

## La relevancia y actualidad de las técnicas conductuales

### Evidencias y ejemplos clínicos que realzan el valor de las técnicas conductuales

La discusión acerca de cuáles técnicas poseen mayor importancia en los tratamientos psicológicos, si las cognitivas o las conductuales, hoy se halla casi perimida. Quienes trabajamos en **Terapia Cognitivo Conductual** defendemos la relevancia de ambos tipos a pesar del fuerte hincapié que se ha puesto en los últimos años en los aspectos “cognitivos puros”. Algunas teorizaciones se han alejado tanto de los datos que ya rozan la especulación. Por ello creemos importante recordar la **eficacia** de las técnicas conductuales que para algunos trastornos psicológicos representan incluso la **primera línea de intervención**.

El psiquismo humano es demasiado complejo como para reducirlo todo a explicaciones basadas en procesos de pensamiento, las acciones constituyen una parte inseparable integrante de la maquinaria para cuya modificación a veces no alcanza con los procedimientos cognitivos. Sobran los ejemplos en los cuales no se puede ni siquiera pensar en una intervención que no tenga carácter conductual. Veamos algunos:

En la eyaculación precoz del varón resulta inverosímil pretender aplicar sólo psicoeducación y modificar algunas creencias erróneas, las cuales seguramente el paciente sí tiene y, por qué no, también mantienen el problema. Pero definitivamente la modificación de los esquemas cognitivos distorsionados no llevará a la solución si esto no va acompañado de un entrenamiento conductual con alguna técnica como la

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. José Dahab y Lic. Ariel Minici

de “parada y arranque” (stop-start, en la denominación en inglés) que ayude al control eyaculatorio.

En fobias específicas como a viajar en avión o a sacarse sangre nos quedaríamos definitivamente a mitad de camino si no efectuáramos simulacros de extracción o no practicáramos respiración abdominal frente a los estímulos relacionados con el vuelo. Como ya mencionamos en otro artículo de este número de la revista, los pacientes suelen ser hiperconscientes de la ausencia de peligro pero no pueden detener su temor. Así que necesitan exposición aparte de la reestructuración. Ni que hablar si estamos frente a un caso de **Trastorno Obsesivo Compulsivo** que no deja de cerrar una y otra vez la puerta antes de salir de su casa.

¿Trabajaremos en este caso sus pensamientos automáticos? Sí, muy probablemente, pero únicamente con ello no sería suficiente, pues necesitamos recurrir a la **Exposición y Prevención de la Respuesta** hasta que el paciente logre cerrar y verificar tan sólo una vez. Lo mismo podríamos argumentar respecto de un paciente que padece Agorafobia, ¿salimos con él haciendo Exposición en Vivo o simplemente modificamos sus creencias de que el mundo no es tan peligroso como cree y que por ende no le va a pasar nada en la calle? Tampoco en este caso sería suficiente el tratamiento puramente cognitivo como en general no lo es en ninguno de los Trastornos de Ansiedad. Como ya dijo Isaac Marks, cualquier tratamiento eficaz para la ansiedad patológica requiere en alguna medida un ingrediente de exposición.

Con esta introducción esperamos haber dejado en claro la permanente **complementariedad e interacción** entre cognición y conducta; de ahí que la mayoría de los cuadros no puedan tratarse obviando las técnicas conductuales. A continuación, realizaremos un recorrido por algunos problemas para cuyo abordaje

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. José Dahab y Lic. Ariel Minici

se destaca su valor, aunque en ningún caso descartamos la aplicación de procedimientos de modificación de patrones de pensamiento irracional cuando estos aparecieran. No estamos negando la cognición como fenómeno psicológico sino que vamos a citar ejemplos en los cuales los psicólogos no podemos mostrarnos indiferentes a las herramientas conductuales, tanto por su practicidad como por su eficacia.

## Tratamiento de tics y hábitos nerviosos

El abordaje de hábitos nerviosos tales como tics, tartamudeo, tricotilomanía o morderse la uñas requiere de dos procedimientos principales: **Técnicas de Relajación** y ensayos de **Inversión de Hábito**.

