



XV CONGRESO ANUAL DE LA ASOCIACION EUROPEA DE TERAPIA DE CONDUCTA (EABT'85 MUNICH)

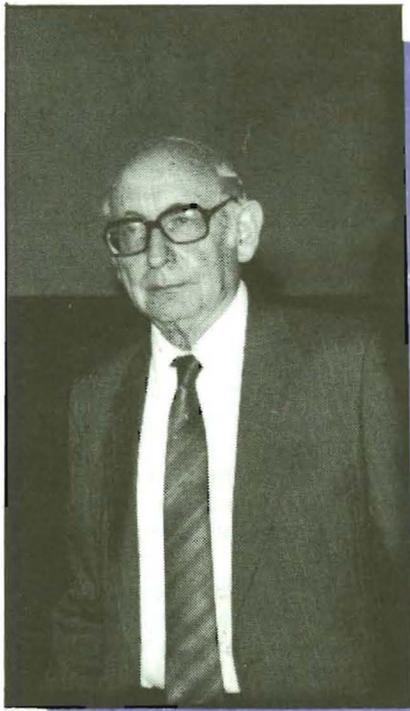
COMISION DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL Y SALUD MENTAL

El pasado mes de agosto se celebró en Munich el XV Congreso Anual de la Asociación Europea de Terapia de Conducta (EABT'85), al cual asistió una nutrida representación valenciana. El Colegio de Psicólogos del País Valenciano estuvo representado por miembros de la Comisión de Modificación de Conducta. El presente artículo resume algunos de los aspectos más destacados de este congreso.

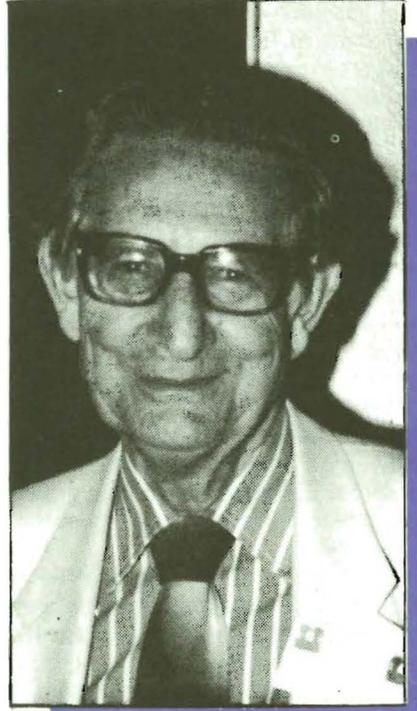
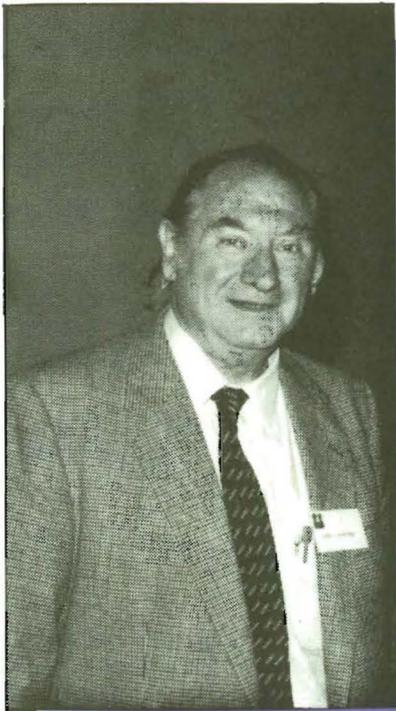
Antes de seguir adelante, una pequeña advertencia de tipo formal; este artículo ha sido redactado por diferentes autores y es por esto que se dan distintos tipos de presentación y redacción.

Las áreas de las que haremos un breve comentario en este artículo son:

- Terapia sexual y marital.
- Tratamiento de la depresión.
- Esquizofrenia.
- Adiciones.



FOTOS: PILAR ARRIBAS SAINZ



J. Wolpe

Habló de las relaciones y terapia de conducta. Hizo la revisión de su teoría.

