

Abordaje clínico en usuarios con terapia conductual cognitiva

Chirio Aldazabal, Diego Bernardo ¹

<https://orcid.org/0000-0001-8244-6791>

Recibido: 14.10.2022

Aceptado: 28.01.2023

RESUMEN

El profesional en psicología que se desenvuelve en ámbitos aplicados, debe de recurrir a las corrientes de conocimientos que se encuentran dentro de aquello a lo que denominamos psicología, todo esto para potenciar el alcance de sus objetivos en la práctica clínica, los cuales son denominados como terapéuticos. El presente trabajo tiene como propósito desarrollar una revisión sobre el abordaje clínico en usuarios con terapia conductual-cognitiva. Se considera la ausencia de un cuerpo de conocimiento unificado y se incentiva a no contentarse con solo un aporte, sino complementarlo con otros, como si se tratara de completar un rompecabezas (metafóricamente). Se enfatiza en la necesidad de conocimiento sobre teorías del aprendizaje, propuestas de formulación del caso y revisión de estudios sobre el apoyo empírico de diferentes estrategias terapéuticas. Se concluye que tanto las estrategias conductuales como cognitivas permiten contar no solo con una serie de procedimientos, sino marcos de referencia para poder interpretar los acontecimientos específico-circunstanciales que el profesional en psicología se encuentra a diario.

Palabras clave: desordenes emocionales, terapia conductual-cognitiva, psicología clínica.

Clinical approach in users with cognitive behavioral therapy

ABSTRACT

The professional in psychology that develops in applied areas, must resort to the currents of knowledge that are within what we call psychology, all this to enhance the scope of their objectives, which in clinical practice, are called as Therapeutics. The purpose of the present work is to develop a review of the clinical approach in users with behavioral-cognitive therapy. It is considered the absence of a body of unified knowledge and is encouraged not to be content with only one contribution, but complement it with others, as if it were to complete a puzzle (metaphorically). It emphasizes the need for knowledge about learning theories, proposals for the formulation of the case and review of studies on empirical support of different therapeutic strategies. It is concluded that both behavioral and cognitive strategies allow us to have not only a series of procedures, but reference frameworks to be able to interpret the specific-circusing events that the professional in psychology is daily.

Keywords: emotional disorders, behavioral-cognitive therapy, clinical psychology.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los denominados problemas de salud mental, han tomado nuevamente un protagonismo en el cotidiano de las personas (OMS, 2021), pues el periodo de pandemia ha hecho que se ponga interés en la calidad de los servicios de salud, donde la psicología clínica tiene un papel relevante (Caycedo et al., 2008). Durante el periodo de confinamiento y el progresivo establecimiento de una aparente normalidad pos-Covid-19, se ha visto la urgencia de contar con profesionales en psicología preparados ante nuevos retos, propiciando en sus centros de trabajo, el desarrollo de respuestas potencialmente ajustadas en sus clientes, ya sea en atención presencial como tele psicoterapia (Acero et al., 2020; Amador-Soriano et al., 2018). Como dato interesante, el Ministerio de Salud (MINSA, 2022) señalaría que durante el 2021 hubieron 313 455 atenciones por casos de depresión, es decir 12% más al reportado en periodo pre-pandemia, motivo por el cual la reflexión sobre las practicas psicoterapéuticas es tan importante.

La psicología clínica cobra mayor relevancia al considerar las distintas consecuencias negativas de los denominados desordenes psicológicos en sus distintos niveles (ej. personal, social,

¹ Universidad Autónoma del Perú. correspondencia: dchirio@autonoma.edu.pe

económico, etc.). La forma de atención ha variado desde sus primeras implementaciones, donde desde las denominadas posturas conductuales han tratado de brindar una base científica para la comprensión de las leyes y principios que gobiernan el comportamiento (psicológico) de las personas. El aporte en el entendimiento de como las experiencias generan cambios en el desempeño en los sujetos de distintos arreglos experimentales, ha contribuido en el análisis y modificación del comportamiento en la práctica clínica. La investigación en humanos sobre como la interacción verbal permite influir sobre el comportamiento a nivel intraclínico y extraclínico, ha favorecido el uso de propuestas conductuales para más problemas atendidos por los denominados psicólogos clínicos.

La psicología como ciencia tiene aún camino por recorrer o ello puede entenderse tras observar los distintos debates y propuestas de marcos de referencia sobre aquello que es y sobre lo que trabaja el psicólogo (Montgomery, 2018; Zilio y Carrara, 2021). No existe como tal una psicología genérica de la cual se desprendan áreas de especialización, sino distintos intentos por organizarla. La psicología clínica es asumida como un área de especialización enfocada en los desórdenes psicológicos, que se puede ver vinculada a las otras áreas de trabajo (Uribe et al., 2009; Aguilar y Leal, 1985) como escolar-educativa, industrial-organizacional, social-comunitaria, e inclusive otras aplicaciones como la intervención sobre el comportamiento individual del deportista o en empresas para la reducción de comportamientos potencialmente riesgosos.

