



**ALAMOC**

ASOCIACION LATINOAMERICANA DE ANALISIS,  
MODIFICACION DEL COMPORTAMIENTO Y  
TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL  
Intergrante de la WCCBT

Noviembre 2021  
Ed. N°: 007  
ISSN 2683-9423

# COGNICIÓN Y COMPORTAMIENTO



Publicación semestral  
de ALAMOC

Web:  
[www.alamoc-web.org](http://www.alamoc-web.org)





## COGNICIÓN Y COMPORTAMIENTO.

Noviembre 2021 | Ed: N°: 007 | ISSN 2683-9423

### Director:

Guillermo Rivera Arroyo

### Editor: FUNDACIÓN CATREC

Amenabar 1252 5°"A" +5491165888080  
catrecsecretaria@gmail.com

### Comité científico:

Luis O. Perez Flores (PSICOSEX)  
Héctor Fernández Alvarez (AIGLE)  
Juan José Moles Alvarez (CIPPS)  
Andrés Roussos (CONICET)  
Junta Directiva de ALAMOC

### Comité Editorial:

Edgard Pacheco Luza  
Julio Obst Camerini  
Giselle Vetere  
Oswaldo Rodrigues

Diseño gráfico: Luján Pagano

## JUNTA DIRECTIVA (2019-2023 )

### Presidente:

Julio Obst Camerini (Argentina)

### 1er. Vicepresidente:

Luis Pérez Flores (Perú)

### 2do. Vicepresidente:

José Britos (Paraguay)

### Secretario General:

Oswaldo Rodrigues (Brasil)

### Secretario Ejecutivo:

Martín Gomar (Argentina)

### Tesorera:

Marina Galimberti (Argentina)

### 1er Vocal:

Wilber Roberto Castellón (El Salvador)

### 2do Vocal:

Adriana Martinez (Uruguay)

### Past-President:

Edgard Pacheco Luza (Perú)

## COORDINADORES NACIONALES

**Argentina:** Ricardo Rodríguez Biglieri

**Bolivia:** Guillermo Rivera Arroyo

**Brasil:** A designar

**Chile:** Bryan Oyarzún Quintanilla

**Colombia:** A designar

**Costa Rica:** Galo Guerra Vargas

**Ecuador:** Sergio Paz Wactson

**El Salvador:** María José Chavarría Bolaños

**Guatemala:** Beverly Denise Humes Guzmán

**Honduras:** Fátima Duarte Ortiz y Johan Leiva Yanes

**México:** Imelda Alcalá

**Nicaragua:** A designar

**Panamá:** Ricardo Turner

**Paraguay:** Licia Martínez Vazquez

**Perú:** Elsa Farfán Gonzáles

**República Dominicana:** Mayra Dietsch Rodriguez

**Uruguay:** Mariela Goldberg

**Venezuela:** Navidia García Rodríguez



La revista Cognición y Comportamiento es un emprendimiento editorial de ALAMOC - Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitiva Conductual.

La revista publica preferentemente artículos de investigación, revisiones y artículos de naturaleza teórica tanto sobre ciencias como sobre la aplicación de distintos enfoques de las Terapias Cognitivas Conductuales y de Modificación del Comportamiento.

Además de los trabajos inéditos sujetos al reglamento, también publica artículos de profundización, de opinión o de información general sobre temas relacionados con las Terapias Cognitivas Conductuales, las psicoterapias, las ciencias sociales o la psicología en general.

## INDICE:

Comentario editorial.....	03
Obituario Aaron T Beck.....	04
<b>Artículos de Opinión:</b>	
El DSM y el diagnóstico categorial en psiquiatría.Desafíos y nuevas direcciones .....	06
Importancia de una buena conceptualización de variables para la relación terapéutica. ....	11
Los límites de la terapia hablada .....	13

## REGLAMENTOS:

Reglamento de publicaciones en **Español**  
(Descargar)

Regulamento de Publicações em **Português**  
(Descargar).



## HISTORIA DE ALAMOC

ALAMOC, es la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitiva Conductual, y se fundó el 19 de febrero de 1975 en Bogotá, Colombia.

Desde sus comienzos hasta el presente se ha convertido en la asociación de los profesionales de los países latinoamericanos interesados en las Ciencias del Comportamiento y las Terapias Cognitivas Conductuales, y es la representante de América Latina en los congresos mundiales de terapias conductuales y cognitivas (WCBCT).

Los países originalmente miembros de ALAMOC fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, estando abierta a otros países donde existan grupos de profesionales latinoamericanos que deseen pertenecer a la ella.

ALAMOC es una entidad sin fines de lucro que tiene como objeto el fomento, promoción, ejecución, difusión, investigación, evaluación, acreditación, análisis y reflexión del estudio científico y sus avances sobre el comportamiento y la cognición en sus diversos componentes desde una comprensión integral del desarrollo humano y su relación con el contexto hasta los procesos de cambio y recursos psicoterapéuticos.

ALAMOC se ha constituido en la institución que califica y avala no sólo a profesionales, sino también a las instituciones de elevado nivel académico para recomendarlas como Centros de Formación en los diferentes países Latinoamericanos.

El congreso mundial del año 2013, fue el 8° Congreso Mundial de Terapias Conductuales y Cognitivas, y fue organizado por ALAMOC en Lima, Perú.

## CONGRESOS DE ALAMOC

Los Congresos Latinoamericanos de ALAMOC ya son tradicionales y en su historia se cuentan las siguientes ediciones:

**I CLAMOC:** Panamá (Panamá) - 1977.

**II CLAMOC:** Bogotá (Colombia) - 1979.

**III CLAMOC:** Santiago (Chile) - 1981.

**IV CLAMOC:** Lima (Perú) - 1984.

**V CLAMOC:** Caracas (Venezuela) - 1986.

**VI CLAMOC:** Montevideo (Uruguay) - 1989.

**VII CLAMOC:** Guayaquil (Ecuador) - 1991.

**VIII CLAMOC:** La Paz (Bolivia) - 1994.

**IX CLAMOC:** Viña del Mar (Chile) - 1996.

**X CLAMOC:** Caracas (Venezuela) - 1999.

**XI CLAMOC:** Lima (Perú) - 2001.

**XII CLAMOC:** Guayaquil (Ecuador) - 2003.

**XIII CLAMOC:** Montevideo (Uruguay) - 2005.

**XIV CLAMOC:** Sao Paulo (Brasil) - 2010.

**XV CLAMOC:** Buenos Aires (Argentina) - 2012.

**XVI CLAMOC:** Asunción (Paraguay) - 2014.

**XVII CLAMOC:** Panamá (Panamá) - 2016.

**XVIII CLAMOC:** Lima (Perú) - 2019





## COMENTARIO EDITORIAL

En este número estamos orgullosos de anunciar que el XIX-CLAMOC (19° Congreso de ALAMOC se realizará en forma virtual los días 30 de setiembre, más el 1° y 2 de octubre del 2022 Será organizado por el Instituto Panameño de Terapia Cognitiva Conductual, afiliado a ALAMOC y presidido por Ricardo Turner. Más detalles, precisiones y publicidad, se irán brindando durante el mes de enero.

También, siguiendo con nuestro desarrollo, desde mayo hasta la fecha hemos afiliado 60 nuevos miembros, hemos afiliado tres nuevas instituciones y hemos designado dos nuevos coordinadores, en Costa Rica y México (norte).

