breves en el ámbito de la educación para la salud, en tanto se pretende que la persona adquiera habilidades y estrategias de afrontamiento eficientes ante ciertas situaciones de riesgo o problemáticas que anteriormente había enfrentado mediante comportamientos inadecuados, tales como el consumo de drogas. Particularmente en este ámbito, el consumo de drogas, por diferentes medios (por ejemplo, las encuestas sobre adicciones a nivel nacional, estatal, escolar, etc.) muestra que una gran parte de la población que consume alcohol y otras drogas no necesariamente tiene dependencia a las mismas. En el caso del alcohol, la gran mayoría de las personas que lo consume tiene nula, baja o media dependencia (26% de la población mexicana entre 18 y 65 años). Sin embargo, esta es la población que mayores problemas familiares, sociales, laborales, financieros, etc., genera. Esta población que no tiene dependencia carece de servicios psicológicos que la puedan educar, mediante la moderación o la abstinencia, y solucionar esta problemática. A este grupo están dirigidas las intervenciones breves de la TCC como las aquí propuestas.

## REFERENCIAS

- 1.- Henry-Edward, A. Humeniok, R. Ali, R. Monteiro, M. Pozniak, V. (2003) "Brief Intervention for Substance Abuse: A Manual for Use in Primary Care". Geneva: World Health Organization.
- 2.- Heather, N. (1989) Brief Interventions Strategies. En R. Hester y W. Miller (Eds.) Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Boston: Allyn and Bacon.
- 3.- Holder, H. Longabaugh, R. Miller, W. Rubonis, A. (1991) The Cost Effectiveness of Treatment for Alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol* 52 (6); 517-540.
- 4.- Miller, W. Brown, J. Simpson, T. Handmaker, N. Bien, T. Luckie, L. Montgomery, H. Hester, R. Tonigan, J. (1995) What works? A Methodological Analysis of the Alcohol Treatment Outcome Literature. En R. Hester y W. Miller (Eds.) Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives, 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Allyn and Bacon.
- 5.- Lawton, B. (1999) Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. *Treatment Improvement Protocol Series*, 34 Handbook. SAHMSA. Center for Substance Abuse Treatment.
- 6.- Beck, A. (1976) Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Disorders. New York: International Universities Press.
7. - Ellis, A. (1962) Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Lyle Stuart.
- 8.- Bandura, A. (1986) Social Foundations of thought and action. A Social Cognitive Theory. New Jersey: Prentice Hall.
- 9.- Miller, W Rollnick, S. (1999) Motivational Interviewing. New York: Guilford Press.
- 10.- Persons, J. y Davidson, J (2003) Cognitive Behavioral Case Formulation. En K. S. Dobson, Handbook of Cognitive Behavioral Therapies. New York: Guilford Press.

- 11.- Roth, D. Marx, M. Heimberg, R. (2005). Making Cognitive Behavioral Therapy work. New York: Guilford Press.
- 12.- Persons (1989) Cognitive Therapy in Practice: a case formulation approach. New York: Norton.
- 13.- Caballo, V. (1997, 1998) Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos. Vol. 1 y Vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- 14.- Beriso, A. Beriso, B. Sánchez, D. Sánchez, M (2000), Cuadernos de Terapia Cognitivo Conductual. Una orientación pedagógica y orientadora. Madrid: EOS.
- 15.- Nezu, A. Nezu, C. Lombardo, E. (2006) Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo Conductuales. Un enfoque basado en problemas. México: El Manual Moderno.
- 16.- Sobell, M. Sobell, L. (1993) Problem Drinkers. Guided Self-Change Treatment. New York: Guilford Press.
- 17.- Ayala, H. Echeverría, S. Sobell, M. y Sobell, L. (2001) Una alternativa de Intervención Breve y Temprana para Bebedores Problema en México. En H. Ayala y L. Echeverría (Comps.) Tratamiento de Conductas Adictivas. México: Fac. de Psicología, UNAM.
- 18.- Echeverría, S. L. Ruiz, T. Salazar, G. Tiburcio, S. (2004) Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. México: UNAM-CONADIC.
- 19.- Oropeza, R. Loyola, L. Vázquez, F. (2005) Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. México: UNAM-CONADIC.
- 20.- Martínez, K. Salazar, L. Ruiz, G. Barrientos, V. Ayala, H. (2005) Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician en el consumo de Alcohol y otras drogas. México: UNAM-CONADIC.
- 21.- Mandujano, J. González, F. Ayala, H. Cruz, S. (*en prensa*). Programa de Intervención Breve Motivacional para fumadores.
- 22.- Barragán, L. Flores, M. Morales, S. González, J. Martínez, M. (2007). Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas. Manual del terapeuta. México: UNAM-CONADIC.
- 23.- W. Miller, Sovereing, R. (1989) The Check-up: A Model for Early Intervention in Addictive Behaviors. En T. Loberg, W. Miller, P. Nathan, G. Marlatt (Eds.) Addictive Behaviors: Prevention and Early Intervention. Amsterdam: Swets and Zeitlinger.
- 24.- Finney, J. Monahan, S. (1996). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, (3), pp. 229-243