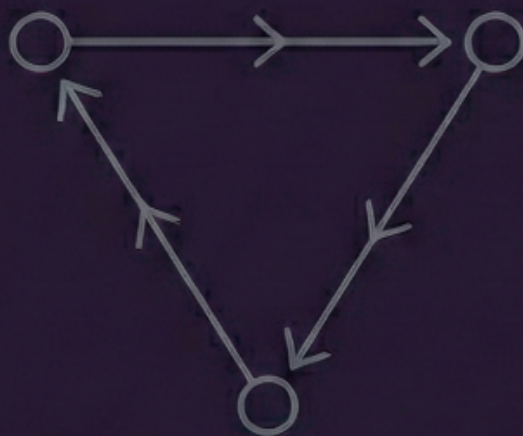


Terapia Cognitivo Conductual

Teoría y Práctica



Arturo Heman Contreras
Luis Armando Oblitas Guadalupe



Terapia Cognitivo Conductual

Teoría y Práctica

Arturo Heman Contreras
Luis Armando Oblitas Guadalupe

Título original de la obra:

Terapia Cognitivo Conductual: Teoría y práctica

Autor: Arturo Heman Contreras y Luis Armando Oblitas Guadalupe

ISBN: 978-958-33-7599-6

AUTORES



Arturo Heman Contreras

El Dr. Arturo Heman Contreras es psicólogo (UNAM), con maestrías en Psicología General-Experimental y Psicología Clínica por la misma universidad, además de formación especializada en Terapia Racional Emotiva en México y entrenamiento avanzado en el Institute for Rational Emotive Therapy and Behavioral de Nueva York. Es Doctor en Psicología por la UNAM y cuenta con preparación profesional en enfoques cognitivo-conductuales y contextuales, incluyendo supervisión en terapia racional emotiva, formación en terapias de tercera ola (ACT, FAP y mindfulness) y certificación por el Beck Institute.

A lo largo de su trayectoria se ha desempeñado como docente e investigador en instituciones de referencia, destacando su labor en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM y su participación como investigador asociado en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente”. Asimismo, ha coordinado seminarios académicos, dirigido actividades formativas de posgrado y asumido responsabilidades de dirección académica en organismos especializados en psicoterapia.

En la actualidad, es fundador y Director General del Instituto de Terapia Cognitivo Conductual S.C. (ITCC), donde también funge como psicoterapeuta e investigador, y se desempeña como Director Académico de la Maestría en Psicoterapia Cognitivo Conductual. Es socio fundador y miembro activo de diversas asociaciones profesionales, entre ellas la Asociación Mexicana de Terapia Cognitivo Conductual (AMTCC), y representa en México a organismos internacionales vinculados a la psicoterapia y la salud mental. Su producción académica incluye publicaciones sobre conducta suicida, violencia, pensamiento irracional, adicciones y psicoterapia.



Luis Armando Oblitas Guadalupe Ph.D.

Luis Armando Oblitas Guadalupe (1950–2019) fue una figura influyente de la psicología iberoamericana y un referente indiscutible en el desarrollo de la Psicología de la Salud desde una perspectiva biopsicosocial e integradora. Psicólogo de formación, obtuvo la licenciatura en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el grado de Magíster en Psicología en la Universidad Santo Tomás y el Doctorado en Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México.

A lo largo de más de treinta años de trayectoria académica ininterrumpida, se desempeñó como docente de pregrado y posgrado, investigador y gestor universitario en instituciones de Perú, Colombia, México, España y otros países de América Latina. Ocupó cargos directivos y académicos de alta responsabilidad, entre ellos Director de Extensión Universitaria y Director de Promoción y Difusión en la Universidad Intercontinental, así como Coordinador de la Licenciatura en Psicología en la Universidad Iberoamericana. Fue también profesor visitante en múltiples universidades latinoamericanas y europeas, y realizó visitas académicas a la República Popular China con apoyo de organismos científicos internacionales.

Su producción intelectual fue extensa y de alto impacto. Publicó más de una decena de libros fundamentales en el campo, entre los que destacan Psicología de la Salud, Psicología de la Salud y Calidad de Vida y la Enciclopedia de Psicología de la Salud, además de numerosos artículos científicos centrados en calidad de vida, enfermedades crónicas, mindfulness, salud mental y regulación emocional. Asimismo, fue fundador y editor de cinco revistas internacionales de psicología, contribuyendo de manera decisiva a la difusión del conocimiento científico en el ámbito iberoamericano.

Reconocido conferencista internacional, participó activamente en congresos y simposios científicos en América Latina y el Caribe, y se desempeñó como consultor y asesor en programas académicos y campañas de promoción de la salud. Su legado intelectual permanece vigente a través de su obra, que continúa orientando la formación, la investigación y la práctica de la Psicología de la Salud en la región.

Tabla de contenido

AUTORES
PRÓLOGO

PRIMERA PARTE - ASPECTOS TEÓRICOS

CONDUCTAS DE LA SALUD

Promoción de la salud
Promoción de la Salud y Educación para la salud
Promoción de la Salud y Prevención de la Salud
Prevención de la enfermedad y promoción de la salud a las conductas de salud
El cambio de hábitos de salud
Enfoques cognitivo-conductuales a los cambios
Modelos Cognitivo-Conductuales
Etapas del cambio de la conducta
Avenidas para la modificación de hábitos de salud
Conductas de promoción de la salud
Actividad física y salud psicológica
Actividad física y deporte
Prevención de accidentes
Conductas relacionadas con el cáncer
Control de peso
Dieta
Conductas nocivas para la salud

FACTORES COGNITIVO CONDUCTUALES EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Factores socioculturales
Factores familiares
Factores biológicos
Factores cognitivo-conductuales

LOS APORTES DE LA CORRIENTE COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN MODELO DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Acercamientos históricos al integracionismo
Elementos favorecedores del movimiento integrativo
Bases epistemológicas y teóricas del modelo integrativo ecuatoriano
La personalidad como eje fundamental
Bases metodológicas del modelo
Etapas del proceso

TERAPIA COGNOSCITIVA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Los Trastornos de Personalidad
Hacia un Modelo Cognitivo de los TP
Terapias Cognoscitivas en los TP
Caso clínico
Evidencia empírica de la efectividad de las TC