**IMPORTANTE:** Queremos invitar a todos los que deseen organizar el siguiente congreso de ALAMOC a que presenten a nuestra Junta Directiva una propuesta previa, en los primeros meses del 2022. Si las propuestas son acordes a nuestras normas, podrán presentarlas en el XIX-CLAMOC del 2022 para que la Asamblea pueda decidir quién organizará el XX-CLAMOC, así como el lugar y la fecha del mismo. Cualquier duda que tengan sobre el tema pueden consultarla con este presidente.

Finalmente queremos expresar nuestro pesar por el fallecimiento del Dr. Aaron T. Beck sucedido el día 1° del corriente mes de noviembre de 2021. Por eso hemos incluido en primer lugar las palabras del Dr. Keith Dobson, presidente de la Confederación Mundial de Terapias Cognitivas Conductuales, la WCCBT, a la cual pertenecemos.

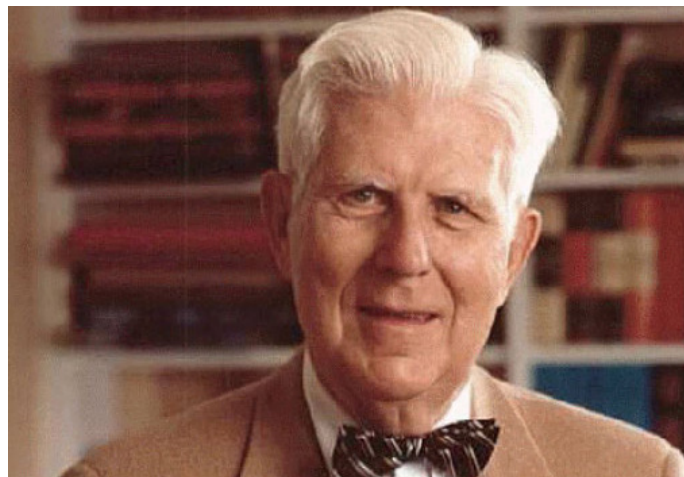
**Julio Obst Camerini**  
Presidente  
ALAMOC



## Aarón T. Beck

El 1° de noviembre de 2021, con 100 años de edad el Dr. Aaron T. Beck ha fallecido.

Beck nació en Providence, Rhode Island, el 18 de julio de 1921, siendo el más pequeño de sus tres hermanos. Sus padres eran inmigrantes judíos. El nacimiento de Beck se vio precedido del fallecimiento de su hermana, como consecuencia de una epidemia de gripe, situación que sumió a su madre en una profunda depresión.



Beck fue a la Universidad de Brown, graduándose cum laude en 1942. Luego ingresó en la Escuela de Medicina de Yale y se graduó en 1946. En esta Universidad fue editor asociado del diario Brown Daily Herald, y recibió el Francis Wayland Scholarship, el Premio de Excelencia en Oratoria de William Gaston y el Premio de Ensayo de Philo Sherman Bennett.

A principios de los años 1960 cuando era psiquiatra en la Universidad de Pensilvania, Beck desarrolló la Terapia Cognitiva. Debido a su instinto científico e investigador, trató de poner a prueba algunas hipótesis acerca de los conceptos psicoanalíticos implicados en la depresión, diseñando y llevando a cabo diferentes experimentos. A pesar de que esperaba validar gran parte de los preceptos fundamentales del psicoanálisis, se sorprendió al encontrar justo lo contrario. Estas investigaciones le llevaron a comenzar a buscar otras formas de conceptualizar y explicar la depresión. Así dio comienzo al modelo que quedaría definido como “Terapia Cognitiva”, también reconocido actualmente como “Terapia Cognitiva Conductual”.

En 1994 Beck crea el “Beck Institute” en Bala Cynwyd, Pennsylvania, del cual es actualmente directora su hija, la Dra. Judith Beck. Desde entonces el Dr. Beck y sus colaboradores diseminados por todo el mundo, investigaron la eficacia de esta forma de terapia y desarrollaron una amplia gama de recursos para tratar un amplio abanico de trastornos, incluyendo la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos de personalidad, la obesidad, las adicciones, etc. etc.

Según la Asociación Americana de Psicología, él ha sido uno de los cinco psicoterapeutas más influyentes de todos los tiempos y su legado a las psicoterapias actuales ha sido inconmensurable con frutos muy valiosos que siguen en constante desarrollo.

**Julio Obst Camerini**  
Fundación CATREC



## Obituario Aaron T Beck

The world has lost a major figure, with the passing of Dr. Aaron T. Beck on November 1st, 2021. From his earlier training in psychoanalysis, to his challenging of orthodoxy in that approach, and his earliest investigations of cognition in psychotherapy, he innovated and pushed the field in novel directions. As early as 1970 he published “Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy” in the inaugural volume of Behavior Therapy, in which he introduced some of the themes he would go on to develop through his remarkable career at the University of Pennsylvania and later at the Beck Institute which he co-founded. He was a pioneer in psychotherapy, a creative genius, and friend and mentor to many of us in the field, and a consistent voice that supported the development of evidence- based assessment and clinical practice. I remember the generosity he showed me when I first met him in 1978 and the time he spent with myself and my partner, Debbie, when we visited his center, even unknown as we were at the time.

Aaron Beck has been cited as one of the 25 most influential physicians of the past century and his legacy will no doubt last well into the current century. He has shaped the ways in which many of us think about psychopathology, and certainly the ways in which we conceptualize the practice of psychotherapy. Our debt to him cannot be truly measured.

El mundo ha perdido una figura importante, con el fallecimiento del doctor Aaron T. Beck el 1° de noviembre de 2021. Desde su formación anterior en el psicoanálisis, a su desafío a la ortodoxia de ese enfoque, y sus primeras investigaciones sobre la cognición en la psicoterapia, innovó y empujó el campo en direcciones novedosas. Ya en 1970 publicó “Terapia cognitiva: naturaleza y relación con la terapia conductual” en el volumen inaugural de Behavior Therapy, en el que presentó algunos de los temas que desarrollaría a lo largo de su destacada carrera en la Universidad de Pensilvania y más tarde en el Instituto Beck, del que fue cofundador.

Fue un pionero en psicoterapia, un genio creativo y amigo y mentor de muchos de nosotros en el campo, y una voz constante que apoyó el desarrollo de la evaluación basada en la evidencia y la práctica clínica. Recuerdo la generosidad que me mostró cuando lo conocí por primera vez en 1978 y el tiempo que pasó conmigo y con mi compañera, Debbie, cuando visitamos su centro, incluso desconocidos como éramos en ese momento.

Aaron Beck ha sido citado como uno de los 25 médicos más influyentes del siglo pasado y su legado sin duda perdurará hasta bien entrado el siglo actual. Ha modelado las formas en que muchos de nosotros pensamos sobre la psicopatología y, ciertamente, las formas en que conceptualizamos la práctica de la psicoterapia. Nuestra deuda con él no puede medirse verdaderamente.