J. C. Brengelmann

Presidente del congreso, director de psicología del Instituto Max-Planck de München.

Su conferencia hizo referencia a la eficacia personal, el «stress» y la calidad de vida.

H. J. Eysenck

Hizo hincapié en la individualización dentro de la terapia de conducta.

TERAPIA SEXUAL Y MARITAL

Los problemas de pareja fueron tratados en el congreso en tres simposios, que se agrupaban en diferentes áreas: tratamiento de las disfunciones sexuales, problemas sexuales en la senectud, avances recientes en terapia conductual marital: terapia y evaluación.

El número total de ponencias fue de diez; los autores procedían de las principales ciudades europeas y americanas. De estas ponencias una fue realizada en Valencia por López-Altschwager, M. C.

De todos estos trabajos hay que destacar el interés por los cambios producidos en los últimos cincuenta años en la BMT, incidiendo éstos hacia unos modelos integrados mucho más desarrollados.

En el área de terapia marital las investigaciones aportadas incluían desde los contratos de reciprocidad, aplicación de refuerzos positivos, entrenamiento en comunicación, en resolución de problemas, terapia cognitiva y terapia sexual (si era neces-

ria). Quizás en sí a los profesionales de esta área no les aporta nada nuevo, pero es importante incidir en lo complejo de estos tratamientos que

en Munich se llamó «nuevos» y la integración de elementos como la reestructuración cognitiva, que crea tanta polémica en la actualidad. Se re-



saltó también el dejar la terapia sexual para el final del tratamiento y dedicarse más a los problemas de comunicación y sistemas de refuerzos entre la pareja. Otro punto en el cual también se centró el interés fue, en los conflictos de pareja había pautas específicas de comportamiento sexista (Schaap); el autor hacía hincapié en que en la investigación realizada por él las mujeres usaban más palabras con contenido emocional, sentimientos y motivación, mientras que los hombres tienden a usar palabras referidas a tiempo espacio y acciones destructivas. Las mujeres parecen más inseguras frente a los hombres. Este trabajo seduce a buscar nuevas estrategias de investigación marital.

Otro logro de este congreso fue la existencia de un simposio con tres ponencias dedicadas en exclusiva a los problemas sexuales en la tercera edad; esperamos que estos temas sean más estudiados en investigaciones posteriores, ya que en la actualidad tenemos pocos datos objetivos al respecto.

Las conclusiones que nos han parecido más interesantes son las siguientes:

— Aplicación de terapias combinadas.

— Prioridad de la terapia marital sobre la sexual.

— Interés por la sexualidad en la senectud.

— Importancia de la evaluación (calidad de la relación y adaptación de la pareja; relación entre satisfacción sexual y matrimonial; pronóstico).

Munich, 29 de agosto-
1 de septiembre.

ADICCIONES

1. BULIMIA

Dentro de los distintos estudios e investigaciones presentados en la XV Reunión Anual de la EABT, hay que destacar el titulado: «Tratamiento innovador de la bulimia», en cuanto a los tratados en el tema: «Trastornos en el comer».

Esta experiencia ha sido llevada a cabo por Brunner, E.; Leibl, K.; Fichter, M., en la clínica Roseneck.

Es un hospital creado para enfermedades psicosomáticas, y hay un nuevo programa para pacientes afectados de bulimia. Los trastornos en la conducta del comer son vistos como una conducta maladaptativa pero funcional, que ayuda al paciente a mantener el equilibrio emocional. Los pacientes son tratados con una terapia integrada, basada en los principios de la medicina conductual, terapia cognitivo-conductual y psicología humanista.

La terapia va dirigida a:

1. Análisis funcional de los estímulos antecedentes, respuestas y consecuencias.

2. Adiestramiento de la percepción de las señales internas y externas, emociones positivas y negativas y la aceptación del propio cuerpo.

3. Aprendizaje de la percepción y adecuada expresión de las emociones.

4. Reestructuración cognitiva de creencias irracionales, atribuciones y respuestas cognitivas.

5. Reelaboración del anterior abandono de intereses y aptitudes, y adquisición de nuevas habilidades sociales y emocionales en sesiones de «role playing» y asignación de tarea para casa, y motivación para el tratamiento y grupo de autoayuda.