A pesar de la ausencia de un paradigma predominante propiamente dicho, esto no ha sido un impedimento para el incremento de una enorme cantidad de tecnología conductual (O'Neill y Gardner, 1983; Kazdin, 1983), consiguiendo procedimientos de análisis tanto de la conducta pública (manifiesta) como privada (encubierta) (Cautela y Kearney, 1990; Upper y Cautela, 1983) para su uso por los psicólogos, lo que ha representado un mayor beneficio tanto en el reconocimiento de la disciplina, como la mejora del bienestar en los usuarios. De esta forma, la investigación experimental robusta ha ofrecido mayor fortaleza a la psicología, donde los procedimientos derivados del condicionamiento (técnica de investigación) permitían contar con estrategias adaptadas para la modificación de comportamientos en contextos sociales.

En sus primeras formas su aplicación era denominada como terapia de conducta, a la cual algunos fueron agregando elementos mediacionales (variable en O), para esto último es donde nacerían combinaciones como conductual-cognitivo y cognitivo-conductual, siendo la diferencia del primero a) el énfasis sobre el cual se hacia el entendimiento del caso clínico, b) considerando el orden histórico o c) asumiendo lo cognitivo en términos de aprendizaje estudiado por condicionamiento. En base al énfasis en el marco de referencia empleado por el profesional, son consideradas como etiquetas englobadoras, debido a que abrazan una serie de aportes, como la terapia por inhibición recíproca (Wolpe, 1977; Eysenck, 1979), técnicas operantes (Reynolds, 1968), procedimientos de condicionamiento encubierto (Upper y Cautela, 1983), técnicas derivadas del aprendizaje social (Bandura y Walters, 1974; Kazdin, 2000; Rinn y Markle, 1981) entre otras. Lo importante en todo caso ha sido abrir la posibilidad de una teoría científica del comportamiento que ofrezca respuestas basadas en investigación experimental, sobre la adquisición, mantenimiento y posible modificación del comportamiento individual.

El papel de la investigación experimental

La psicología en sus inicios ha venido siendo entendida como el estudio de la mente o la psique y esto ha llevado a una serie de problemas conceptuales. Si bien es cierto los primeros intentos por abordar su estudio han generado contribuciones de distintos tipos, es la investigación de Ivan Pavlov la que en mayor medida marcaría una ruta de obtención de conocimiento científico que finalmente le permitió contar con datos sólidos a la psicología. Contribuciones que recogería Watson para hablar sobre un conductismo en 1913, buscando ser reconocida como una ciencia natural. Skinner por su parte, fue otro de los grandes pilares que aportaron en su desarrollo científico, planteando tanto una base filosófica (conductismo radical), de ciencia básica (análisis experimental de la conducta) y ciencia aplicada (análisis conductual aplicado), de las cuales se

derivaron una enorme cantidad de conocimiento aplicable a distintos problemas de conductas socialmente relevantes. Todo ello ocurriendo mientras sucedían otros importantísimos aportes experimentales como los Guthrie, Thorndike, Hull, Eysenck, Tolman, Mowrer, Staats por mencionar solo algunos (Montgomery, 2002, 2014; Kazdin, 1983). Sobre todos estos aportes existirían intentos de unificación como el de Ardila en su síntesis experimental (Alarcón, 1997), mientras que por su parte Anicama (2009; 2010) hablaría de un modelo de teoría científica del comportamiento para intentar resolver las tres cuestiones de todo psicólogo aplicado relacionadas a la adquisición, mantenimiento y modificación del comportamiento individual.

De esta forma la psicología y sus aplicaciones en la clínica, han ganado mucho mayor solidez al encontrarse apoyadas en los distintos aportes tanto en investigación experimental, como formulaciones teóricas sobre dichos hallazgos. La denominada tecnología de control de estímulo y administración de contingencias (Montgomery, 2002) ha sido aplicada en distintos problemas socialmente relevantes, generando resultados satisfactorios. Con respecto al interés sobre el lenguaje del usuario, la consideración de esta en terapia de conducta se ha venido incrementando, asumiéndola en términos de aprendizaje. Tanto la conducta pública (manifiesta) como privada (encubierta) son analizadas y estudiadas bajo técnicas de condicionamiento en condiciones de laboratorio, permitiendo aportes para la adaptación de estrategias en la clínica, de esta forma es como procedimientos como la reestructuración cognitiva, pueden ser asumidos en términos de aprendizaje verbal (signalización) en sesión.