La **Inversión de Hábito** consiste en un procedimiento basado en el condicionamiento operante. Desde este tipo de aprendizaje, se plantea que una forma de disminuir la frecuencia de una conducta es ejecutando una segunda conducta opuesta a la primera. De este modo, si una persona padece un tic como morderse los labios con excesiva reiteración, durante varios segundos y en diferentes momentos del día, a ella se le indicaría que ejecute la conducta inversa de colocar los labios en posición natural, con la boca cerrada, sin ejercer ningún tipo de movimiento o presión entre ambos. Este ensayo de reversión de hábito debe efectuarse durante un período de tres minutos, focalizando la atención en el contacto entre los labios. También en ese momento resulta aconsejable pensar frases que refuercen la conducta adaptativa, tales como: *“tengo los labios juntos, sin morderlos, así es mejor, los tengo que mantener así, muy bien”*.

Los ensayos de inversión de hábito pueden ejecutarse en diferentes momentos del día. Asimismo, cada vez que el paciente identifique que ha hecho su tic (morderse

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. José Dahab y Lic. Ariel Minici

los labios) debe efectuar la conducta opuesta (labios juntos) durante unos minutos. La práctica continuada del comportamiento adaptativo es necesaria para la **consolidación** del cambio conductual.

## Disminución de la postergación

El problema de la postergación o procrastinación cotidiana aparece con frecuencia en el ámbito clínico. Típicamente sucede que una conducta alternativa reemplaza a la que la persona debe ejecutar. Veamos el caso de un alumno universitario que presenta déficit en la emisión del comportamiento de estudio. Inicialmente, el paciente planifica estudiar durante un fin de semana largo pero el primer día del mismo, sábado, chatea en internet, ve televisión, escucha música y cuando se acerca la noche, sale con amigos. Obviamente, no estudia. Regresa de su salida el domingo a las 6 de la mañana, duerme y se despierta a las 14 hs. Mientras transcurre el domingo, luego de almorzar, piensa en que a las 18 hs., finalmente, se sentará a estudiar. Pero a las 17 la persona prende el televisor y empieza a ver una película que termina a las 19; en ese momento llama por teléfono a unos amigos que lo convencen de volver a salir. En su mente aparecen pensamientos como *“ya pasó todo el domingo, mejor arranco mañana lunes, desde la mañana y listo”*. El día lunes, el paciente se despierta a las 11 hs. y comienza a estudiar.

Como puede observarse, durante el sábado y el domingo el paciente ha perdido mucho tiempo ejecutando conductas diferentes a leer y resumir el material de la asignatura que debe rendir. En un caso como este podemos aplicar el **Principio de Premack**, una técnica apoyada en la idea de que una conducta de alta probabilidad de ocurrencia puede reforzar a otra conducta de baja probabilidad de ocurrencia emitida previamente. En el citado caso de nuestro estudiante postergador,

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. José Dahab y Lic. Ariel Minici

deberíamos indicarle que primero estudie una hora y recién luego realice cualquiera de las actividades que lo refuerzan, sea ver una película, chatear o salir con amigos.

Para citar otro ejemplo más sencillo, si a una persona el médico le sugiere caminar diariamente durante una hora –conducta de baja probabilidad de ocurrencia- y luego va a un bar a tomar un café y leer el diario –conducta de alta probabilidad-, está implementando correctamente el **Principio de Premack**. Para que la conducta de caminar se incremente es necesario que la conducta placentera (bar), se emita luego de haber hecho la caminata. A la inversa, la técnica no funciona pues la conducta placentera inhibirá la ejecución de la caminata. Esta secuencia, caminata-bar, debe repetirse en cada oportunidad que el paciente desee ir a un bar. Si el paciente va a bares en diferentes momentos de la semana sin antes efectuar al menos unos 30 minutos de caminata, el reforzador (ir al bar) irá perdiendo intensidad para estimular el caminar en posteriores oportunidades.