6. Clarificación de los conflictos; delimitar los pasos concretos a seguir y las decisiones en el futuro.

Son descritos también la experiencia que aporta esa terapia y algunos resultados de seguimiento.



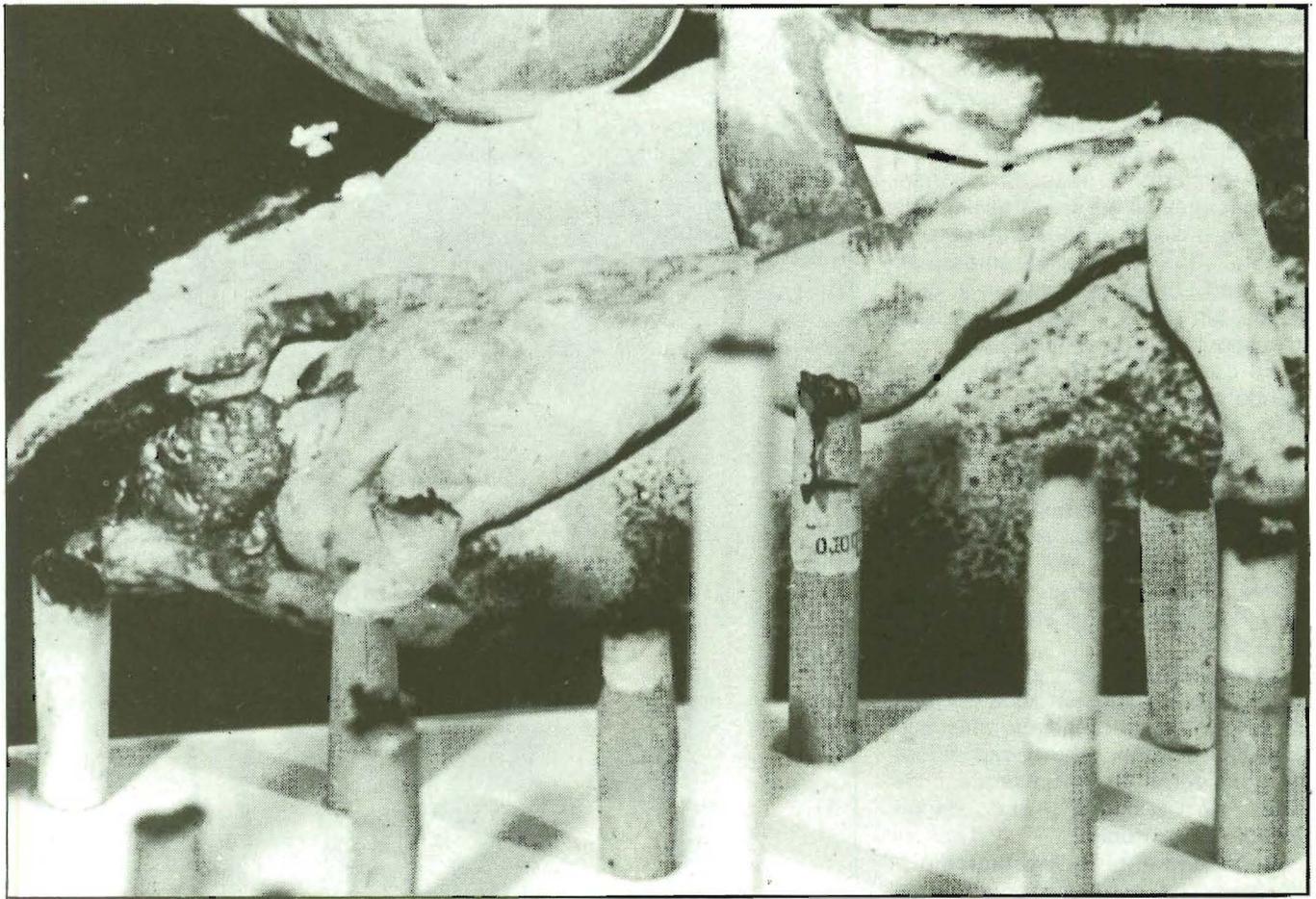


FOTO: MANUEL NOGUERA

2. TABACO

Eysenck, H. J. (Instituto de Psiquiatría Mandsley Hospital). Londres. «Fumar, personalidad y motivación. ¿Por qué fuma la gente?»