Keith Dobson, Ph.D.  
Professor, University of Calgary  
President, World Confederation of Cognitive and Behavioral Therapies



## ARTICULOS DE OPINION

### **El DSM y el diagnóstico categorial en psiquiatría.**

#### **Desafíos y nuevas direcciones**

#### **The DSM and categorical diagnosis in psychiatry.**

#### **Challenges and future directions**

**Rodrigo Ramalho, MD, PhD**

Department of Social and Community Health, School of Population Health, The University of Auckland, Auckland, New Zealand

r.ramalho@auckland.ac.nz

#### **Resumen:**

El Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de los Trastornos Mentales ofrece una guía para el diagnóstico de los trastornos de salud mental. El DSM utiliza una clasificación categórica de los trastornos mentales, encapsulando cada trastorno y definiendo sus límites a través de una serie de criterios de diagnóstico. Pero si estos criterios y categorías diagnósticas representan acertadamente las condiciones clínicas de base que intentan definir ha sido un tema de creciente discusión. Se pueden encontrar en la literatura varias recomendaciones para una representación más precisa de estas condiciones subyacentes. Los avances tecnológicos de los últimos tiempos han contribuido al desarrollo de algunas de estas recomendaciones. El presente artículo llama a prestar especial atención a la inteligencia artificial y el aprendizaje automático. Estas herramientas podrían resultar fundamentales para encontrar una mejor caracterización de los trastornos de salud mental, contribuyendo así a establecer una base más útil para la práctica clínica

**Palabras Clave:** Trastornos Mentales, Diagnóstico Categorial, DSM, Aprendizaje Automático, Inteligencia Artificial

#### **Abstract**

The Diagnostic and Statistical Manual (DSM) of Mental Health Disorders offers clinicians and researchers around the world a guideline for the diagnosis of mental health disorders. The DSM uses a categorical classification of mental health disorders, encapsulating and defining the boundaries of each disorder through a series of diagnostic criteria. But whether these criteria truly represent distinct and discrete clinical conditions or rather arbitrary constructions that fail to represent yet undefined underlying conditions has been a matter of growing discussion. There have been various recommendations put forth for a more accurate representation of these underlying conditions. Technological advances have contributed to the development of some of these recommendations. This paper calls to pay particular attention to artificial intelligence and machine learning. These tools could prove pivotal in finding a better characterization of mental health disorders, establishing a more helpful basis for clinical practice.

**Keywords:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Disorders / classification, Mental Disorders / diagnosis, Machine Learning, Artificial Intelligence



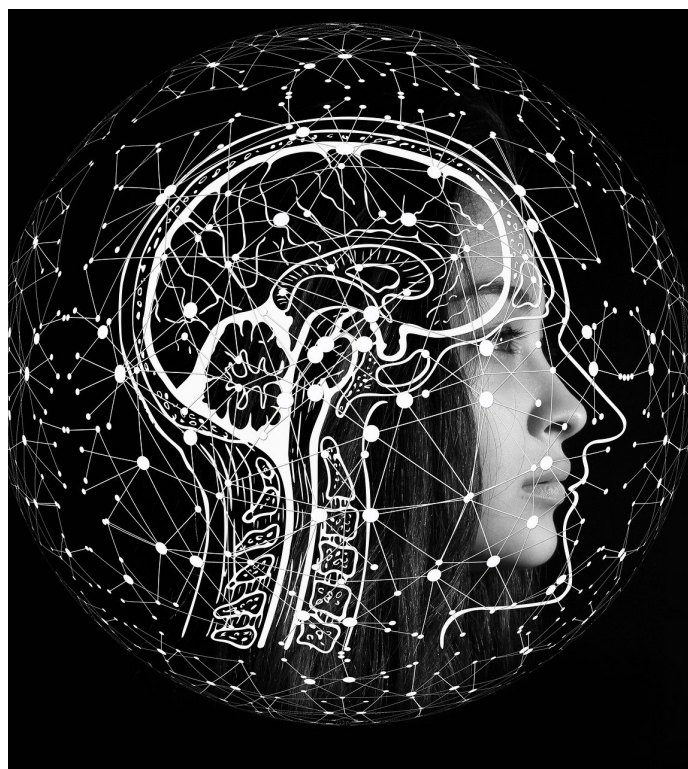


El acto diagnóstico ocupa una posición central dentro del campo de la salud. A través del acto diagnóstico, a través de la observación y el uso de pruebas, el profesional de salud determina la causa o la naturaleza de un proceso patológico. Pero el acto diagnóstico no sólo identifica el proceso patológico, ya que establecer un diagnóstico también trae adherida información sobre el potencial origen del cuadro, su pronóstico, y el tratamiento adecuado. El acto diagnóstico, entonces, permite entender y comprender lo que está sucediendo, lo que a la par permite actuar de la manera más adecuada.

El uso de criterios diagnósticos tiene como objetivo facilitar este acto diagnóstico. Los criterios diagnósticos representan la serie de signos y síntomas que deben estar presentes para poder establecer un diagnóstico. Los mismos permiten encapsular la heterogeneidad de la presentación de un cuadro patológico, e identificar correctamente el cuadro patológico a pesar de esta variabilidad en su presentación. De nuevo, lo que los criterios diagnósticos permiten entonces hacer es no sólo identificar el cuadro patológico de base, sino también simultáneamente comprender su naturaleza, potencial origen y pronóstico, así como la respuesta terapéutica más adecuada.

La tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de los Trastornos Mentales, publicado en 1980, en cierta manera oficializó el uso de los criterios diagnósticos en psiquiatría. El DSM, actualmente en su quinta edición, lista los trastornos mentales reconocidos en psiquiatría, y los ordena y clasifica. Pero es a partir de su tercera edición (DSM-III) que esta serie de manuales introduce por primera vez una guía diagnóstica, a través de los criterios diagnósticos establecidos para cada trastorno mental. La finalidad de estos criterios diagnósticos es permitir un mayor grado de fiabilidad y precisión diagnóstica y facilitar la comunicación e investigación dentro del campo.

El DSM-III también representó un re-acercamiento al modelo médico, basado en este reconocimiento de trastornos específicos con criterios diagnósticos claros. Al mismo tiempo, el DSM-III representó un re-direccionamiento de esta serie de manuales, que previamente informadas por explicaciones etiológicas provenientes del psicoanálisis decide en vez adoptar un enfoque descriptivo, alejándose de discusiones etiológicas. Los trastornos mentales listados en el DSM-III y sus criterios diagnósticos fueron adoptados mayoritariamente a través de votos y consenso (Davies, 2017). También se basaron en gran medida en previas clasificaciones nosográficas, principalmente las propuestas por Kraepelin a principios del 1900 (Decker, 2007). Entonces, más que habiendo precisado patologías de base que tendían a presentarse con gran variabilidad, los criterios diagnósticos consensuados en el DSM-III pretendieron encapsular presentaciones clínicas y a través de ello precisar y definir los trastornos mentales (Shorter, 2015).