DE LA MEDICINA CONDUCTUAL A LA PSICOLOGÍA POSITIVA Y SALUD

Medicina Conductual
Investigaciones realizadas en el área y tratamiento cognitivo conductual
Psiconeuroinmunología
De la Medicina Conductual a la Psicología Positiva y Salud

INTUILLIGENCIA, INSTUINTOS E INCONSCIENTE CONDUCTUAL

Percepción subliminal
Aprendizaje Senso-Perceptual
Aprendizaje Implícito
Programación Funcional de la Conducta
Conducta Instuitiva
Instuintos y alteraciones conductuales inconscientes
Tratamiento del inconsciente conductual
Técnicas basadas en Automodelado
Repaso Conductual
Regresión
Técnicas basadas en Simulación
Proceso de Emulación
Proceso de Interacción
Proceso de Retro-alimentación
Proceso de Retención
Proceso de Realización
Juego de Roles
Dramatización
Simulacro conductual
Implicaciones de la intuilligencia e instuintos

LA NOCIÓN DE “RESILIENCIA” EN EL ASESORAMIENTO

INTERVENCIONES APOYADAS EN LA EVIDENCIA PARA TRASTORNOS EMOCIONALES EN SALUD PÚBLICA

UNA VISIÓN DE LAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES - ANÁLISIS CULTURAL

Formación en el paradigma cognitivo conductual
Elementos de las TCC en la cultura paraguaya
Lo cultural, lo cognitivo y lo conductual
Variables lingüísticas, puerta de acceso al mundo cognitivo: el bilingüismo
El folklore como manifestación del pensar y sentir colectivo
Los esquemas cognitivos
Líneas futuras de desarrollo de las Terapias Cognitivo Conductuales
El desarrollo del paradigma cognitivo-conductual
La inclusión del modelo cognitivo-conductual en la educación formal
La educación para la vida como estrategia de desarrollo cognitivo-conductual

EMOCIONES POSITIVAS ALGUNAS DE SUS IMPLICANCIAS PSICOLÓGICAS

Emociones
Emocionalidad negativa
Emocionalidad positiva. Su importancia en la vida psíquica
Evidencias que avalan la teoría de Fredickson
Teoría de las Emociones Positivas
Las emociones positivas alimentan la resiliencia psicológica
Afrontamiento preventivo y tratamiento de problemas

PERCEPCIÓN SEMÁNTICA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CONTENIDO DE PENSAMIENTO EN SUJETOS CON INTENTO DE SUICIDIO

SEGUNDA PARTE - ASPECTOS PRÁCTICOS

PROPUESTA DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADO A LA ESQUIZOFRENIA

Características generales de la esquizofrenia
Características clínicas
Evaluación de la esquizofrenia
Tratamiento psicofarmacológico
Terapia cognitivo conductual en la esquizofrenia
Intervención con el paciente de manera individual
Intervención con la familia
Entrenamiento en habilidades sociales
Propuesta de programa de intervención

LA RETROALIMENTACIÓN BIOLÓGICA: SOBRE SU USO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

¿Qué es la biorretroalimentación?
Aplicaciones de la biorretroalimentación
Implicaciones para la Psicología

PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD

Epidemiología
Modelos teóricos
Comorbilidad
Tratamiento

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO EN MUJERES MALTRATADAS POR SU PAREJA

Impacto psicológico del maltrato
Evaluación
Tratamiento
Programa de intervención propuesto
Diario de sesiones

LA UTILIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA PROMOCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL BAJO NIVEL DEL AUTOCONCEPTO Y EN LOS ESTADIOS DE CAMBIO EN PACIENTES DEPENDIENTES A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El modelo transteórico: estadios y procesos de cambio
Programa cognitivo conductual en drogodependencias A.L.E.R.T.A.
Inventario de Procesos de cambio para adictos a sustancias psicoactivas (IPC-APSA) de Prochaska, J. y Diclemente, C.

Procesos de cambio procesos cognitivos
Procesos conductuales

RIESGO DE SUFRIR TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL HÁBITO DE COMER SOLA O ACOMPAÑADA

CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL A TRAVÉS DE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

TRATAMIENTO DE LA CEFALEA TENSIONAL CON BIOFEEDBACK

APORTACIONES DEL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD Y ABUSO DE SUSTANCIAS

El papel de la personalidad en los trastornos por uso de sustancias
El problema de la evaluación
Cuestionario creencias acerca del uso de alcohol
Limitaciones del modelo cognitivo-conductual estandar en el tratamiento de los trastornos de personalidad y dependencia a sustancias
La importancia de la alianza y relación terapéutica
Aportaciones de la terapia conductual dialéctica

UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DE LARGA EVOLUCIÓN

Identificación del paciente
Historia del problema
Análisis y descripción de las conductas problema
Establecimiento de las metas del tratamiento
Selección del tratamiento más adecuado
Selección de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase
Autorregistro diario
Aplicación de los tratamientos
Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos
Observaciones

UNA ESTRATEGIA PARA LA INTERVENCIÓN EN PROBLEMAS DE CONDUCTA INFANTIL

Fundamentación teórica-metodológica
Estrategia de intervención
Fase I - Evaluación: Identificación del Problema
Fase II - Redefinición del problema
Fase III - Formulación de soluciones y aprendizaje de nuevas formas de interacción
Fase IV - Evaluación Final

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA: LAS INTERVENCIONES APOYADAS EN LA EVIDENCIA

Las intervenciones apoyadas en la evidencia
Resultados Preliminares de un Proyecto de Investigación sobre Intervenciones Apoyadas en la Evidencia:
Comentarios Finales

PRÓLOGO

En la vida actual, ya no existe duda sobre la importancia que tiene la actividad profesional de la psicología y de su función como mediador para generar bienestar en el ser humano. De igual forma y para generar este bienestar, los procedimientos terapéuticos más buscados por los profesionales de la salud son aquellos que son estructurados, eficaces, a corto plazo, estandarizados, directivos, ordenados y científicamente comprobados, siendo ejemplo de esto la Terapia Cognitivo Conductual - TCC.

El campo de la psicología y de la salud mental, ha sido testigo del incremento dramático de la literatura en Terapia Cognitivo Conductual, ya que virtualmente ha abarcado todas las áreas de estudio del ser humano. De hecho, la explosión de la información ha sido tan extensa en este campo que la proliferación de revistas, libros, y otros trabajos escritos han permitido que sea imposible el mantenerse alejado de estos cambios. Parte de la explosión de la información en Terapia Cognitivo Conductual puede ser explicada por la aplicabilidad tan amplia y generalizada que se ha hecho de la tecnología Cognitivo Conductual en diferentes áreas, contextos y problemas.