La nicotina, que es el principio activo de los cigarrillos, tiene un doble modo de acción, y el fumador tiene control sobre los efectos precisos en su estado de ánimo y conducta que se producen por fumar.

Como consecuencia, es erróneo imaginar que todo el mundo fuma por la misma razón, o puede ser curado del hábito de fumar con los mismos métodos terapéuticos. La teoría predice que los extrovertidos fuman por diferentes razones que los que tienen alto índice de neuroticismo, los primeros para remediar el aburrimiento y los segundos para remediar la tensión y la ansiedad, y la evidencia defiende tal interpretación. Además, los métodos de tratamiento basados en la hipótesis de motivación y personalidad se han encontrado muy superiores a los métodos más generales que tratan a todos los clientes igual, sin considerar la personalidad o motivación.

Además de extroversión y neuroticismo, que fueron unidos con fumar desde el inicio, hay ahora una buena

proporción de evidencia para demostrar que el psicoticismo también está asociado al hecho de fumar, pero de nuevo por razones motivacionales que son probablemente diferentes de aquellos afectados por extroversión y neuroticismo. Esto ha sugerido que factores de motivación y personalidad son muy importantes en la conducta de fumar y esto no puede ser olvidado en los esfuerzos para dejar de fumar.

Warburton, D. M.; Wesnes, K. «Nicotina: el refuerzo para fumar.»

Hay mucha publicidad sobre el riesgo para la salud que produce fumar y muchos programas para dejar de fumar; sin embargo, la gente continúa fumando. Por lo tanto, debe concluirse que los fumadores son fuertemente reforzados por los beneficios. Evidentemente por los efectos positivos de fumar en términos de eficiencia neural aumentada y mejoras en el estado de ánimo que presentan. El aumento de la eficacia neural posibilita procesos de información muy efectivos y la acción sedativa es vista como una reducción de la ansiedad y la irritabilidad. Los estudios con tabletas de nicotina indican que estos efectos de refuerzo

positivo son consecuencia de la nicotina.

Los fumadores distribuyen su aspiración de nicotina en tanto que obtienen la dosis apropiada de nicotina para los efectos deseados.

De este modo, la conducta de fumar puede considerarse como una conducta que es reforzada positivamente por los efectos de la nicotina la dosis de ésta está bajo el control de fumador.

3. ALCOHOL

Para empezar se realizó una revisión de los distintos tratamientos conductuales para la adicción al alcohol y otras drogas, organizada y dirigida por Bühringer, G. (Munich), con participación de otros especialistas.

El tratamiento de las adicciones ha pasado por distintas etapas dentro de la terapia conductual; se comenzó con el condicionamiento clásico, más tarde con la teoría de Skinner se introduce el condicionamiento operante y se utilizan reforzadores sociales, manejo de contingencias, discriminación, etcétera. Hacia 1970, con la teoría del aprendizaje social, se considera el abuso como método para llamar la atención, controlado por factores sociales más que farma-

cológicos. A partir de 1980 convergen todas las teorías anteriores y se introduce la terapia conductual-cognitiva, con atención a nuevas variables sociales, como por ejemplo autoeficacia, autolimitación. En general se tiende a descubrir elementos comunes en las distintas adicciones, dar más importancia a los post-tratamientos, poner más énfasis en las condiciones ambientales y familiares, así como en las características personales de cada cliente.

En casi todos los países se está dando más importancia a la prevención, a nivel de presupuestos estatales, que al tratamiento de las adicciones; es de destacar el caso de Australia, donde actualmente todos los programas y subvenciones estatales son para la prevención, dejando el tratamiento de enfermos crónicos para las instituciones privadas y religiosas.