Como en tantos otros procedimientos comportamentales, el **Principio de Premack** se basa en la **ASOCIACIÓN** de respuestas. En este caso, la conducta meta (caminar) deberá verse reforzada por la conducta reforzante (ir al bar) para lo cual es menester repetir varias veces el orden de los elementos señalados. Una vez consolidado el hábito de caminar, entonces puede prescindirse de la conducta “ir al bar a leer el diario” porque la conducta de caminar ya se mantiene por reforzadores naturales tales como el bienestar experimentado luego de la actividad física, la disminución del peso y la mejora de la salud. En general, realizar primero la conducta pendiente y luego la deseada, disminuirá la conducta de postergación.

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. José Dahab y Lic. Ariel Minici

## Tratamiento de conductas excesivas

Llamamos “conductas en exceso” a aquellas cuyo carácter patológico radica en que se efectúan en demasía, por encima de parámetros de normalidad y salud. Las mismas conductas realizadas en una medida menor no atentan contra la salud, incluso en algunos casos son imperiosamente necesarias para vivir como, por ejemplo, comer. Ingerir alimentos, está claro, resulta de vital importancia; ahora bien, si perdemos el control con cada comida, tendremos entonces un trastorno alimentario. Nos referiremos a esto brevemente más abajo.

Para el tratamiento del **Gasto Compulsivo** es necesario que el paciente rompa o entregue a algún familiar su tarjeta de crédito. Esta indicación surge de la técnica **Control de Estímulo Precedente**. La tarjeta de crédito funciona como estímulo que aumenta el deseo de consumo ya que su utilización se halla asociada a diferir las consecuencias negativas, esto es, abonar el objeto que se compra. Si la persona compra un televisor en 36 cuotas de \$50, sentirá menor sensación aversiva que si paga al contado el importe total que asciende a \$1800.

El hecho que las consecuencias negativas se diferan aumenta la probabilidad de consumo lo cual conduce a que el paciente con gasto compulsivo tenga mucha mayor tentación hacia una gran cantidad de productos. Si la persona no dispone de una tarjeta de crédito y debe abonar al contado, sentirá mayor malestar y esto puede disminuir la tendencia compulsiva a comprar productos.

El **Control de Estímulo Precedente** también se aplica para el abordaje del **Juego Patológico**. La indicación consiste en que el que el paciente, durante varios meses, no salga a la calle con grandes sumas de dinero. Se sugiere pedir a algún familiar que administre el dinero del paciente y le entregue todas las mañanas el monto

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. José Dahab y Lic. Ariel Minici

mínimo para que realice los gastos indispensables tales como viajar o comprar comida para el almuerzo.

El **Juego Patológico** se aborda también con otros procedimientos conductuales como el **Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles** al juego, por ejemplo, la conducta de ahorrar. Con este recurso procuramos un aumento de la conducta opuesta a la conducta-problema. Así, si deseamos que el paciente disminuya hasta abandonar totalmente el hábito de apostar en juegos de azar (conducta-problema), podríamos incrementar la conducta de ahorro (conducta incompatible). A medida que el paciente vaya ahorrando también percibirá que tiene acceso a beneficios que en otro momento le eran vedados debido al juego, como por ejemplo, irse de vacaciones, comprar un auto o arreglar su casa. Tales placeres actuarán así como reforzadores naturales de la conducta de ahorrar, todo lo cual terminará disminuyendo el deseo y la probabilidad de que el paciente apueste en el casino.

Para la terapéutica de los **Trastornos Alimentarios** existen programas conductuales puntuales con pasos preestablecidos que el paciente debe cumplir para lograr los objetivos. Por ejemplo, para los pacientes con **Obesidad** necesitamos implementar un Programa de **Reforzamiento de Intervalo Fijo** a fin de disminuir la “conducta de picoteo” (comer cualquier cosa en cualquier momento del día). Con este programa cambiamos no sólo la cantidad de comida que el paciente ingiere, sino también la forma tan irregular en que lo hace. El cumplimiento de horarios en las comidas reduce la impulsividad espontánea y aumenta la probabilidad de autocontrol.