Durante los pasados años, la Terapia Cognitivo Conductual ha madurado considerablemente, muestra de ello, es la expansión de sus bases teóricas que han contribuido a incrementar los nuevos hallazgos empíricos, así como a ser legítimamente una modalidad terapéutica usada por los psicólogos clínicos, psiquiatras, entrenados y certificados en terapia cognitiva.

Para demostrar esto, sólo basta revisar brevemente el número de revistas y libros que sobre la Terapia Cognitivo Conductual han surgido en los últimos cinco años. Así como también, el surgimiento de instituciones dedicadas al estudio, enseñanza y entrenamiento de la Terapia Cognitivo Conductual en todo el mundo.

En los últimos años, y por razones de las diferencias culturales y socioeconómicas de cada país, los terapeutas cognitivo conductuales latinoamericanos han tenido que adaptar la información teórica y clínica a nuestra población que presenta características idiosincráticas diferentes a las anglosajonas y europeas; permitiendo el surgimiento de autores teóricos, clínicos y de investigación sobre la terapia cognitiva, que los ha llevado a ser "punta de lanza" en el manejo clínico y de investigación en su país.

Muchos han escrito sobre la Terapia Cognitivo Conductual a nivel mundial, sin embargo solo una pequeña parte de la literatura es escrita por psicólogos latinoamericanos o de habla hispana. Hoy en día la Terapia Cognitiva se encuentra a la vanguardia del movimiento de terapias con fundamento empírico y que ha demostrado su eficacia en un amplio rango de problemas psicológicos que aquejan al ser humano, a la sociedad y al mundo en general.

Psicólogos del área de Medicina Conductual de la Facultad de Psicología de la UNAM (Rodríguez y Jaen, 2004), llevaron a cabo un estudio en donde se encuestó a 50 científicos destacados en el área de la salud, de diversas instituciones educativas e institutos nacionales sobre la técnicas de intervención más frecuentemente aplicada, el estudio comprobó que los procedimientos de intervención Cognitivo Conductual son en un 61% los más usados por ser instrumentos confiables y válidos de manera empírica al ser aplicados a grandes poblaciones.

El objetivo de este libro es el de describir la aportación de los psicólogos iberoamericanos que se dedican al estudio, investigación y práctica clínica de la Terapia Cognitivo Conductual en su país.

El libro Terapia Cognitivo Conductual no solo es un texto que aporta un conocimiento académico, sino nos permite conocer y saber del quehacer científico dentro del área Terapia Cognitivo Conductual que hacen los autores latinoamericanos y que ayudan a favorecer nuestra comprensión de la naturaleza y de los complejos problemas psicoemocionales que aquejan a los seres humanos en cualquier área de la salud. Tanto los psicólogos clínicos como los estudiantes encontrarán que este libro es una herramienta clínica muy útil para muchos de los trastornos comunes en la práctica cotidiana.

La publicación de este libro sustenta y apoya una razón más de que los psicólogos latinoamericanos y/o de habla hispana reconocen el gran impacto de la Terapia Cognitivo Conductual, sus fundamentos, principios y elementos clínicos son efectivos, eficientes.

Arturo Heman Contreras Ph.D.

PRIMERA PARTE - ASPECTOS TEÓRICOS

CONDUCTAS DE LA SALUD

María Teresa Fiorentino

*Facultad de Ciencias Humanas
Universidad Nacional de San Luis
San Luis, Argentina*

Promoción de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1987, define la promoción de la salud como "el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore".

En este sentido, podríamos señalar, de acuerdo con Turabián (1993), los siguientes objetivos específicos que se propone cualquier proceso de promoción de la salud:

- Cambiar conocimientos y creencias.
- Cambiar actitudes y valores.
- Aumentar la habilidad para tomar decisiones.
- Cambiar comportamientos.
- Establecer ambientes sanos.
- Conseguir cambios sociales hacia la salud.
- Favorecer la capacidad y el poder de individuos, grupos y comunidades.

En la actualidad, el paradigma hegemónico que considera la salud como ausencia de enfermedad, se confronta con uno nuevo, que la entiende como el goce de un alto nivel de bienestar físico, mental y social. Este nuevo modelo implica una perspectiva positiva de la salud, que comprende el bienestar y el desarrollo humano y la dimensión de calidad de vida. Se considera, además, que los seres humanos no pueden clasificarse simplemente como sanos y enfermos, no se trata de un asunto dicotómico, en realidad el estado de salud es un proceso continuo, que va desde el estado mínimo de salud hasta el óptimo.

Reynaga (2001) define, también desde un punto de vista positivo, la salud psicológica o mental, considerando que debe retomarse una concepción integral o multidimensional de la salud, como un proceso complejo y dinámico, ligada a factores biopsicosociales, económicos, culturales, etc.

En coherencia con este concepto de salud integral, entendemos la salud psicológica o mental como el estado psicológico de bienestar percibido (Sánchez, 1996), acompañado de una sensación subjetiva de bienestar general y de satisfacción con la vida.

Teniendo en cuenta estos conceptos, se entiende por Promoción de la Salud toda acción orientada a impulsar a un individuo o a una comunidad, hacia un alto nivel de bienestar, una mejor calidad de vida, el disfrute de la plena expresión de su desarrollo humano, y el más alto nivel de salud posible. Ello implica controlar los determinantes externos del bienestar, que satisfacen las necesidades básicas de los seres humanos (empleo, ingreso económico estable, alimentación, vivienda, recreación, capacitación, justicia y un ecosistema apto para la vida), y los determinantes internos (creencias, convicciones, atribuciones, expectativas y emociones); de tal manera que la promoción de la salud

implica, fundamentalmente, una acción educativa, persuasiva y motivacional orientada a alentar el conocimiento y la preferencia por los comportamientos humanos saludables.