Pero aquella decisión tomada hace aproximadamente 40 años, ha traído a través del tiempo una serie de dilemas. Por ejemplo, la creciente necesidad de describir ciertos trastornos mentales como espectros que pueden presentarse dentro de un continuo, más que como entidades clínicas puntualmente definidas (Kukreti et al., 2019). También, la necesidad de categorías diagnósticas inespecíficas, como los trastornos ‘no especificados’ o aquellas que intentan definir presentaciones en las que se superponen dos trastornos distintos, como el trastorno esquizoafectivo (Hyman, 2011). Al mismo tiempo, trastornos mentales caracterizados como nosológicamente distintos han mostrado compartir factores de riesgo genéticos (Anttila et al., 2018), así como mecanismos patofisiológicos de base (Baker et al., 2019; Etkin, 2019). Igualmente, están la gran prevalencia de comorbilidad entre trastornos mentales y la poca estabilidad diagnóstica en estudios longitudinales (Anckarsäter, 2010; Widiger & Samuel, 2005)

En respuesta a estos dilemas, se han propuesto varias alternativas. Quizás la más conocida es el llamado a la adopción de diagnósticos dimensionales en reemplazo de las existentes categorías diagnósticas (Ramalho & Giraldo, 2008). En esta propuesta, la invitación es adoptar escalas dimensionales que permitirían abandonar las limitaciones de las actuales categorías diagnósticas, y una mayor precisión diagnóstica y terapéutica (Kraemer, 2007). Otros ejemplos de esfuerzos dedicados a resolver este dilema son la llamada psiquiatría transdiagnóstica (Dalglish et al., 2020; Mansell, 2019), el proyecto “Research Domain Criteria” (RDoC) del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (Insel et al., 2010), y la taxonomía jerárquica de la psicopatología (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology o HiTOP) (Conway et al., 2019).

Las nuevas tecnologías, como el ‘machine learning’ o aprendizaje automático, también traen consigo

nuevas promesas en este campo (Bzdok & Meyer-Lindenberg, 2018; Graham et al., 2019). El aprendizaje automático es un tipo de inteligencia artificial en el que, utilizando algoritmos y estadísticas, el ordenador es capaz de aprender a reconocer patrones. En psiquiatría, se ha encontrado que utilizar algoritmos de aprendizaje automático podría contribuir a clarificar los mecanismos subyacentes a los trastornos mentales (Nielsen et al., 2020). Estos algoritmos también podrían asistir a establecer el pronóstico de un cuadro clínico con relativa exactitud (Janssen, Mourão-Miranda & Schnack, 2018). Es también probable que el aprendizaje automático pueda colaborar con la toma de decisiones terapéuticas en el futuro (Taliaz et al., 2021; Schwartz et al., 2021).

Pero un potencial beneficio adicional del aprendizaje automático podría ser la redefinición de las categorías diagnósticas. Teniendo acceso a la gran cantidad de información con la que actualmente se cuenta, algoritmos de aprendizaje automático podrían contribuir con agrupar factores de riesgo genéticos, mecanismos patofisiológicos, manifestaciones y evolución clínicas, y respuestas al tratamiento. Podría darse el caso de que identificar si un cuadro clínico pertenece a uno de estos grupos en lugar de una categoría diagnóstica representada en el DSM sea de mayor beneficio. Esto es, que este ejercicio de identificación pueda traer adherida información más precisa sobre el potencial origen del cuadro patológico, su naturaleza y pronóstico, y el tratamiento adecuado, que la que actualmente brindan las categorías diagnósticas listadas y definidas en el DSM.

En resumen, no es nuevo el cuestionamiento de las categorías diagnósticas establecidas en el DSM. El reconocimiento de sus potenciales limitaciones ha dado paso a varias propuestas alternativas. Sin embargo, ninguna de ellas ha demostrado generar suficiente interés como para ser considerada un potencial reemplazo de dichas categorías por la



comunidad internacional. Dentro de este campo, la inteligencia artificial y el aprendizaje automático se presentan como herramientas que podrían colaborar con la tarea de encontrar una alternativa que traiga consigo los mayores beneficios. Pero aún queda mucho camino por transitar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Anckarsäter, H. (2010). Beyond categorical diagnostics in psychiatry: Scientific and medicolegal implications. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(2), 59-65.
- Anttila, V., Bulik-Sullivan, B., Finucane, H. K., Walters, R. K., Bras, J., Duncan, L., ... & Baum, L. (2018). *Analysis of shared heritability in common disorders of the brain*. *Science*, 360(6395), eaap8757.
- Baker, J. T., Dillon, D. G., Patrick, L. M., Roffman, J. L., Brady, R. O., Pizzagalli, D. A., ... & Holmes, A. J. (2019). Functional connectomics of affective and psychotic pathology. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(18), 9050-9059.
- Bzdok, D., & Meyer-Lindenberg, A. (2018). Machine learning for precision psychiatry: opportunities and challenges. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(3), 223-230.
- Conway, C. C., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Fried, E. I., Hallquist, M. N., Kotov, R., ... & Eaton, N. R. (2019). A hierarchical taxonomy of psychopathology can transform mental health research. *Perspectives on Psychological Science*, 14(3), 419-436.
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179-195.
- Davies, J. (2017). How voting and consensus created the diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III). *Anthropology & Medicine*, 24(1), 32-46.
- Decker, H. S. (2007). How kraepelinian was Kraepelin? How kraepelinian are the neo-Kraepelinians?—from Emil Kraepelin to DSM-III. *History of Psychiatry*, 18(3), 337-360.
- Etkin, A. (2019). A reckoning and research agenda for neuroimaging in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 176(7), 507-511.
- Graham, S., Depp, C., Lee, E. E., Nebeker, C., Tu, X., Kim, H. C., & Jeste, D. V. (2019). Artificial intelligence for mental health and mental illnesses: an overview. *Current Psychiatry Reports*, 21(11), 1-18.
- Hyman, S. E. (2011, March). Diagnosing the DSM: diagnostic classification needs fundamental reform. *Cerebrum*, 2011(2011), 6.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751.
- Kraemer, H. C. (2007). DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(S1), S8-S15.
- Kukreti, P., Kumar, P., Mathur, H., & Kataria, D. (2019). Concept of Spectrum Disorder in Psychiatry. *Journal of Advanced Research in Psychology & Psychotherapy*, 2(3&4), 29-34.
- Janssen, R. J., Mourão-Miranda, J., & Schnack, H. G. (2018). Making individual prognoses in psychiatry using neuroimaging and machine learning. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(9), 798-808.
- Mansell, W. (2019). Transdiagnostic psychiatry goes above and beyond classification. *World Psychiatry*, 18(3), 360.
- Nielsen, A. N., Barch, D. M., Petersen, S. E., Schlaggar, B. L., & Greene, D. J. (2020). Machine learning with neuroimaging: Evaluating its applications in psychiatry. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 5(8), 791-798.
- Ramalho, R., & Giralá, N. (2008). La nosografía psiquiátrica del siglo XIX a la luz del siglo XXI. *Anales*



*de la Facultad de Ciencias Médicas*, 41(3), 52-55.

Schwartz, B., Cohen, Z. D., Rubel, J. A., Zimmermann, D., Wittmann, W. W., & Lutz, W. (2021). Personalized treatment selection in routine care: Integrating machine learning and statistical algorithms to recommend cognitive behavioral or psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 31(1), 33-51.

Shorter, E. (2015). The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(1), 59-67.

Taliaz, D., Spinrad, A., Barzilay, R., Barnett-Itzhaki, Z., Averbuch, D., Teltsh, O., ... & Lerer, B. (2021). Optimizing prediction of response to antidepressant medications using machine learning and integrated genetic, clinical, and demographic data. *Translational Psychiatry*, 11(318), 1-9.

Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494-504.

## Importancia de una buena conceptualización de variables para la relación terapéutica.

**Carmen Barrón**

Asociación de Terapias Cognitivas Conductuales - Bolivia

Contacto: carmenrosa.barron@gmail.com

De un tiempo a esta parte la clínica cognitivo conductamental ha ido entrando con mayor fuerza en el contexto latinoamericano, principalmente por el elevado nivel de eficacia que ha demostrado con relación a otros enfoques terapéuticos y también por la facilidad para formar terapeutas, al ser un modelo que está bien organizado donde incluso se cuenta con manuales bien desarrollados para poner en práctica diferentes estrategias dependiendo de las problemáticas con las que se encuentre el psicólogo clínico.

