



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/>