Promoción de la salud y educación para la salud

Costa y López (1996) consideran que la educación para la salud constituye un instrumento más para lograr los objetivos de la promoción de la salud y que no es posible definir en qué consiste esta última si previamente no hacemos referencia al concepto de educación para la salud, a la que definen como "un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo"; por el contrario, la promoción de la salud es considerada "como cualquier combinación de educación para la salud y apoyos de tipo organizativo, legislativo o normativo, económico y ambiental que faciliten las prácticas saludables", es decir, se trataría de un proceso amplio por medio del cual los individuos, los grupos y las comunidades mejoran su control sobre los determinantes personales y ambientales de la salud.

Stokols (1992) enfatiza no tanto en programas centrados en las personas o en grupos, sino en estrategias de carácter ambiental que proporcionen los recursos necesarios para promover la salud y el bienestar de la población. En la actualidad son evidentes los efectos que sobre la salud ejercen determinados factores ambientales. La salud ambiental se fundamenta en la identificación, evaluación, gestión, comunicación y eliminación de los riesgos para la salud humana que se derivan de factores físicos, químicos y biológicos del medio ambiente, promoviendo entornos y conductas saludables que permitan la disminución de riesgos evitables.

Promoción de la salud y prevención de la salud

Es frecuente hablar de promoción y prevención como si fueran una misma cosa, pero razones de tipo operacional, administrativo y sobre todo financiero, justifican una diferenciación.

Los profesionales que se ocupan de prevenir la enfermedad considerarán exitosa su gestión, en tanto logren que los individuos estén exentos de enfermedad. Pero sabemos, que además dichas personas pueden progresar hacia estados de mayor fortaleza estructural, mayor capacidad funcional y mayores sensaciones subjetivas de bienestar. Este es, en esencia, el verdadero sentido de la promoción de la salud, es decir, propender por el óptimo nivel de salud.

La prevención es relativa a la enfermedad, es decir enfoca la salud, con una visión negativa; la promoción, en cambio, se refiere a la salud en un sentido positivo, apunta hacia la vida, el desarrollo y la realización del ser humano.

La prevención pertenece a ámbitos clínicos y propende por la evitación de una enfermedad específica; por ejemplo, una vacuna previene una enfermedad particular o una prueba diagnóstica busca la detección temprana de una enfermedad. Por el contrario, la promoción de la salud es más de ámbitos sociales y propende por el bienestar comunitario, fomenta la exposición a factores protectores de la salud y promueve la adopción de estilos de vida saludables para grupos humanos extensos, por tanto busca la construcción de ambientes en los cuales se faciliten, al máximo, las mejores opciones para la salud.

Gil (1996), señala, por el contrario, que los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se presentan como dos caras de una misma moneda. Especialmente, en prevención primaria (prevención de la enfermedad en personas sanas), resultaría difícil encontrar que una determinada estrategia de prevención no estuviese favoreciendo, al mismo tiempo, la promoción de la salud y, por otra parte, que cualquier intervención destinada a favorecer la salud no sirviera para

prevenir la enfermedad. Por otra parte, Amigo y Fernández (1998) consideran que la prevención de la enfermedad consiste en aquellas intervenciones dirigidas a la reducción o eliminación de comportamientos arriesgados para el desarrollo de algún tipo de enfermedad, mientras que las intervenciones referidas a la promoción de la salud tienen como objetivo la adquisición y mantenimiento de comportamientos saludables y, por consiguiente, la mejora de la calidad de vida.

Belloc y Breslow (1972) señalan siete comportamientos (hábitos) que permiten reducir el riesgo de enfermar:

- Dormir siete u ocho horas diarias.
- Desayunar diariamente.
- No comer alimentos entre comidas.
- Mantener el peso adecuado a la talla.
- No fumar.
- Tomar alcohol moderadamente.
- Practicar una actividad física regular.

Se han elaborado diversos proyectos en diferentes países con el fin de promover la salud, en este sentido, Colon (1998) señala, con respecto a la promoción de la salud en Costa Rica, que durante el año 1997 se brindó apoyo técnico y financiero a sus diversos proyectos, entre los que se pueden destacar:

1. Formación de educadores comunitarios en salud.
2. Ferias de promoción de la salud. Constituyen una actividad educativa y recreativa, organizada juntamente con el personal de salud, prevención y detección de situaciones de riesgo entre las personas. Su objetivo es fortalecer el autocuidado en el ámbito preventivo y de promoción de conductas saludables
3. Centros de trabajo saludables. Impulsa procesos de promoción de salud en centros de trabajo que concentran grupos de trabajadores, con el fin de fomentar conductas saludables y prevenir problemas de salud laboral.
4. Cantones saludables. Se orienta hacia el establecimiento de redes que se constituyen en promotores de actividades de promoción de la salud, en coordinación con todas las instituciones, grupos, asociaciones públicas y privadas.
5. Promoción de la salud en problemas prevalentes y emergentes. Consiste en el impulso y desarrollo de acciones de participación social, educación para la salud y comunicación.
6. Centros educativos promotores de salud. Desarrolla un proceso de promoción de la salud en centros educativos en tres áreas: educación para la salud, ambientes y entornos saludables y servicios de salud y alimentación, mediante el desarrollo de políticas conjuntas entre el sector salud y el sector de educación.
7. Jornadas de promoción de estilos de vida saludable. Consiste en actividades para fomentar el análisis sobre conductas y hábitos que afectan la salud de las personas. Está dirigido a padres de familia, docentes y escolares, grupos de mujeres y funcionarios de atención integral del ministerio de salud.

8. Violencia intra-familiar. Consiste en el impulso y desarrollo de acciones de capacitación dirigidos a la prevención de la violencia intra-familiar. Participan padres y madres de familia, líderes, estudiantes, mujeres agredidas, docentes, escolares, y organizaciones comunales.
9. Organización comunal. El fortalecimiento de la participación comunitaria es una de las grandes líneas de acción de la promoción de la salud.
10. Lucha contra el tabaquismo.
11. Atención integral de salud a la población indígena.
12. Apoyo al programa de desastres. Se promueve la organización de la comunidad en medidas de prevención y atención de emergencias.
13. Resumiendo, en materia de promoción de la salud, pueden emprenderse acciones en dos grandes áreas: 1) Actividad socio - político para la defensa de la salud – ambiente. En este sentido se realizan acciones orientadas hacia el mejoramiento de las condiciones de vida de todos los individuos de una comunidad. En este campo se conciben acciones de carácter político y su implementación esta supeditada a la concertación entre diversas fuerzas sociales, a la acción intersectorial y, ante todo, al desarrollo económico y social de cada país. Se enmarcan aquí políticas como la de los "municipios saludables", impulsada desde la misma OMS; y 2) Educación en salud-estilo de vida. Comprende acciones reeducativas del comportamiento de los individuos, referidas a la evitación de tóxicos como el cigarrillo y las drogas, se recalca sobre el consumo moderado del alcohol, se estimula el consumo de los alimentos más saludables, se promociona la actividad física y se motiva la generación de pensamientos positivos, hacia la tolerancia, el respeto, la amistad y el afecto. Se inculca la valoración de la vida, su preservación y su construcción cotidiana.