En este sentido, si bien existe cierto énfasis en los procesos de enseñanza y aprendizaje con relación a las técnicas cognitivo conductuales, pareciera ser que se ha dejado de lado o tal vez no se pone suficiente importancia a la formación en habilidades clínicas relacionadas con la persona del terapeuta, habilidades centrales para establecer una adecuada relación terapéutica. Así, se cuenta actualmente con una variedad de tratamientos psicológicos que están empíricamente validados, por ejemplo la División 12 de la Asociación Psicológica Americana (APA) tiene el propósito de difundir tratamientos psicológicos eficaces para diferentes problemáticas relacionadas con la salud mental, pero en muchas de las guías clínicas si bien se menciona la importancia de la relación terapéutica, no se menciona cuáles deben ser las habilidades con las que el terapeuta debe contar o desarrollar para que su intervención tenga resultados (Andrade, 2005).

La alianza o relación terapéutica es una de las variables centrales que tiene un efecto sobre los resultados de la intervención psicoterapéutica, Cormier W. y Cormier L. (2003) indican que si no existe

una relación terapéutica efectiva, la probabilidad de un cambio es mínima, ya que la misma es la que da las bases para que las estrategias de intervención directas logren sus objetivos planeados.



Lambert y Ogles (2003) señalan que solo un 15% del cambio terapéutico está relacionado con las estrategias que utiliza el terapeuta y atribuyen que un 30% del cambio está más bien relacionado con diferentes variables de la relación o alianza terapéutica. Entonces, es por demás importante reflexionar y tomar en cuenta a estas últimas variables que tienen un efecto central en el cambio, además porque son variables que pueden ser objeto





de entrenamiento para los profesionales que se desempeñan en el ámbito de la psicología clínica.

Cuando hablamos de alianza terapéutica son muchos los autores que han mencionado diferentes habilidades o competencias que debe desarrollar un psicólogo clínico, por ejemplo, en el modelo de psicoterapia de Carl Rogers (1967), el elemento central del cambio es la relación significativa que existe entre el cliente y el terapeuta, donde el punto central de la interacción por supuesto no está en la técnica sino en la actitud, es decir, en la experiencia existencial que se da en el proceso de la terapia como un intercambio de crecimiento mutuo entre el cliente y el terapeuta. Desde este punto de vista para que una intervención clínica sea exitosa, entonces serán importantes las actitudes del terapeuta, entre ellas: la autenticidad, la empatía y la aceptación incondicional del cliente. Existen también otras clasificaciones de variables asociadas al terapeuta, por ejemplo, en la clasificación de Winkler et al. (1989) las variables centrales son: la actitud basada en el respeto, la aceptación y la capacidad de ayuda, la personalidad, las habilidades terapéuticas, el nivel de experiencia y el bienestar emocional del terapeuta. Cabe remarcar que todas las actitudes señaladas anteriormente son tomadas en cuenta por diferentes modelos psicoterapéuticos.

Ahora bien, el desarrollo de dichas actitudes para tener una práctica clínica exitosa podría llevarnos a ciertas confusiones conceptuales que por supuesto se harán evidentes en una mala praxis. Por ejemplo, cuando se hace mención a la actitud de autenticidad del terapeuta, se suele entender que el mismo debe tener la capacidad de contactarse con sus emociones a la par que las comunica al consultante de forma abierta, esto podría implicar que el terapeuta realice autorrevelaciones relacionadas con su propia vida, es decir, desde este punto de vista, que el terapeuta debe ser “él mismo” en todo momento. Sabemos que cada persona nunca deja de ser ella misma,

claro, desde el análisis conductual, las conductas que emite una persona dependerán siempre del contexto en el que se encuentre, y si estamos hablando de la conducta del terapeuta, quien nunca deja de ser él mismo, lo que se espera es que emita conductas relacionadas con la interacción que tiene con el consultante en sesión, no se espera que dichas conductas sean similares a las que presenta fuera del consultorio (Froxán, 2020).

Por su parte, el desarrollo de una aceptación incondicional como habilidad para conseguir una buena alianza terapéutica generalmente hace alusión a que el terapeuta debe aceptar positivamente al consultante tal y como es, es decir, que el terapeuta no debiera hacer o decir algo que haga sentir mal al consultante. Froxán (2020) indica que todo lo anterior tal vez podría llevarnos a un desastre terapéutico, ya que en el proceso del tratamiento propiamente dicho, en ocasiones es importante el uso de verbalizaciones de carácter aversivo, esto ha sido demostrado en la tesis doctoral de Galván (2018) donde se ha evidenciado que el control verbal aversivo es una de las técnicas de control aversivo más frecuentemente utilizada en los procesos de aprendizaje que explican el cambio clínico. Por otro lado, el concepto de aceptación incondicional también podría hacer referencia a que el terapeuta no debiera experimentar emociones negativas por todo lo que el consultante le dice, esto desde todo punto de vista no tiene mucho sentido, más bien la respuesta emocional del terapeuta ante aversivos es una herramienta clínica importante que puede representar un puente en el proceso de terapia (Baringoltz y Levy, 2012).

La empatía es otra habilidad mencionada con mucha frecuencia cuando se habla de la relación terapéutica, básicamente dicha habilidad es entendida como la capacidad del terapeuta para introducirse en la perspectiva del consultante así como de experimentar sus emociones, se podría





decir entonces que la empatía es la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona. Froxán (2020) menciona que la empatía desde un punto de vista conductual es la experimentación de respuestas condicionadas elicítadas por el comportamiento del consultante y que además van en sintonía con éste. En este sentido, será importante reflexionar si es positivo que el terapeuta experimente estas respuestas emocionales todo el tiempo, cuando más bien lo que se indica es que el mismo tiene la responsabilidad de cuidar su salud mental a través del desarrollo de habilidades de autocuidado.

Desde lo mencionado anteriormente se puede evidenciar que es importante trabajar el desarrollo de habilidades terapéuticas pero en el marco de un buen manejo conceptual de las variables que forman parte de dichas habilidades, pareciera ser que el análisis conductual puede darnos herramientas prácticas y sobretodo con base en la evidencia, siempre y cuando la investigación en este ámbito siga avanzado.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, (16), 9-29.
- Baringoltz, S., y Levy R. (2012). Puentes en terapia cognitiva. Problemas y alternativas. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Cormier, W., y Cormier, L. (2000). Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales. Bilbao: Desclé De Brouwer.
- Froxán, M. (2020). Análisis funcional de la conducta humana. Concepto, metodología y aplicaciones. España: Pirámide.
- Galván, N. (2018). Control verbal aversivo en terapia psicológica: Una perspectiva funcional. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Lambert, M. y Ogles, B. (2003). The efficacy and effectiveness of Psychotherapy. En Lambert, M.

Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. (139 – 193). New York: Wiley.

Rogers, C. y Kinget, G. (1967). Psicoterapia y relaciones humanas: teoría y práctica de la terapia no directiva. Madrid: Alfaguara.

Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I. y Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: Una sistematización. *Terapia Psicológica*, (11), 34-40



## Los límites de la terapia hablada.

**José Dahab. Ariel Minici. Carmela Rivadeneira.**

Las verbalizaciones del paciente son generalmente la puerta de entrada a la conducta-problema. Sin embargo, hablar, ser consciente, opinar, enunciar, verbalizar, juzgar, etc., no es suficiente para su modificación. Es necesario que el paciente realice acciones que no incluyen sólo verbalizaciones sobre sí mismo. Ilustrémoslo con algunos ejemplos:

Un paciente con tabaquismo es muy consciente de las consecuencias perjudiciales a largo plazo para su salud, sin embargo, hablar del tema no lo lleva a dejar de fumar.

Un estudiante es plenamente consciente de que en dos meses tendrá el examen, sin embargo, la postergación del estudio persiste, aunque hable sobre la conducta pendiente de estudiar.

Un paciente con ansiedad y pánico conoce y habla sobre la diferencia entre catastrofización y dramatización, sin embargo, evita exponerse a las sensaciones corporales de ansiedad y a determinados contextos, por lo tanto, el problema se mantiene.

Las técnicas de exposición interoceptiva, de respiración abdominal larga y lenta, la relajación muscular progresiva, así como muchas otras técnicas terapéuticas, se basan en **HACER**, en acciones concretas, no en hablar del tema.

Estos ejemplos muestran los límites de la terapia hablada basada predominantemente en el discurso. Es decir, si el paciente no ejecuta actividades puntuales instruidas durante las sesiones, **el hablar de las mismas durante la entrevistas con el terapeuta es condición necesaria pero no suficiente para el cambio.**

**Tratamientos que muestran la eficacia de las acciones por sobre las enunciaciones**

Precisamente, nos topamos con conductas-problema o procesos psicológicos donde la palabra, el discurso, el hecho de hablar del padecimiento es condición necesaria pero no suficiente para su modificación. Veamos algunos.

### **Tics y algunas conductas automatizadas**

Para el tratamiento de tics se ha demostrado que la técnica de Reversión de Hábito es eficaz. En la mayoría de los casos, el tic no posee una utilidad funcional, como por ejemplo morderse los labios o comerse las uñas.

El tratamiento consiste en ejecutar conductas opuestas al tic. Se indica ejecutar una **conducta de competencia**. Así, en el caso de la tricotilomanía, en vez de tomar un cabello con los dedos, se instruye al paciente para cerrar los puños o masajearse el cuero cabelludo; o para el caso de morderse los labios, se indica, al paciente que coloque los mismos en forma habitual y se concentre algunos minutos en ese contacto.

Cuando el tic va acompañado de respuestas de ansiedad, la respiración larga y lenta y la relajación diferencial refuerzan la reversión del hábito.

### **Tratamiento mediante exposición interoceptiva**

Es esencial que los programas de tratamiento para el Trastorno por Pánico incluyan ejercicios de exposición a las sensaciones corporales de ansiedad. En el año 2012, dos importantes psicólogos, David Clark y Aaron Beck, incluyen los ejercicios de exposición interoceptiva como un componente crítico utilizado para el tratamiento del trastorno de angustia, marcando con ello un hito en la eficacia del tratamiento de este desorden. Estos ejercicios se centran en la percepción, activación y autoprovocación de las sensaciones corporales de ansiedad, independientemente de las verbalizaciones



que hagan el paciente y el terapeuta sobre las mismas. Si el paciente sólo **habla** de la angustia, descatastrofiza, desdramatiza las sensaciones, nos hallamos frente a una verbalización correcta, aunque limitada para revertir el Trastorno de Pánico. Para lograr esto último, es necesaria la **exposición interoceptiva**.



Los ejercicios de exposición interoceptiva, como la hiperventilación, girar la cabeza, mirar un punto fijo en la pared, tensar los músculos del cuerpo, respirar a través de un sorbete, entre otros, permiten que el paciente perciba y se exponga a las sensaciones corporales temidas, independientemente de que hable o no de ellas. Así, la reducción del miedo a las sensaciones corporales se consigue como **efecto** de dicha percepción y exposición y, de este modo, obtenemos el cambio terapéutico, nuevamente no por hablar, sino por **exponerse** a esas sensaciones.

### Tratamiento de Miedos y Fobias

Las guías de tratamientos eficaces recomiendan la Desensibilización y/o la **Exposición gradual** en vivo. Ambas técnicas hacen hincapié en la aproximación gradual al estímulo fóbico. Mary Cover Jones, en 1924, fue la primera en demostrar el descondicionamiento de una fobia a los conejos en un niño. Años más tarde, Joseph Wolpe demostró que imaginando gradualmente el estímulo disminuye la ansiedad y aumenta la probabilidad aproximación al mismo. Sin embargo, el contacto real y en vivo con el objeto fóbico en algún momento del tratamiento es necesario para lograr el completo descondicionamiento del miedo.

La Desensibilización Sistemática y la Exposición Gradual son técnicas vigentes e ineludibles para el diseño de tratamientos de miedos irracionales y fobias.

### Motivación: La “trampa” de las ganas y el deseo en la postergación

Muchas conductas se ejecutan sin motivación, por ejemplo, lavarse los dientes, pagar impuestos, afeitarse, lavar platos, hacer colas, tender la cama, hacer ejercicio, ir al dentista e, incluso, leer y estudiar. Para muchas personas no es agradable estudiar, sin embargo aumenta las probabilidades de aprobar los exámenes. No sentimos ganas de hacer muchas conductas, sin embargo las consecuencias o resultados que siguen a las mismas generan reforzamiento en su ejecución. El condicionamiento operante describe bien estas relaciones.

**Postergar constituye una conducta representativa de centrarse en la emoción en vez de hacerlo en la ejecución (fácil es enunciarlo, más difícil modificarlo).**

David Premack demostró que una conducta puede reforzar a otra. Así, por ejemplo, establecemos la pauta de que si se estudia 20', se puede ver YouTube



otros 20'. Con la repetición de este patrón, el estudio aumentará su probabilidad de ocurrencia.

En la Depresión, especialmente en los casos más severos, se aplica Activación Conductual; gradualmente, la persona ejecuta actividades simples, y esa actividad, esa ejecución, modifica a la vez emociones y pensamientos.

El condicionamiento operante postula que las pequeñas conductas, ejecutadas gradualmente hacia la complejidad, facilitan la misma ejecución y, con el tiempo, **la práctica genera consistencia en el hábito.**

**Luego de la ejecución** se experimenta un cambio en la emoción, en la motivación y en el deseo. Es decir, la conducta conduce a un cambio cognitivo y emocional.

### Hábito de Postergar

Muy relacionado con el tema del apartado anterior, está popularizada la hipótesis del «boicot», es una de las tantas teorías simplistas que aluden a la existencia de un «hombrecillo» dentro de uno mismo, quien no desea ejecutar o que va en contra de nuestros genuinos deseos. La «fuerza de voluntad» es otra forma de enunciación de la cultura, cuando no se realizan acciones en determinada dirección deseada.

**Lamentablemente, ser consciente o inconsciente de la postergación, desear o no, no es condición suficientemente para la modificación de la conducta. Hablar o no del padecimiento tiene limitaciones.**

Los tratamientos psicológicos específicos para reducir la postergación incluyen las siguientes instrucciones:

- Control de estímulo: reducir los distractores. Ejemplo: estudiar en un bar y no llevar el celular.
- Magnitud de respuesta: ejecutar unidades de conductas simples, concisas y graduales. Ejemplo: estudiar 20 minutos, NO imaginar que se estudiará 3 horas.
- Principio de Premack: realizar la conducta

pendiente, luego la conducta placentera. Ejemplo: estudiar, luego ver el celular.