La importancia de las teorías del aprendizaje

La tradición experimental en psicología, en lo que se denomina de orientación conductual, ha brindado una serie de hallazgos, a partir de los cuales se habrían establecido interpretaciones y formulaciones teóricas mucho más robustas que las basadas en el sentido común. Las denominadas teorías del aprendizaje permitieron un salto enorme hacia la comprensión de la personalidad de cada usuario, entendido ahora como el resultado de la exposición a una serie de experiencias que han generado (y continuaran propiciando) cambios relativamente estables en su desempeño (o tendencia a ello) (Kimble, 1969; Ardila, 1979; Froufe, 2011; Pellón et al., 2014). El debate sigue abierto, pues la cuestión sería si es o no necesario contar con teorías del aprendizaje (Ribes, 1977) o manejar un modelo de teoría científica del comportamiento (Anicama, 2009; 2010; Montgomery, 2018; Gonzales, 1971, Alcaraz, 1979; Bandura y Walters, 1974; Domjan, 2010; Alarcón, 1997) para favorecer la aplicación a los usuarios de la clínica en psicología.

El interés en el comportamiento complejo es entendible por quienes trabajan con personas, donde su desempeño y variabilidad ha obligado a replantearse las bases experimentales de las cuales se derivan las estrategias aplicativas. Resumiendo, algunos principales hallazgos útiles para el clínico, es que se puntualizan los siguientes:

A partir del *condicionamiento respondiente*, se obtiene el aprendizaje asociando estímulos, donde un estímulo previamente neutro **EN**, pasa a ser considerado como estímulo condicional **EC** tras emparejar el primero con un estímulo incondicional **EI**; es decir, la respuesta incondicional **RI** que solo aparecía ante la exposición al estímulo incondicional **EI**. Tras la repetición *n* de ensayos donde el **EI** aparezca segundos después de otro estímulo neutro **EN**, este último adquiriría la capacidad de poder elicitara una respuesta condicional **RC** similar a **RI**. En el caso del *condicionamiento operante*, el organismo individual va cambiando la morfología de sus acciones en base a las respuestas que son seleccionadas por el consecuente, se habla de reforzamiento diferencial y relación de contingencia, todo esto en presencia de determinados estímulos antecedentes que funcionan como señal de la disposición del consecuente solo en caso se realice la clase de respuesta anteriormente fortalecida, considerándose términos como el de estímulo discriminativo (**E^D**), respuesta operante (**R_O**) y estímulo reforzador (**E^R**), donde solo podrá hablarse de reforzamiento tras corroborar que una estimulación consecuente, ha tenido el efecto de incremento de probabilidad de ocurrencia de un clase de respuesta determinada.

Otro de los aportes que permitieron realizar el análisis de aprendizaje social ha sido el *condicionamiento imitativo-observacional*, donde un individuo observa un modelo con atención, retiene lo observado y lo reproduce posteriormente, viéndose motivado a través de reforzador externo, vicario y/o autoreforzamiento. Los tres mencionados anteriormente, constituyen los predominantemente difundidos, pero ello no quiere decir que los aportes sean solo esos, habiendo aportes que merecen la pena comentarlos, el *condicionamiento visceral*, también denominado como de los sistemas internos, constituyó a partir del empleo del *biofeedback*, un gran aporte al poder alterar respuestas que se creían no modificables, a partir de la manipulación de la estimulación antecedente y consecuente. Finalmente, es posible entender las respuestas simbólicas a partir del *condicionamiento cognitivo-configurativo*, el cual representa una de las tantas propuestas para entender lo comúnmente atribuido a lo cognitivo. Este es tratado considerando los hallazgos de Pshonik de aislamiento del componente sensorial en distintas respuestas y el pre-condicionamiento sensorial de Brodgen, posibilitando de la inhibición, generalización, discriminación y encadenamiento, una señalización, consiguiendo la formación de la imagen perceptual, adquisición de repertorio verbal, llegando a obtener repertorios de operaciones intelectuales, estructuras figurativas y de autorregulación, alcanzando lo que comúnmente denominan asimilación cognoscitiva, de tal forma que la retroalimentación verbal pasa a tener un papel importante en el entendimiento del comportamiento individual humano.

Los esquemas adaptados para el clínico

Los datos obtenidos de la investigación experimental de laboratorio, deben de ser adaptados para su empleo con fines aplicativos, pues lo que persigue el profesional en psicología muchas veces no es resolver la cuestión sobre que es el fenómeno psicológico, sino sobre cómo puede emplear ese conocimiento para cumplir sus funciones laborales. A partir del análisis y modificación del comportamiento han surgido una serie de intentos por demostrar la aplicabilidad y potencia terapéutica de estos (Ulrich et al., 1979; Yates, 1987; Eysenck, 1979; Galindo, et al., 1987; Wolpe, 1977; Ayllon y Azrin, 1974), consiguiendo modificar distintos comportamientos inadaptables que se creían no podían ser manejados, proporcionando de esa forma una alternativa viable a la sociedad para la mejora del bienestar.