Prevención de la enfermedad y promoción de la salud

Se han realizado numerosas investigaciones desde la Psicología Social acerca de la formación y cambio de actitudes y su relación con hábitos de conducta que pueden contribuir a un estado óptimo de salud. Los resultados obtenidos tienden a señalar, como procedimientos más exitosos en la modificación de comportamientos nocivos para la salud, a las técnicas relacionadas con el aprendizaje vicario u observacional, (Bandura, 1982). La exposición a modelos que presentan conductas saludables ha resultado bastante efectiva, para reducir, por ejemplo, hábitos nocivos como fumar (Fraga, 1991). En este sentido, se han diseñado campañas y programas de intervención para promocionar hábitos y estilos de vida sanos presentando modelos con cierto prestigio (deportistas y cantantes famosos) o bien modelos semejantes a los observadores, quienes actuaban rechazando aquellas conductas que resultaban lesivas para la salud. De acuerdo a Gil y otros (1995) los resultados obtenidos con estas campañas han resultado por debajo de lo esperado, debido, probablemente, a que no reúnen las características que deben regir la educación sanitaria relacionada a una planificación respetuosa de los valores de los individuos y comunidad.

Introducción a las conductas de salud

Las conductas de salud son definidas como "aquellas que las personas manifiestan mientras se encuentran sanas, con la finalidad de prevenir la enfermedad" (Kasl y Cobb, 1966); o bien, de acuerdo a Matarazzo (1984), "los esfuerzos de las personas por reducir sus patógenos conductuales y practicar conductas que sirvan como inmunógenos conductuales".

De acuerdo con Amigo y Fernández (1998) distintos tipos de variables determinan las conductas de salud.

- La clase y el entorno social pueden ejercer una notable influencia sobre los hábitos de salud de una persona. Por ejemplo, el grupo de pares puede ejercer gran influencia para que los adolescentes comiencen a fumar;

- La percepción del síntoma influye para que las personas decidan realizar un cambio en sus conductas de salud (una persona decide cambiar sus hábitos alimenticios luego de haber tenido hipertensión), aunque estas modificaciones suelen ser transitorias, cuando dichos síntomas se repiten las personas implementan estrategias de modificación definitivas. El síntoma cumple la función de señal de un problema de salud y los cambios que se implementan tienden a reducir el riesgo a sufrir una determinada enfermedad;

- Los estados emocionales (ansiedad, aburrimiento) suelen desencadenar conductas perjudiciales para la salud (comer en exceso, beber excesivamente alcohol, fumar, sedentarismo). Según Leventhal y cols. (1985) se ha comprobado que un alto arousal emocional interfiere con los hábitos saludables de una persona;

- Las creencias que sobre la salud sostienen las personas influyen marcadamente sobre sus hábitos. Cada persona construye un modelo explicativo acerca de la salud, de las causas de las enfermedades, el significado que le otorga a la misma, así como el concepto acerca de cómo se deben implementar los cambios. Una persona puede creer que, mediante una dieta vegetariana y actividad física regular, puede evitar el riesgo de contraer cáncer, o bien que, independiente del estilo de vida que se lleve, mediante estudios médicos periódicos se evitará padecer cierto tipo de enfermedad.

En general, los Programas de Salud dirigidos a niños y adolescentes se proponen como objetivos:

- Disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad incrementando hábitos y conductas saludables.
- Modificar comportamientos de riesgo.
- Ofrecer atención oportuna a los casos detectados.
- Promover comportamientos de auto cuidado de la salud.
- Prevenir prácticas de riesgo.
- Brindar servicios de atención integral de salud.
- Formar redes de apoyo para asegurar la atención de la salud integral.

El cambio de hábitos de salud

El cambio de hábitos que producen riesgo debe ser percibido como un proceso de auto-regulación que puede ser dividido en varios estadios (Prochaska y Di Clemente, 1992), en el cual lograda una fuerte intención de cambiar, la fase de motivación ha concluido y los siguientes procesos son de carácter voluntario.

Schwarzer y Fuchs (1999) sostienen que son numerosas las evidencias acerca de que las expectativas de auto eficacia percibida están estrechamente relacionadas con las intenciones conductuales y con el cambio de conductas relacionadas con la salud, y describen el siguiente enfoque del proceso de acción a favor de la salud (Gráfico 1).

De acuerdo con este modelo cuando una persona establece como meta un cambio en las conductas de salud, influyen tres tipos de cogniciones:

1. Las percepciones de riesgo, incluyen las propias percepciones de vulnerabilidad y la gravedad percibida de una enfermedad, lo cual posee un valor motivacional en el proceso de toma de decisiones.

En ocasiones, los sesgos optimistas de ciertas personas los conducen a subestimar los riesgos objetivos, y por lo tanto, a no poner en prácticas ciertas conductas precautorias con el fin de evitar consecuencias nocivas para sus salud (Taylor, 1989).