Las intervenciones y los programas son en conclusión cada vez más complejos y los objetivos, más que curación de una enfermedad, ahora se consideran como un proceso de toma de decisiones y logro de un cambio de actitudes.

En cuanto al tema que tantas discusiones ha ocasionado, sobre la elección de abstinencia o bebida controlada, sigue sin haber acuerdo entre los distintos investigadores; parece ser que la elección de una u otra forma estaría en función de las características del cliente, se propone abstinencia para los muy dependientes y bebida controlada para los menos dependientes. Otra postura es que sea el enfermo quien tras un mes de abstinencia elija el tipo de objetivo terapéutico, y así además se consigue que se implique en la terapia.

Pfeiffer, W.; Fahrner, E.; Feuerlein, W. (Max Planck. Inst. Munich).

«Evaluación de terapia conductual ambulatoria para alcohólicos: Resultados de un seguimiento a largo plazo.»

Se hizo un seguimiento de setenta y nueve alcohólicos que habían participado en un grupo de terapia ambulatoria conductual desde 1974-79. El programa de tratamiento se enfocó al desarrollo del autocontrol. El período de seguimiento varía de 3 a 9 años.

Durante el seguimiento murió el 5%. El 70% fueron entrevistados y se pudo obtener información adicional de más del 12% de los clientes (principalmente, referida a la conducta de bebida).