Como ejemplos más conocidos puede mencionarse el procedimiento de desensibilización sistemática de Wolpe, donde el terapeuta es guiado a través de protocolos para la elaboración de ítems fóbicos, su clasificación considerando unidades subjetivas de ansiedad (SUDS) e induciendo al usuario a un estado de relajación, para proceder con la exposición simbólica a cada estímulo identificado. Otro ejemplo es el protocolo trabajado por Ayllon y Azrin sobre la economía de fichas, tan famoso y aplicado en muy variados casos, originalmente se describe un procedimiento de identificación de potenciales reforzadores, fichas equivalentes a puntos y la explicación a los participantes sobre las conductas que deben de realizar para poder obtener las fichas.

Como estos clásicos ejemplos, se vienen proponiendo distintos protocolos para el trabajo en clínica, siendo necesario agregar que el profesional a cargo, debe de conocer la lógica bajo la cual estos son aplicados, es decir, las formulaciones a partir de la investigación experimental, en el primer caso la inhibición recíproca y contracondicionamiento, mientras que, en el segundo, el reforzamiento diferencial. El conocimiento sobre los principios y procesos de aprendizaje que se ejecutan cuando se emplean las técnicas y estrategias, constituye la esencia de los clínicos, pues ello les permite poder adaptar los protocolos y flexibilizarlos cuando las condiciones no se den tal como vienen especificadas inicialmente.

El proceder del terapeuta conductual-cognitivo

En el desempeño del terapeuta conductual-cognitivo, es necesario ordenar los datos obtenidos en el estudio de caso en hipótesis de relaciones funcionales, considerando en este un modelo E-O-R-C (Anicama, 2010). La terapia conductual o conductual-cognitiva, no involucra la exclusiva

aplicación del conocimiento brindado por las teorías del aprendizaje, sino que se contribuye de ese y otros aportes como la psicofisiología, neurociencias, psicométrica entre otras. En este caso el psicólogo clínico considera el método científico-experimental no solo para explicar la adquisición y mantenimiento del problema, sino también para modificarla (Yates, 1970). En el día a día, los profesionales no cuentan con todos los factores para conseguir el control necesario, por lo que la adaptación de los procedimientos será una salida utilizada con frecuencia.

Es necesario realizar la descripción de las situaciones donde típicamente aparecen las clases de respuesta inadaptativas, considerando los consecuentes de esta, para luego establecer las hipótesis de relaciones funcionales (ej. asignar la categoría de reforzador positivo), se considera en el organismo "O" tanto procesos mediadores como variables condicionantes. Los primeros hacen referencia a la procesos de recepción-sensibilización de agentes físicos, representación figurativa, transformación de símbolos, impulsión selectiva, organización-actualización de la actividad, adquisición-conservación de patrones de actividad, y la combinación de todo ello en un individuo; mientras que, en la segunda se consideraría el estado fisiológico, social, patológico y evolutivo de él, siendo estas las variables intervinientes en "O", donde como refiere Anicama (2009) el comportamiento es función de la interacción entre las variables estímulares ambientales y las orgánicas $R = F(E \times O)$. En el caso, solo se toma nota de los que sean funcionalmente relevantes tanto en E-O-R-C.

El psicólogo clínico tanto en el contacto inicial como en los distintos momentos del abordaje (evaluación, intervención y seguimiento) obtiene a partir de la observación y el reporte verbal del usuario del servicio de psicología, descripciones generales (ej. baja autoestima), las cuales debe de especificarlas de tal modo que posibilite su registro (ej. verbalizaciones de tipo no soy valorado por mis amigos). A continuación, va clasificando los distintos comportamientos inadaptativos como excesos, debilitamientos y déficits, considerando también los comportamientos adaptativos que continúa realizando el usuario. De la organización de la información en el análisis funcional como herramienta clínica, es que se entiende cuáles son los comportamientos del paciente que conviene tratarlos con procedimientos terapéuticos derivados del condicionamiento respondiente, operante, imitativo-observacional, visceral o cognitivo-configurativo. De esta forma, debe asumir una postura donde las experiencias del usuario han ido favoreciendo la adquisición de los repertorios de conducta por los cuales acude a ayuda del psicoterapeuta, asumiendo estrategias en esa misma línea para favorecer la adquisición de repertorios adaptativos.

El concepto de aprendizaje es relevante para estos propósitos, donde en esta línea Domjan (2010) hace referencia a un cambio en los mecanismos del comportamiento, que es duradero e involucra tanto estímulos como respuestas específicas, los cuales han sido expuestos en experiencias previas. De esta forma, el psicólogo puede justamente diseñar y ejecutar estrategias para intencionalmente exponer al consultante a experiencias que generen un cambio terapéutico, esperando que las clases de respuesta que emita sean predominantemente adaptativas (ajustadas a los criterios sociales a mediano-largo plazo), para ello sus estrategias terapéuticas buscarían reducir, fortalecer y/o establecer determinadas conductas. Justamente distintas reflexiones (Pérez, 2012; Wolpe, 1977; Montgomery, 2014; Ulrich et al., 1979; Kazdin, 2000) llevan a considerar que en el proceder del psicoterapeuta, hay a) una clara intervención modificando el ambiente cotidiano del usuario, b) distintas modalidades de exposición dentro y fuera del consultorio, c) un entrenamiento para un mejor control verbal para que sea el propio usuario el que se instigue para ejecutar repertorios potencialmente más ajustados y e) entrenamiento en manejo de contingencias a los cuidadores.