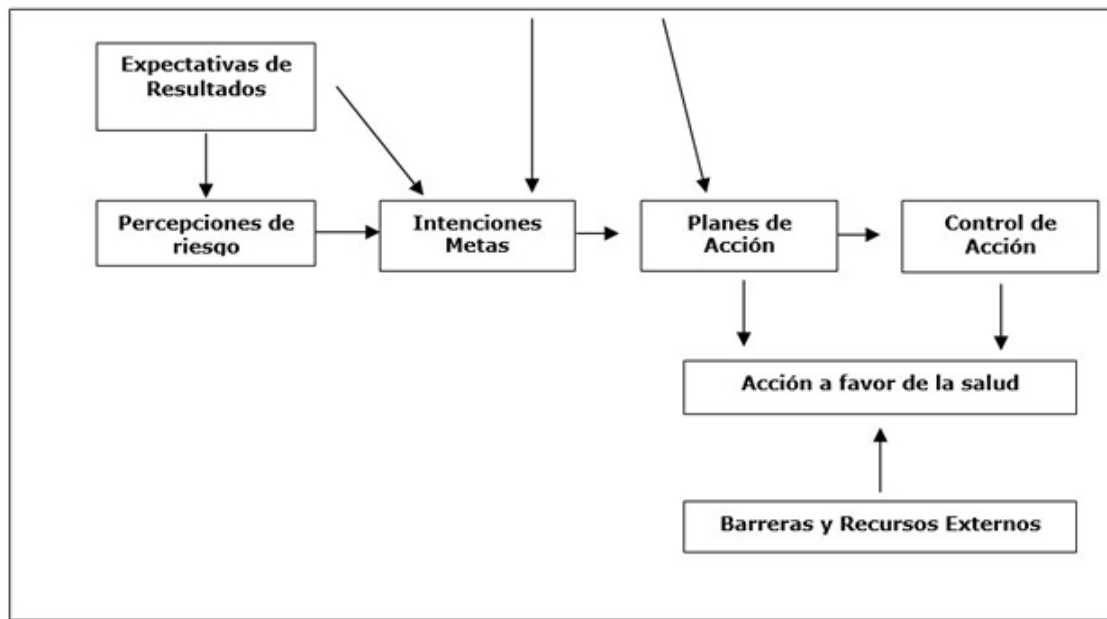


Figura 1. El enfoque de proceso de acción a favor de la salud (Schwarzer y Fuchs, 1999)

2. *Las expectativas de resultados*, se refieren a la estimación que hace una persona acerca de las consecuencias de poner en acción ciertas estrategias de auto-regulación. En general, las personas aprenden a considerar sus acciones como causa de los sucesos que le acontecen y confían en la posibilidad de cambiar sus conductas riesgosas para su salud. Resulta de máximo interés que, en primer lugar, los individuos logren percibirse como agentes efectivos de cambio (expectativas de autoeficacia), es decir, que se consideren capaces de producir los cambios conductuales necesarios para optimizar su nivel de salud.

En la fase de motivación (intenciones) el sujeto decide qué acciones realizará y en la de volición cuánto esfuerzo invertirá y durante cuánto tiempo persistirá en dichas actividades. Esta última etapa, se divide en dos subprocesos, planes de acción y control de acción. Es decir, una vez modelada la conducta saludable, la intención debe ser transformada en planes de acción, en instrucciones precisas acerca de cómo llevarla a cabo. Si, por ejemplo, alguien decide bajar de peso, primero debe estar fuertemente motivada y convencida de que es saludable para ella hacerlo, percibir los riesgo que para su salud conlleva el exceso de peso y posteriormente evaluar las distintas estrategias a seguir para la consecución del objetivo planteado (tipo de dieta a seguir, compra de alimentos de bajas calorías, cuándo y cómo comer, realización de actividades físicas, etc.). Finalmente, una vez iniciada la acción ha de ser controlada, realizando las correcciones necesarias, evitando posibles interrupciones por la aparición de tendencias conductuales incompatibles (por ejemplo, sucumbir ante las tentaciones, tendencia al sedentarismo, etc.) y de esta manera, mantener los cambios en el tiempo.

3. *La autoeficacia percibida*, determina la cantidad de esfuerzo invertido y el nivel de perseverancia. Las personas que confían en sí mismas, que se sienten capaces de llevar a cabo con éxito los cambios propuestos para mejorar su salud persisten en mantener el curso de sus acciones; a pesar de los obstáculos, visualizan alternativas de solución a los mismos y se recuperan fácilmente de las frustraciones. Por ejemplo, si a pesar de seguir una dieta comprueban que no han bajado de peso,

analizarán las posibles causas, realizarán las modificaciones necesarias, mantendrán un estado de ánimo positivo, se propondrán objetivos y medios más razonables, modificarán el entorno físico y social para favorecer la emisión de la conducta deseada y adoptarán un diálogo interno de auto-manejo en situaciones críticas. Por último, las barreras y las oportunidades situacionales han de ser consideradas. Si las claves situacionales son excesivas (por ejemplo, disponibilidad de alimentos apetitosos y de altas calorías) las destrezas meta-cognitivas aprendidas no serán efectivas (el sujeto sucumbirá ante las tentaciones). También una red social de apoyo sirve para mantener y consolidar los cambios efectuados (una familia que adopte una dieta saludable, de bajas calorías, incitará a la persona a persistir en sus nuevos hábitos).

Enfoques cognitivo-conductuales a los cambios

De conducta de la salud

En los últimos años se han propuesto en el ámbito de la psicología de la salud distintos modelos cognitivo-conductuales para explicar el comportamiento de salud de las personas. Estas teorías tienen su origen en las teorías conductuales y parten del supuesto de que las personas son agentes que activamente procesan información. Se caracterizan por considerar: 1) que los trastornos emocionales y la conducta son, en parte, una función de los trastornos en los procesos cognitivos, 2) una relación de colaboración entre terapeuta y consultante, 3) el foco está en cambiar cogniciones para producir los cambios deseados en el afecto y la conducta y 4) son formas de intervención de tiempo limitado y educativas que se centran en problemas-meta específicos.

Modelos Conductuales

En general los tratamientos basados en técnicas operantes están orientados a reforzar conductas adecuadas, desarrollar habilidades específicas para lograr una buena salud y controlar los estímulos y las contingencias ambientales que la mantienen.

A través de programas de condicionamiento operante pueden moldearse conductas saludables con la finalidad de extinguir o disminuir hábitos nocivos. Se parte del supuesto que los mismos son mantenidos por una multiplicidad de factores, lo que conduce a organizar programas multidisciplinarios dirigidos a modificarlos.

La evaluación de las conductas perjudiciales para la salud requiere de una investigación detallada y del análisis funcional de las relaciones entre dichas conductas y las variables ambientales (estímulos antecedentes y consecuentes).

En general se recomienda: 1) tomar un cuestionario para obtener información detallada de las conductas de salud que integran el repertorio de la persona entrevistada; 2) entrevistas con las personas significativas que puedan aportar información adicional y relevante; 3) analizar la triple relación de contingencia entre la conducta problema y las variables ambientales que la controlan (antecedentes y consecuentes) a fin de realizar un análisis funcional de la misma; 4) registro de la línea de base; 5) realización de un registro por parte de la persona con el objeto de evaluar cómo, cuándo, dónde y en qué circunstancias ocurre la conducta problema.