- No esperar ganas o motivación, actuar “a pesar” de no tener ganas. El cambio emocional vendrá después cuando las consecuencias refuercen la ejecución. Ejemplo: estudiar sin ganas.

- Reducir el «perfeccionismo». Hacerlo CON errores. La ejecución y la exposición misma irán moldeando la correcta ejecución. Ejemplo: ante un material de estudio complejo inevitablemente habrá algunas partes del texto que no se comprendan; las dudas se irán resolviendo con la ejecución.

Obviamente, tales instrucciones generales surgen de los principios de aprendizaje y conducta de la Psicología Experimental. Junto con el análisis funcional del caso, las mismas son técnicas generales que se adaptan al mismo. Las técnicas citadas propician la inmediatez de la ejecución más allá de la enunciación de lo que hará.

### Tratamiento de la respuesta sexual

El terapeuta brindará instrucciones en las sesiones, el paciente habrá de efectuar conductas puntuales para mejorar su respuesta sexual, complementándolo con la asertividad sexual y el autoconocimiento personal.

- Para el tratamiento de la eyaculación precoz, es eficaz el procedimiento denominado “stop/start” destinado a regular el control eyaculatorio.

- Para los casos de disfunción eréctil, el paciente habrá de focalizar la atención en estímulos placenteros de la relación sexual, percibir la escalada del placer, contrariamente a estar obsesionado o pendiente de la erección y la penetración. Este cambio de enfoque en el contexto ha mostrado buenos resultados.

- Para el deseo sexual hipoactivo en la mujer, el moldeamiento y las visualizaciones graduales asociadas a la propia autoestimulación son eficaces.

La lista de ejemplos continúa; las aplicaciones son varias. Especialistas en disfunciones sexuales (como





Masters y Johnson, Kaplan, LoPiccolo, entre otros) han desarrollado e investigado sobre la eficacia de varios procedimientos basados en acciones directas y no tanto en verbalizaciones.

### **Sobreingesta**

Más allá del tratamiento nutricional y las dietas para bajar de peso -y las indicaciones conocidas sobre la importancia de la alimentación y el ejercicio físico- se aplican técnicas conductuales para la modificación de hábitos de ingesta.

En la sobreingesta, se aplican las siguientes instrucciones que prescinden de la importancia del lenguaje y de lo que el paciente diga o no diga durante su implementación:

- No picotear. El programa si es intervalo fijo, no intermitente, evita el comer a deshoras. La indicación está basada en el impacto diferencial que ha mostrado cada programa de reforzamiento.
- Latencia y percepción. La concentración durante la ingesta debe ser más extensa, así un bocado requiere que esté más tiempo en las papilas gustativas. En este caso, operamos sobre la base de la latencia de la ingesta.
- Reemplazar la sobreingesta de alimentos por agua. En este caso, nos basamos en el principio de Reforzamiento Diferencial de Otras Conductas, llamado RDO.
- No realizar compensaciones a posteriori, por ejemplo, comer más cantidad si luego se irá al gimnasio a reducir ese aporte calórico.
- Hay alimentos cuya ingesta incrementa la probabilidad de recaídas. Según el análisis funcional, identificar los mismos, los cuales constituyen estímulos discriminativos de las recaídas.
- Basándonos en el Principio de Premack, sugerimos ingerir primero los alimentos de baja probabilidad de ocurrencia (por ejemplo, verduras) y luego los de mayor probabilidad de ocurrencia (por ejemplo, carne).

- A partir del Principio de Premack, también habremos primero de ingerir agua y luego los alimentos. De ese modo, tiende a aumentar la ingesta de agua.

Los planes de reducción de peso, además de tratamiento médico y nutricional, deberán incluir aspectos psicológicos del caso, como la motivación y el «cómo» ingerir la comida.

**Ojalá el hablar sobre los beneficios de bajar de peso fuera suficiente para reducir la ingesta.** Podremos efectuar una apreciación bella, literaria, sobre las dietas restrictivas; pero ser consciente o no de las tentaciones no implica su autocontrol. Es interesante ese relato, aunque es simplista.

### **Tratamiento del estrés y la depresión**

Más allá de las expectativas, la conducta verbal y el deseo, frecuentemente aparecerán obstáculos ambientales. Eso es normal y esperable. Lo que sí constituye una distorsión es esperar una vida sin obstáculos. Frente a los mismos, hay en general dos grandes tipos de reacciones. Una posibilidad es la negación de los hechos, la imposibilidad de aceptarlos, lo cual acarrea una tonalidad emocional negativa como frustración, ansiedad, fastidio y manifestaciones verbales como quejas y protestas; hablar en estos casos opera más como una catarsis pero su efectividad es limitada. La segunda opción consiste en una expectativa de superación, basada en una aceptación racional de los obstáculos, valorándolos como desafíos y, por ende, adoptando acciones para la resolución de los conflictos, esto es, con un compromiso de actuar. Naturalmente, esta opción no está libre de emociones negativas pero las mismas no se tornan abrumadoras pues en gran medida se hallan mitigadas por las conductas llevadas a cabo para la resolución de los conflictos y la valoración de los propios recursos.

Ante un nuevo obstáculo, es natural que al principio aparezcan sensaciones negativas, ello es inevitable y





se denomina resistencia al cambio. Paulatinamente, a medida que afrontamos, ejecutamos y nos exponemos gradualmente a las contingencias, se supera el obstáculo y hay un cambio favorable en las emociones.

Algunos pacientes, ante obstáculos de simple solución, postergan, evitan, escapan del afrontamiento del mismo, pues tal estímulo les provoca malestar. Es decir, la emoción sentida es más influyente que la acción de afrontamiento.

**Es necesaria la aceptación de obstáculos y su afrontamiento correspondiente. No existe una vida sin ellos.** La expectativa de tomarlos como desafíos a vencer reduce el estrés y la depresión concomitante. Tal expectativa es trabajada durante el tratamiento cuando el paciente se «paraliza» ante las dificultades diarias y mundanas.

En la presente discusión, nos referimos obviamente a obstáculos cotidianos cuya solución radica en la exposición a los mismos. Afortunadamente, en la vida cotidiana la mayoría de ellos tiene solución, la cual se basa precisamente en el “compromiso de actuar”, haciendo hincapié en la ejecución, en las acciones, en lo que se hace -más allá de lo que se dice o no- para exponerse racionalmente a las contingencias ambientales.

Esta síntesis de tratamientos muestra precisamente que independientemente de las intervenciones verbales durante las sesiones, resulta esencial que el paciente **ejecute** conductas. Es decir, los abordajes centrados en intervenciones verbales requieren que el paciente –parafraseando a Joseph Wolpe– *“transforme pensamientos y discurso en acciones”*.

### ¿Es representativa la metáfora de la punta del iceberg?

Se ha popularizado en la cultura occidental la idea que la conducta observable es efecto de procesos profundos y que ella es solo un aspecto menor, la

“punta del iceberg”.

En el dibujo a continuación se grafican dos metáforas:



A la derecha, se grafica que la conducta consiste sólo en una parte mínima del psiquismo y que hay que encontrar en la profundidad el deseo del paciente. A la izquierda, por el contrario, se considera que la conducta es el iceberg mismo, no sólo la punta que se ve en la superficie.