## Tratamiento del deseo sexual hipoactivo en la mujer

Es frecuente la consulta de pacientes mujeres que tienen poco deseo sexual. Muchas veces, la falta de deseo sexual no implica una crisis de pareja; la mujer está

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. José Dahab y Lic. Ariel Minici

plenamente convencida de que ama a su marido y no se plantea en absoluto la separación. La falta de deseo sexual no suele ser efecto de distorsiones cognitivas sino que se origina más en factores como la ansiedad escénica durante las relaciones íntimas, las inhibiciones o, incluso, la falta de experiencia y aprendizaje. La ansiedad sexual se aborda con **Relajación y Desensibilización**, dos técnicas que no describiremos porque ya lo hemos hecho en otros números de esta revista. Sugerimos al lector consultarlos.

En otros casos, la mujer no presenta ansiedad, ni problemas de relación, ni inhibiciones, no obstante no siente deseos de tener relaciones sexuales. Para el tratamiento de este síndrome denominado **Deseo Sexual Hipoactivo** contamos con tratamientos conductuales específicos. Uno de ellos ha sido detallado y manualizado por Lo Piccolo y tal abordaje se encuentra incluido en las guías de tratamientos eficaces.

El tratamiento propuesto por Lo Piccolo consta de cuatro componentes básicos: visualización de escenas, focalización de la atención en la respuesta sexual, aproximaciones graduales y autoestimulación mediante ejercicios de masturbación dirigida. En primera instancia, se le indica a la paciente que dedique un momento de su día a imaginar una escena no-erótica concentrándose en las sensaciones de placer de su cuerpo; por ejemplo, pensar en un paisaje relajante de unas vacaciones mientras atiende a las sensaciones placenteras. Ocasionalmente se sugiere que este ejercicio se lleve a cabo en estado de relajación.

En la segunda fase, la paciente visualiza escenas agradables en presencia de su pareja, aunque aún dichas escenas no deben poseer contenido erótico. La mujer visualiza, por ejemplo, el contacto físico no-erótico con su marido en un lugar pacífico y agradable. También durante esta etapa la mujer debe focalizar su atención

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. José Dahab y Lic. Ariel Minici

en las respuestas de excitación de su cuerpo. En una tercera etapa, la paciente visualiza escenas de contacto físico con su marido, en zonas “no-sexuales”. Finalmente, en una cuarta fase, las visualizaciones se van aproximando hacia la zona de los senos y los labios hasta alcanzar gradualmente vagina y clítoris. Una vez que la mujer ha podido implementar “la conciencia sensorial” de su cuerpo, se indica la masturbación.

En conjunto, el ejercicio descrito permite a la mujer un mejor conocimiento de las respuestas excitatorias. Posteriormente, de modo gradual, la pareja irá implementando “in vivo” los ejercicios que la mujer ha imaginado previamente. Como puede notarse, este abordaje incluye cuatro componentes conductuales: focalización sensorial, visualizaciones, aproximaciones graduales y autoestimulación.

Tal como ya hemos afirmado, no estamos desestimando el uso de las técnicas cognitivas para el abordaje de las Disfunciones Sexuales; lo que sí sostenemos es que en algunos casos debemos trabajar con herramientas conductuales pues no se detectan creencias irracionales o distorsiones cognitivas sobre el sexo.

## Conclusiones

En los ejemplos narrados, el tratamiento con procedimientos exclusivamente cognitivos no es suficiente. Destacamos que por la naturaleza de los trastornos en cuestión, la modificación del pensamiento del paciente no logra necesariamente la modificación de la ejecución.

Si la psiquis humana incluye tan obviamente componentes de pensamiento y de acción, ambos, no debería entonces sonar extraño el recurrir a herramientas que apunten más a uno u otro de estos elementos. No podemos negar la existencia de procesos cognitivos complejos, tampoco pues las herramientas para su terapéutica.

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. José Dahab y Lic. Ariel Minici

De manera similar, no podemos ignorar la existencia de la acción y la fisiología de las personas, por tanto, tampoco deberíamos desconocer las herramientas terapéuticas que operan directamente sobre tales aristas.