Desde esta perspectiva, los hábitos nocivos para la salud son considerados como conductas que están sujetas a los mismos principios y leyes que cualquier otra forma de comportamiento aprendido. La meta de la Terapia Conductual es modificar las conductas desadaptativas en lugar de explorar las motivaciones psicológicas profundas o subyacentes, causantes de este tipo de respuestas. Estas conductas, en general, son el resultado de experiencias aprendidas, de ese modo, pueden ser modificadas por nuevos aprendizajes. El objetivo específico de la terapia es enseñarle al individuo

cómo dejar de emitir estas conductas indeseables y reemplazarlas por un repertorio de conductas apropiadas.

La evaluación y el tratamiento de los hábitos nocivos consisten en determinar los reforzadores, a los fines de identificar y eliminar las fuentes que los mantienen, y, por otra parte, reforzar conductas alternativas incompatibles.

Modelos Cognitivo-Conductuales

Diversas investigaciones psicológicas relacionadas con el tratamiento de conductas perjudiciales para la salud han subrayado la importancia de los factores cognitivos (pensamientos, creencias, fantasías, atribuciones, etc.) como mecanismos centrales en la eficacia de las intervenciones.

Las terapias cognitivas se enfocan principalmente en la identificación y modificación de los pensamientos, procesos y estructuras cognitivas de un individuo. A los pacientes se les enseña primero, a reconceptualizar, desde un punto de vista cognitivo, el problema y a comprender cómo él mismo mantiene las conductas nocivas para su salud a través de determinadas creencias. El paso siguiente consiste en enseñarles habilidades de auto manejo para un mejor control de las situaciones. La tercera fase consiste en practicar y experimentar el uso de estas técnicas y el manejo de estrategias a nivel cognitivo, afectivo y conductual para un efectivo control de las conductas saludables.

En el proceso de reestructuración cognitiva, en primer lugar, se identifican los pensamientos automáticos (desadaptativos) acerca de la salud y la enfermedad, los errores en el procesamiento de la información y las reglas, supuestos y creencias que están en la base de lo que las personas se dicen a sí mismas acerca de su salud. Una vez detectados estos supuestos se entrena a los pacientes a reemplazarlos por cogniciones alternativas más precisas y positivas. El objetivo es incrementar los pensamientos y sentimientos del individuo acerca de su propia capacidad de control y manejo de las distintas situaciones, creando fuertes expectativas de auto eficacia personal.

Hay evidencia clínica y datos empíricos que indican que los enfoques cognitivo-comportamentales son muy beneficiosos para individuos con hábitos nocivos para la salud. En este tipo de intervenciones se aplican una combinación de procedimientos terapéuticos cognitivos (detección de pensamientos automáticos, corrección de errores cognitivos y reestructuración cognitiva), y comportamentales (*rol playing*, asignación graduada de tareas, ensayo conductual, etc.)

Los supuestos generales que caracterizan a la perspectiva cognitivo-comportamental son:

1. Los individuos son procesadores activos de información que interpretan y evalúan la información que les llega a través de experiencias pasadas y aprendizajes previos.;
2. Los pensamientos de un sujeto pueden regular y afectar los procesos psicológicos y fisiológicos, y por otra parte, la conducta puede influir o modificar procesos de pensamiento y de memoria;
3. Se focaliza en la interacción recíproca entre los factores personales, el ambiente y la conducta;
4. Los individuos aprenden patrones de pensamientos, comportamientos y reacciones emocionales adaptativos como desadaptativos. Respecto a estos últimos, pueden ser reemplazados por habilidades y cogniciones más adaptadas;
5. Los individuos son agentes activos de cambio de sus sentimientos, pensamientos y comportamientos.

Los tratamientos cognitivos comportamentales incluirían:

1. Planes y metas realistas determinados en forma conjunta entre el terapeuta y el individuo o el grupo, después de recabar información inicial.
2. Los comportamientos adaptativos son reforzados y los desadaptativos son extinguidos.
3. Las actividades diarias son establecidas en forma gradual, y reforzadas contingentemente; esto permite a los individuos obtener experiencias exitosas y evitar los fracasos.
4. A los miembros de la familia y otras personas significativas para el paciente, se les enseñan los principios básicos de la modificación del comportamiento para hacer posible la ayuda adecuada y reemplazar el comportamiento desadaptativo por comportamientos saludables.
5. A los sujetos se les enseñan una variedad de técnicas para el manejo del de las situaciones problemáticas, para que las practiquen en situaciones diarias (en el hogar, medio social y en el trabajo).
6. Se les ayuda a reconocer sus comportamientos no saludables específicos y a diferenciarlos de aquellos que sí lo son.

Vera y Fernández (1989) proponen un modelo cognitivo-comportamental para el tratamiento de la Obesidad, que tiene como objetivo alcanzar el autocontrol, es decir, se pretende proporcionar al sujeto una serie de habilidades de automanejo (cognitivas, afectivas y conductuales) que le permitan modificar su conducta de comer excesivamente.

Las técnicas utilizadas son:

- Autoobservación: Con frecuencia los sujetos desconocen su forma de ingerir alimentos (por ej., comen automáticamente). Se le enseña a observar su conducta, cómo, dónde, qué y en qué situaciones en exceso).
- Auto-registro: implica el registro diario de los hábitos alimenticios y de la actividad física.
- Análisis funcional: Identificación de las variables ambientales que funcionan como antecedentes y consecuentes de la conducta excesiva de ingesta de alimentos.
- Reestructuración cognitiva.