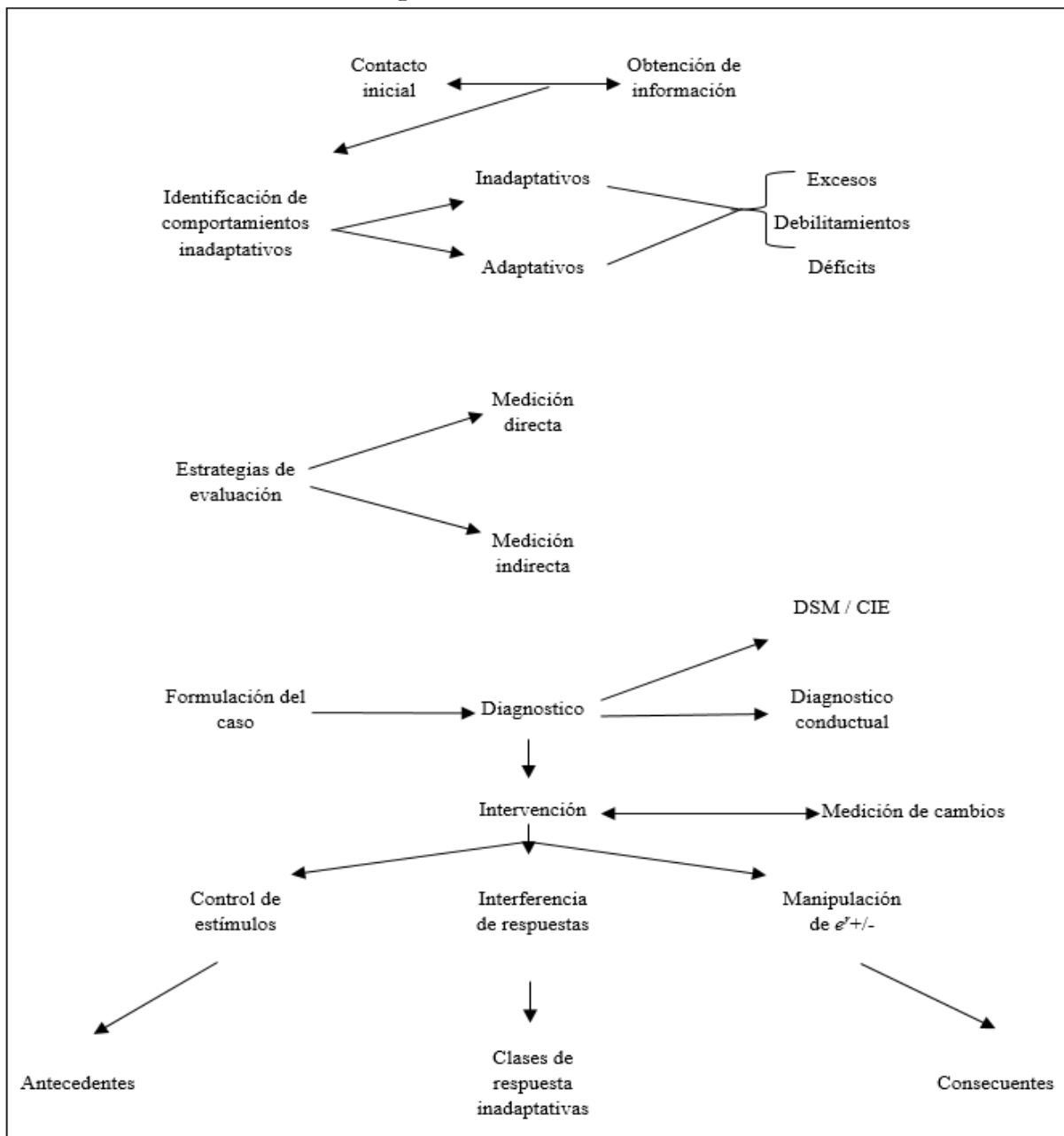
Tomando como base principalmente los aportes de Anicama (2010), es necesario basarse en las etapas del método científico-experimental en la intervención del caso en la práctica clínica, pues refiere que constituye una prescripción metodológica para estudiar y rehabilitar el comportamiento individual, esto involucraría que tanto en el manejo de la entrevista conductual, empleo de registros, uso de esquemas de análisis funcional como herramienta clínica, entre otros,

deberían realizarse considerando la: a) observación, b) descripción, c) explicación, d) interpretación, e) predicción y f) control, teniéndolos en cuenta en distintos momentos como se aprecia en la figura 1.