La analogía del iceberg fomentó la creencia que la conducta observable es simplemente una expresión del psiquismo profundo.

La psicología contemporánea considera que una de las mejores formas de entender a una persona es observando lo que ejecuta con frecuencia y con deseo (sin obligación). Frecuentemente, la conducta observable es expresión de lo que se desea.

La conducta no es solo una parte mínima del psiquismo sino que, contrariamente, representa a una gran parte del mismo. La conducta observable no es algo opuesto a su lado interior, que tiende a enunciarse como impulsos, ciclos, repeticiones, pulsiones, y otras entelequias teóricas hipotetizadas, las cuales se suponen como una forma de «explicar» los deseos profundos.

Una de las formas principales de deducir lo que una persona desea -y no lo que dice que desea- es a partir de lo que el sujeto hace efectivamente de modo regular, en lugar de lo que dice que hace o dice que desea.



Lo que se dice y lo que se hace son diferentes narraciones de los deseos, no explicaciones; no son necesarias para la causación de la influencia del ambiente y de la biología. La conducta observable no es meramente «la punta del iceberg», **es muy representativa del ser.**

La ciencia aplicada y la modificación de la conducta requieren algo más que «sentirse mejor» después del diálogo. Sintetizando algunas de las aplicaciones clínicas que vimos más arriba:

- Para el tratamiento de los tics, lo más recomendado es la reversión de hábito. (Azrin).
- Para el abordaje de la depresión lo más efectivo es la activación conductual y la reestructuración cognitiva (Bush, Beck, Ellis).
- Para tratar Fobias, Desensibilización (Wolpe).
- Para el Pánico, psicoeducación, respiración larga y lenta, modificación de pensamientos catastróficos, ejercicios de exposición a sensaciones, (Harlow, Botella, Bados).
- Para la eyaculación precoz, técnica de stop/start (Masters y Johnson).
- En el Autismo, ABA (Lovaas, Kazdin).

Estos ejemplos forman parte de las guías de tratamientos eficaces, no surgen de la creatividad de ningún autor, sino que resultan de estudios controlados de grupos de pacientes. Precisamente se basan en procedimientos no exclusivamente verbales. El informe verbal del paciente (por ejemplo «a mí me sirvió», «me hizo sentir mejor», «lo tengo pero acepté mi problema») es una experiencia personal deseable en psicoterapia, pero no es condición suficiente para que el paciente revierta su problema clínico. Sentirse mejor y hablar sobre esa emoción no implica eficacia de alcance de cambio en la conducta-problema ni «hacer» mejor. El lenguaje, tiene su parte... ¿aunque no está sobrevalorado?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Pérez Álvarez y cols. (2003), Guías de tratamientos eficaces. Ed. Pirámide, Madrid.
- Clark D. y Beck A.: (2012) Terapia Cognitiva de los Trastornos de Ansiedad. Ed. Descleé de Brower, Bilbao.
- Botella C – Ballester: (1999) Trastorno por Pánico: Evaluación y Tratamiento. Ed. Martínez Roca, Madrid
- Kazdin A. (1999): Principios de Modificación de Conducta. Ed. Manual Moderno. México.
- Domjan M. (2009) Principios de Aprendizaje y Conducta. Thompson. Madrid.
- Feldman R. (2003) Psicología. Ed. Mc Graw Hill.
- Labrador F., Cruzado J. Muñoz V., (1999). Manual de Técnicas de Modificación y terapia de Conducta. Ed. Pirámide, Madrid.
- Masters W. y Johnson V. (1970): Inadecuación sexual humana. Ed. Reider, Barcelona.
- Society of Clinical Psychology, Div. 12. American Psychological Association. <https://div12.org/treatments/>



---

## BIBLIOTECA UNITREC

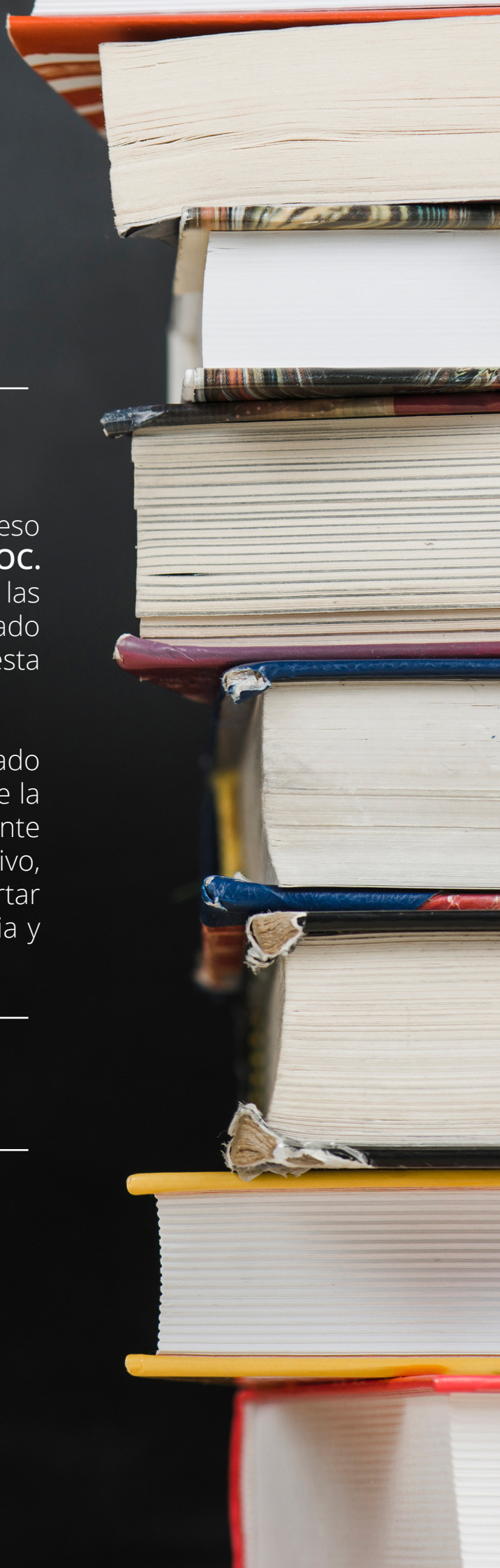
La Biblioteca Virtual **UNITREC** ofrece acceso libre y gratuito a los miembros de **ALAMOC**. También ofrece el acceso a todas las personas interesadas que se hayan afiliado individualmente o colectivamente a esta biblioteca.

Inicialmente los textos se han seleccionado en base a su importancia en el campo de la psicología y las psicoterapias, especialmente dentro de los paradigmas: cognitivo, comportamental y sistémico, sin descartar otras propuestas basadas en la evidencia y otras experiencias exitosas.

---

**AFILIACIÓN:**  
**[www.unitrec.org](http://www.unitrec.org)**

---





---



# ALAMOC

---

ASOCIACION LATINOAMERICANA DE ANALISIS,  
MODIFICACION DEL COMPORTAMIENTO Y  
TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL  
Intergrante de la WCCBT

*¡Felices Fiestas!*





---

**ALAMOC**

---

ASOCIACION LATINOAMERICANA DE ANALISIS,  
MODIFICACION DEL COMPORTAMIENTO Y  
TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL  
Intergrante de la WCCBT



**COGNICIÓN Y  
COMPORTAMIENTO**

Web:  
[www.alamoc-web.org](http://www.alamoc-web.org)