Se identifican los siguientes estímulos antecedentes:

1. Estímulos que desencadenan respuestas emocionales y automáticas.
2. Estímulos que actúan como señales discriminativas que provocan respuestas de comer.
3. Estímulos ambientales externos
4. Horario de comidas

5. Características de los alimentos: olor, color, sabor.
6. Hábitos de compras de alimentos
7. Hábitos de almacenamiento: disponibilidad.
8. Lugar donde se consumen los alimentos.
9. En presencia de quién se consumen.
10. Actividad que se realiza simultáneamente con la ingesta
11. Hábitos de familiares, amigos y compañeros.
12. Estímulos internos.
13. Cognitivos.
14. Estados emocionales (aburrimiento, tensión ansiedad, enfado, pesimismo).
15. falsas creencias sobre pérdida de peso.
16. expectativas del sujeto, por ej., interacción con los demás, con la pareja, etc.
17. Biológicos.
18. Deficiencias nutricionales temporales, problemas médicos, diabetes, artritis.
19. Fisiológicos.
20. presencia o ausencia de sensación física de hambre o saciedad

En cuanto al tratamiento, una vez realizado el análisis de los auto-registros se procede a la planificación ambiental con el fin de lograr un adecuado control de estímulos. En este sentido se prescriben las siguientes pautas de comportamiento:

- Comer en un solo lugar de la casa.
- Establecer horarios fijos de comida.
- No realizar ninguna otra actividad mientras se come (no ver TV, no leer, etc.)
- Planificar de antemano lo que se va a comer.
- Guardar en lugares no accesibles, o bien, no comprar alimentos de altas calorías.
- Ir de compras después de comer, a fin de evitar tentaciones, etc.

Con respecto a la modificación de la conducta problema se aconseja:

- Comer despacio.
- Masticar bien los alimentos.
- Disminuir la cantidad de alimento por bocado.
- Poner los cubiertos en la mesa entre bocados.
- Comer menor cantidad de alimentos, servirse en platos pequeños.
- Servir las comidas y retirar las fuentes.

- Dejar algo de comida en los platos.
- No repetir.
- Retirarse de la mesa en el momento en que se ha terminado de comer.

Con respecto a las consecuencias, se alienta a los sujetos a desarrollar conductas alternativas y/o incompatibles y se les enseña a identificar la cadena de conductas que le llevan a la sobrecomer (sentimientos de soledad, amargura, opresión, frustración, etc.) y elaborar posibles soluciones alternativas (llamar a un amigo a dar un paseo, hacer ejercicios, relajación). También se planea aumentar la actividad física, intentando cambiar el estilo de vida sedentario, mediante el aumento de la actividad cotidiana (uso de escaleras, estacionar el auto lejos, bajar del autobús una parada antes) y la actividad física sistemática y estructurada (yoga, ejercicios aeróbicos, natación, etc.)

En cuanto a la reestructuración cognitiva se llevan a cabo las siguientes intervenciones:

- Registro, identificación y análisis de pensamientos automáticos o disfuncionales que aparecen en situaciones de "alto riesgo" y que conducen a caer en tentaciones.
- Modificación del auto diálogo negativo y reemplazo por pensamientos e imágenes alternativos que colaboren a la consecución de las metas propuestas.
- Sustitución de creencias dogmáticas y absolutistas (por ej. "debo perder peso todas las semanas", "necesito seguir estrictamente la dieta", etc.) por cogniciones preferenciales ("me gustaría perder peso semanalmente", "desearía mantenerme en la dieta") que conduzcan a la aparición de emociones negativas apropiadas cuando las cosas no suceden como lo desearíamos.
- Modificación de los errores en el procesamiento de la información (errores cognitivos), por ej., pensamiento dicotómico, generalización excesiva, inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, etc.

Identificación de los supuestos y creencias que impiden un adecuado manejo y control de la conducta de ingesta de alimentos.

Etapas del cambio de la conducta

Numerosos estudios han evaluado los cambios en la expectativa de vida, que tendrían lugar como resultado de la modificación de ciertos patrones de conducta, que se encuentran asociados con mayores riesgos de padecer ciertas enfermedades. En general, las personas poseen hábitos adquiridos y rituales, que realizan cotidianamente sin reflexionar, que resultan muy perjudiciales para su salud y que son marcadamente resistentes al cambio. Prochaska, y Di Clemente (1992) sostienen que cuando la gente decide modificar su conducta nociva habitual, pasa a través de una serie de etapas:

1. Pre-contemplación. En esta etapa no se tiene planificado realizar ningún cambio, ya sea porque no se tiene información de las consecuencias de la conducta, o porque no está convencido de los beneficios que reporta el cambio, o acerca de su capacidad para lograr llevarlo a cabo.
2. Contemplación. Se proyecta modificar la conducta dentro de los próximos seis meses, pero aún no se siente en condiciones para poder hacerlo.
3. Preparación. La persona está convencida de que efectivamente va a realizar el cambio, y está comenzando a hacer algo al respecto, tal como disminuir la cantidad de calorías que consume, o el número de cigarrillos que fuma. Esta etapa dura entre uno y seis meses.

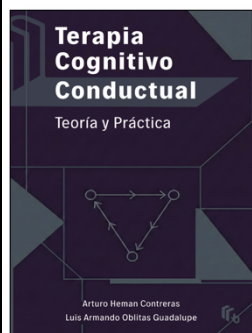
4. Acción. En esta etapa realmente efectúa los cambios necesarios y en ella puede tener éxito o no. Dura alrededor de seis meses.
5. Mantenimiento. Esta etapa puede durar hasta cinco años, y en ella ha superado su viejo hábito, aunque aún existen posibilidades de que pueda recaer en el mismo.
6. Terminación. En este nivel se encuentra liberado de las tentaciones.

Este modelo fue inicialmente utilizado para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores. Prochaska (1992) estimó que la mayoría de los fumadores están en etapa de precontemplación (50-60%) o contemplación (30-40%) mientras que únicamente un 10-15% están preparados para el cambio.

En los últimos años este modelo ha ido ganando adeptos y ha sido ampliado a cambios de conducta como por ejemplo, disminución de prácticas de riesgo para la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida (Prochaska y cols., 1994), ejercicio físico (Marcus y cols., 1994) y adopción de una dieta saludable (Glanz y cols., 1994). Como en el caso del tabaquismo, la utilización del modelo no solo ha permitido predecir los cambios de conducta, sino también ha permitido adecuar las recomendaciones preventivas y hacerlas más efectivas, en el caso del consejo sobre el hábito dietético (Campbell y cols., 1994) y en la recomendación de la realización periódica de mamografías (Skinner y cols., 1994).

Gracias por leer esta muestra.

La versión completa de este libro está disponible en Biblomedia.com



Terapia Cognitivo Conductual: Teoría y práctica

Arturo Heman Contreras
Luis Armando Oblitas Guadalupe

[> Clic aquí para comprar <](#)