Insistiendo en la complejidad del comportamiento humano, no hay que olvidar de su apoyo neurobiológico. Lo cognitivo tiene una apoyatura cortical, de ahí que el nivel del pensamiento sea el que está en juego y ello responda a las técnicas cognitivas. Los planos de conducta fisiológico y motor se sustentan en el sistema límbico, la amígdala, la corteza neuromotora y el sistema de recompensa o núcleo accumbens; ¿cómo llegamos a modificar esos niveles de conducta sino fuera utilizando técnicas acordes a los mismos?

Efectivamente, necesitamos combinar técnicas, sólo así logramos abarcar completamente a la mente humana, entendida ésta como una función del sistema nervioso. Existe un permanente interjuego entre los diferentes planos del funcionamiento psicológico; pensamiento, fisiología y conducta se influyen recíprocamente de maneras múltiples y complejas. Los cambios en el pensamiento conducen a cambios neurales y estos a su vez modifican a la conducta; pero a su vez los cambios en las acciones de una persona acarrearán modificaciones en la arquitectura más fina del cerebro, lo que a su vez redundará en el pensamiento.

En suma, no podemos afirmar que ninguno de los tres niveles sea el primario ni el principal en lo que se refiere a generar un cambio. ¿Quién no ha cambiado su manera de pensar cuando afronta un supuesto peligro y luego corrobora que no lo era? Así avanzamos por la vida, aprendiendo por diferentes vías, no todo lo adquirimos por información y nuevas maneras de pensar; la acción misma, el ensayo y el error son elementos cruciales en el aprendizaje y en la formación de nuevas creencias.

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. José Dahab y Lic. Ariel Minici

Actualmente hay dos pilares de los tratamientos en psicología. Primero, operar sobre los pensamientos, creencias, supuestos y reglas. Segundo, trabajar sobre las acciones, lo cual se refiere tanto a “empezar a hacer” como a “dejar de hacer”, accionando de manera directa sobre las situaciones, los contextos reales y tangibles. Ni que hablar de las respuestas fisiológicas, tan presentes en los estados emocionales patológicos. Modificar estos últimos implica utilizar un buen número de técnicas de corte conductual.

Podemos entonces concluir que no podemos prescindir de técnicas conductuales para la modificación de hábitos y conductas problemáticas, ello sería como dejar al paciente a medio camino. Concretamente, hoy se trabaja informando al paciente, reestructurando sus ideas erróneas (ambas técnicas cognitivas) y luego entrenándolo en cómo modificar sus conductas, sus reacciones fisiológicas, enseñándole que muchas veces él mismo tiene que más accionar y menos pensar, logrando, insistimos, un equilibrio entre el pensamiento y la acción.

Los tratamientos aplicados a un amplio espectro de problemas psicológicos, como los Trastornos de Ansiedad y del Estado de Ánimo, dos frecuentes motivos de consultas en la actualidad, hoy se tratan con técnicas cognitivas y conductuales, sin poder afirmar cuáles de ellas son más importantes pues esto dependerá de qué factores sean preponderantes en el paciente que se presenta a consulta. Lo que sí resulta claro es que si se utilizan ambos tipos de técnicas, el tratamiento tiene muchas más probabilidades de éxito.

Las terapias psicológicas contemporáneas **científicamente basadas** no hacen caso de los gustos y preferencias personales de un autor o terapeuta en particular, tampoco se apoyan en ideas dogmáticas preestablecidas ni en modas o tendencias que se impongan sólo por ser novedosas. Contrariamente, las terapias psicológicas

Por: Lic. Carmela Rivadeneira, Lic. José Dahab y Lic. Ariel Minici

científicas sólo escuchan a las **investigaciones empíricas**. Y en este sentido, las evidencias nos indican que lo más efectivo consiste en una combinación variable de diferentes procedimientos técnicos según el caso, sin prescindir dogmáticamente de ninguna herramienta. La integración de ambos tipos de procedimientos, cognitivos y conductuales, resulta ser casi siempre la mejor opción.