Asumiendo un modelo E-O-R-C, considerando las variables intervinientes, es decir, los procesos mediadores y variables condicionantes (relevantes para el caso), es que se cuenta con modelos de entrevista e historia clínica conductual, recogiendo situaciones típicas donde aparecen las clases de respuesta inadaptables; así como, sus consecuentes y datos del consultante, los cuales pasan de un análisis descriptivo a uno funcional posteriormente para el establecimiento de las hipótesis con las que se trabajará.

Figura 1

Momentos de la intervención conductual cognitiva



Nota: Se muestran los momentos en el abordaje, desde el contacto inicial, pasando por la formulación y estableciendo la intervención a través de las tres estrategias: a) interferencia de respuesta, b) control de estímulos y c) manipulación de consecuentes.

El empleo de estrategias para la medición de los efectos terapéuticos es necesario, en esto Martin y Pear (2008) comentan que dicha medición constituye una gran ventaja para el modificador de conducta, al permitirle visualizar si las estrategias están teniendo o no el efecto deseado. Asumiendo la conducta como pública (manifiesta) o privada (encubierta), es donde debe priorizarse los sistemas de registro u otras formas de medición, contrastando los cambios favorables y no favorables de sesión a sesión, y entre las distintas fases de su intervención. El reto que esto involucra requiere no solo de la revisión de la literatura, sino de la práctica supervisada, empleando inclusive sistemas a modo de listas de cotejo sobre aspectos que debió haber cumplido en el desarrollo de la sesión el propio psicoterapeuta. Siendo el profesional en psicología que tiene el conocimiento y la habilidad entrenada para poder generar los espacios necesarios e inducir a la emisión de las respuestas terapéuticas, fortaleciéndolas y vinculándolas a otros repertorios de conducta adaptativos, posterior a ello, generando las instrucciones necesarias para potenciar que sea el propio consultante el que reestructure el ambiente donde cotidianamente se desenvuelve.

A través de las estrategias de a) interferencia de respuestas, b) control de estímulos y c) manipulación de los consecuentes, se lleva a cabo el entrenamiento en aquellos repertorios que son potencialmente beneficiosos para el consultante, como en el caso del entrenamiento asertivo, habilidades sociales, autocontrol, en identificación y ejecución de actividades agradables. De esta forma, esto puede ser aplicando en problemas de pareja, obsesiones compulsiones, agresión y violencia, fobias específicas, tartamudez, retardo en el desarrollo, dislexia, medicina conductual por mencionar solo unos ejemplos (Anicama, 1993, 1989; Wolpe, 1977; Ramírez, 1975; Yates, 1987; Galindo, et al., 1987; Pérez y Bernardo, 1993).

La búsqueda de una psicoterapia con apoyo empírico

En las últimas décadas, se ha visto que los procedimientos terapéuticos que más han ganado terreno son aquellos que han hecho buen marketing de su apoyo empírico, esto es el popularizar los beneficiosos efectos terapéuticos de un procedimiento en comparación de otros tratamientos y de la lista de espera (Vera, 2004). La terapia basada en evidencia TBE, como se le ha denominado ha representado una mejora con respecto a la defensa de la participación del psicólogo en el potenciamiento del bienestar de los individuos, como reflexionó Labrador (2008), hace varias décadas era esperable que las personas (no psicólogas) no tuvieran idea de que hace un psicólogo clínico, ni del potencial que tiene para mejorar su calidad de vida, pero ello ha cambiado notablemente, justamente como consecuencia del apoyo empírico que han venido ganando distintos procedimientos.

La necesidad de psicoterapia basada en evidencia (TBE) encuentra su sustento en las consecuencias negativas que traen los desórdenes psicológicos/ psiquiátricos; así como, su vinculación con problemas médicos. A pesar de que las TBE se muestren muy beneficiosas, no necesariamente se encuentran disponibles para todos los usuarios del servicio de psicología (Cook et al., 2017), debiendo de valorarse más. Es importante que estos profesionales revisen literatura especializada sobre el apoyo empírico que tienen distintos protocolos y procedimientos, justamente para poder brindarle al usuario el servicio más respaldado posible. De esta forma, ya no solo se considera la opinión personal del psicoterapeuta, sino que esta debe verse respaldada en datos sobre la eficacia, eficiencia y efectividad de los procedimientos que aplica.

Las evidencias no solo provienen de ensayos clínicos controlados aleatorizados, sino que deben ser con distintas metodologías, como el aporte de los estudios de caso (Rousseau y Gunia, 2016). Considerando también no solo la reducción de síntomas, sino complementarla con mejora de la calidad de vida. Otro reto es la superación de las críticas por malentendidos, como aquellas donde se acusa a las TBE como solo instructivos que hay que aplicar sin re-adaptación, lo cual resultaría equivocado, pues la propia APA (2006) habría considerado que es necesario agregar tanto el juicio como experiencia del profesional en su aplicación.

Con respecto al abordaje clínico en usuarios con terapia conductual-cognitiva, al encontrar primero el termino conductual, se hace explícito la predominancia sobre dichos aportes que considerará el profesional en su intervención clínica, tanto para la elección como readaptación de las estrategias a las particularidades que el usuario muestre en ese momento. En vista de la necesidad por ser más congruentes en la medida de lo posible y buscando la máxima calidad en la psicoterapia a los usuarios del servicio de psicología, el apoyo empírico no solo se encontraría por parte de los efectos reportados en comparar grupos de tratamiento y lista de espera, sino que también surgen propuestas para analizar la propia interacción terapéutica, entendiéndola bajo los principios básicos del aprendizaje a la conducta verbal emitida en consulta, tanto por parte del usuario como del psicoterapeuta, buscando una sola línea en el entendimiento de procesos de aprendizaje en su abordaje general.

CONCLUSIONES

La terapia conductual-cognitiva recoge diferentes aportes tanto de orientación conductual como cognitiva con predominancia en el primero. A pesar de los distintos intentos por plantear una sola línea para el entendimiento y establecimiento de estrategias para la aplicación en la práctica clínica, siguen existiendo aportes que no necesariamente son en su totalidad compatibles. La línea empleada ha venido considerando procedimientos de la terapia de conducta y modificación del comportamiento, intentando integrarlas y asumiendo a la interacción verbal como elemento clave de cambio. Se revisa la importancia de utilizar la herramienta del análisis funcional del comportamiento individual en la formulación del caso, complementada con el diagnóstico conductual (excesos, debilitamientos y déficits conductuales), considerando la estrategia para evaluar los cambios conseguidos, realizado como una forma de monitorizar los progresos terapéuticos alcanzados (o su ausencia). Entendiéndose que las estrategias derivadas de las orientaciones conductuales han ido abarcando cada vez más en el análisis de la modificación del comportamiento, aspectos que en sus inicios no lo hacían, tanto en el área clínica como en otras, incrementándose el estudio de la interacción verbal consultante-psicoterapeuta. No debe de perderse el vínculo entre investigación experimental, teorías del aprendizaje, adaptación de esquemas para el abordaje del caso en la clínica y búsqueda de apoyo empírico de las estrategias de intervención. Tras la conceptualización funcional de los comportamientos operativizados y descritos en secuencias antecedentes, respuestas y consecuentes (considerando las relevantes en "O"), se procede con a) interferencia de respuesta, b) control de estímulos y c) manipulación de los consecuentes.

Agradecimientos / Acknowledgments:

El autor agradece a los consultantes quienes ponen su confianza en el servicio de psicología para mejorar su calidad de vida.

Conflicto de intereses / Competing interests:

El autor declara bajo juramento no haber incurrido en conflicto de interés al realizar este artículo.

REFERENCIAS

- Acero, P., Cabas, K., Caycedo, C., Figueroa, P., Patrick, G. y Martínez, M. (2020). *Telepsicología. Sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable*. Asociación Colombiana de Facultades de Psicología. <https://bit.ly/3ExMyxy>
- Aguilar, G. y Leal, C. (1985). Análisis comportamental aplicado al deporte: efectos de la retroalimentación visual y del refuerzo verbal en el "softbol" competitivo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 17(3),315-328. <https://bit.ly/35PqdNQ>
- Alarcón, R. (1997). La síntesis experimental del comportamiento y la unificación de la psicología. *Revista latinoamericana de psicología*, 29(3), 415-433. <https://bit.ly/3IuhkbE>
- Alcaraz, V. (1979). *Modificación de conducta: El condicionamiento de los sistemas internos de respuesta*. Trillas.
- Amador-Soriano, K., Velázquez-Albo, M. y Alarcón-Pérez, L. (2018). Las competencias profesionales del psicólogo desde una perspectiva integral. *Revista de Educación y Desarrollo*, 45, 5-14. <https://bit.ly/3LPmIX8>

- Anicama, J. (1989). Análisis conductual de los aspectos psicológicos de la violencia y la agresión. *El Analista de la Conducta*, 17(1), 20–32.
- Anicama, J. (1993). Efectos del doble condicionamiento encubierto en el control de una conducta obsesiva-compulsiva crónica y severa. *Revista peruana de análisis de la conducta*, 2(1-2), 49-58.
- Anicama, J. (2009). *Psicología Educativa*. Editorial Inca Garcilaso de la Vega.
- Anicama, J. (2010). *Análisis y modificación del comportamiento en la práctica clínica*. Asamblea Nacional de Rectores ANR.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Ardila, R. (1979). *Psicología del aprendizaje*. Sigoveintiuno editores.
- Ayllon, T. y Azrin, N. (1974). *Economía de fichas: un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación*. Trillas.
- Bandura, A. y Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial S.A.
- Cautela, J. y Kearney, A. (1990). Behavior analysis, cognitive therapy, and covert conditioning. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 21(2), 83–90. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(90\)90013-b](https://doi.org/10.1016/0005-7916(90)90013-b)
- Caycedo, C., Ballesteros, B. y Novoa, M. (2008). Análisis de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 7(1), 231-250. <https://bit.ly/3v28tXY>
- Cook, S., Schwartz, A. y Kaslow, N. (2017). Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 14(3), 537–545. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0549-4>
- Domjan, M. (2010). *Principios de aprendizaje y conducta*. Cengage Learning Editores, S.A.
- Eysenck, H. (1979). *Experimentos en Terapia de la Conducta, volumen I: Inhibición Recíproca*. Fundamentos.
- Froufe, M. (2011). *Psicología del aprendizaje. Principios y aplicaciones conductuales*. Ediciones paraninfo S.A.
- Galindo, E., Bernal, T., Hinojosa, G., Galguera, M. y Padilla, F. (1987). *Modificación de conducta en la educación especial. Diagnóstico y programas*. Trillas.
- Gonzales, R. (1971). *Psicología del aprendizaje*. Editorial Universo S.A.
- Kazdin, A. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. Editorial Desclee de Brouwer S.A.
- Kazdin, A. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas (2.ª ed.)*. Manual Moderno.
- Kimble, G. (1969). *Hilgard y Marquis Condicionamiento y aprendizaje*. Trillas.
- Labrador, F. (2008). *Introducción a las técnicas de modificación de conducta*. En Labrador, F. (Coord.). *Técnicas de modificación de conducta*. Ediciones Pirámide.
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. Pearson Educación, S.A.
- Ministerio de Salud MINSa (2022). *Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante 2021*. <https://bit.ly/36VB3Cy>
- Montgomery, W. (2002). *Ingeniería del comportamiento*. Asociación peruana de psicología interconductual ASSPI.
- Montgomery, W. (2014). *Teoría, evaluación y cambio de la conducta: Texto universitario*. APIITA.
- Montgomery, W. (2018). *Conductismo: Un análisis paradigmático. Cuestiones teóricas, filosóficas y profesionales*. Yopublico.saxo.
- O'Neill, G. y Gardner, R. (1983). Behavior therapy: an overview. *Hospital & community psychiatry*, 34(8), 709–715. <https://doi.org/10.1176/ps.34.8.709>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2021). *Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental*. <https://bit.ly/3upjmUV>
- Pellón, R., Miguéns, M., Orgaz, C., Ortega, N. y Pérez, V. (2014). *Psicología del Aprendizaje*. UNED.
- Pérez, M. (2012). *Caracterización de la intervención clínica en modificación de conducta*. En Vallejo, M. (Coord.). *Manual de terapia de conducta Tomo I*. Dykinson, S.L.
- Pérez, M. y Bernardo, I. (1993). Superación de la dislexia mediante técnicas operantes. *Psicobema*, 5(2), 323-335. <https://bit.ly/3jgoOmx>
- Ramírez, L. (1975). Tratamiento de la tartamudez por los procedimientos de auto-control. *Revista Latinoamericana de psicología*, 7(3), 421-434. <https://bit.ly/3uG9zbL>
- Reynolds, O. (1968). *Compendio de condicionamiento operante*. Editorial Ciencia de la Conducta.
- Ribes, E. (1977). Relación entre teoría conductual, investigación experimental y técnicas de modificación de conducta. *The psychological record*, (2), 417-424. <https://bit.ly/3EybdZa>
- Rinn, R. y Markle, A. (1981). *Paternidad positiva: Modificación de conducta en la educación de los hijos*. Editorial Trillas.
- Rousseau, D. y Gunia, B. (2016). Evidence-Based Practice: The Psychology of EBP Implementation. *Annual review of psychology*, 67, 667–692. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033336>
- Ulrich, R., Stachnik, T. y Mabry, J. (1979). *Control de la conducta humana, volumen II*. Trillas.
- Upper, D. y Cautela, J. (1983). *Condicionamiento encubierto*. Desclee de Brouwer, S.A.
- Uribe, A., Aristizabal, A., Barona, A. y López, C. (2009). Competencias laborales del psicólogo javeriano en diferentes áreas aplicativas: clínica, educativa, social y organizacional. *Psicología desde el Caribe*. 1(23), 21-45. <https://bit.ly/3DtfrZR>
- Vera, P. (2004). Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit. Revista de psicología*. 1(10), 4-10. <https://bit.ly/3wQLXeb>
- Wolpe, J. (1977). *Práctica de la terapia de la conducta*. Trillas.

- Yates, A. (1970). La definición de terapia conductual. *Revista latinoamericana de psicología*. 2(2), 113-121.
<https://bit.ly/35h7H0o>
- Yates, A. (1987). *Terapia del comportamiento*. Trillas.
- Zilio, D. y Carrara, L. (2021). *Contemporary behaviorisms in debate*. Springer.