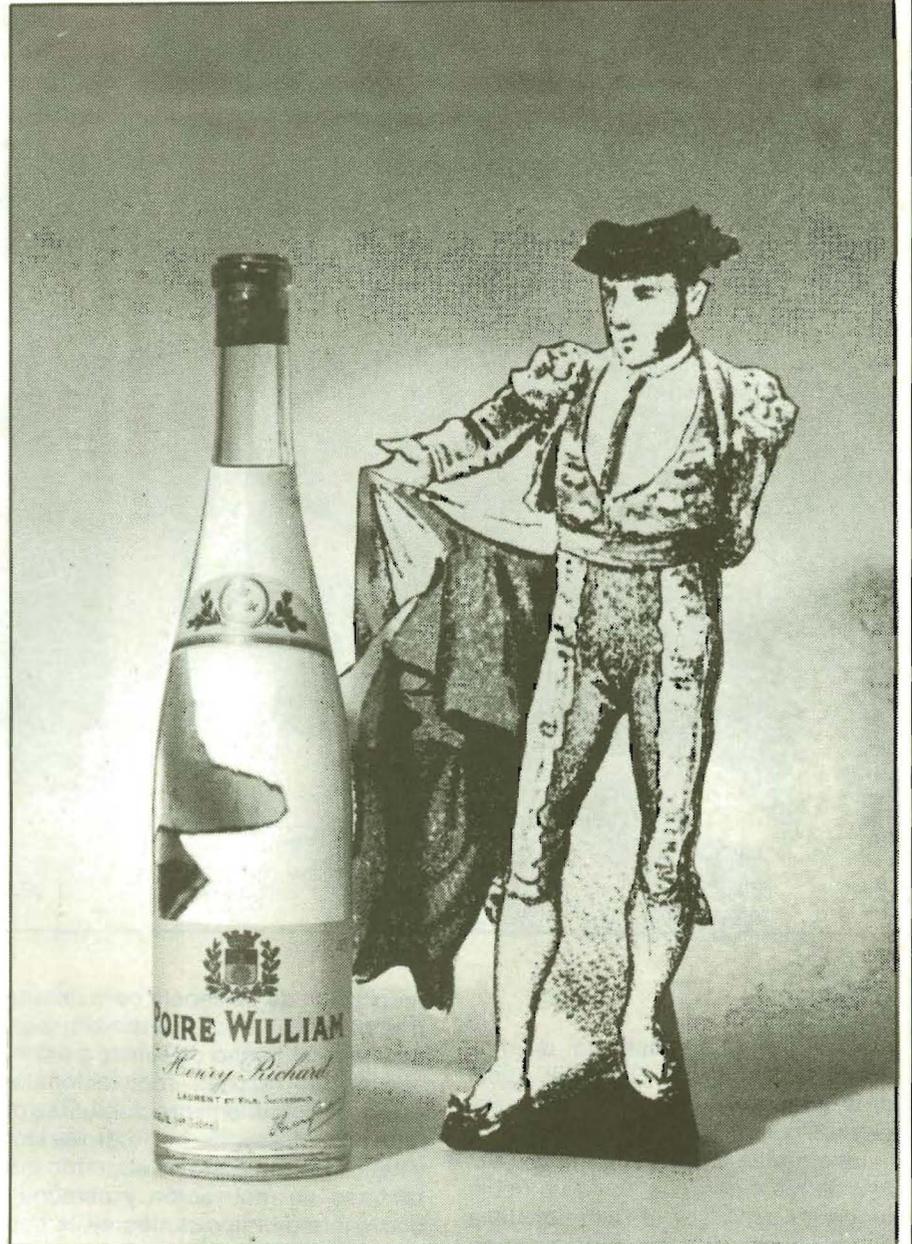


FOTO: MANUEL NOGUERA

El propósito del estudio era evaluar el resultado de la terapia en una escala amplia. Por esta razón se llevó a cabo una entrevista semiestructurada. Los temas de la entrevista y algunos de los principales hallazgos son los siguientes:

— Comportamiento de bebida actual: 51% abstinentes, 8% consumo raro y mínimo, 8% bebida controlada, 33% bebida ocasional o frecuentemente excesiva.

— Comportamiento de bebida durante todo el período de seguimiento: 14% no tuvieron recaída, 86% recayeron (por ejemplo, una recaída o más).

— Cuidados posterapéuticos: 34% participaron en una terapia adicional, 9% necesitaron volver a la consulta, 49% tomó parte en grupos de autoayuda.

— Ajuste social: Condiciones materiales objetivas, nivel social, satisfacción relacionada con las distintas áreas: ocio, relaciones de pareja, ocupación.

Los resultados son analizados respecto a la longitud variable del período de seguimiento y respecto a las terapias adicionales. La relación del ajuste social y el comportamiento de bebida es otro punto a ser discutido.

ESQUIZOFRENIA

Otro de los temas clínicos tratados fue el de la «esquizofrenia», el cual reunió a las más importantes figuras de la terapia psicosocial actual dentro del enfoque cognitivo-comportamental. Así, son de destacar Vaughn, Falloon y Goldstein, que hablaron extensamente del tema.

El enfoque seguido fue la hipótesis de la «diathesis-stress», según el cual situaciones estresantes pueden desencadenar los síntomas psicóticos en un paciente con vulnerabilidad a la esquizofrenia. En relación al tema, se resaltó la importancia de la «comunicación desviada» dentro de la familia y de los mediadores sociales en la integración del enfermo mental en la comunidad.

En un estudio realizado por Goldstein se ha confirmado que a más desviación en la comunicación siguen más síntomas psicóticos.

También se hizo énfasis en la alta o baja emotividad expresada por la familia (HEE y LEE, respectivamente), la cual puede tomar diversas formas: sobreprotección, agresividad, criticismo... Con respecto a esto, decir que en el Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Valencia actualmente se están realizando estudios desde esta perspectiva.

Por su parte, Vaughn habló de las diferencias a nivel cognitivo, emocional y conductual entre las familias HEE y LEE, y qué aptitudes de las primeras ayudan a la aparición de los síntomas esquizofrénicos en este tipo de pacientes.

Falloon dedicó su ponencia a la intervención en la propia familia del paciente, a fin de generalizar y mantener los resultados obtenidos durante la terapia; al igual que Goldstein, hizo énfasis en la importancia de la comunicación y la resolución de problemas.

DEPRESION

El área de Depresión se presentó en el XV Congreso de la EABT como una de las más experimentadas en éstos últimos años en Europa. Se expusieron numerosos estudios, entre los que destacamos los siguientes:

En Alemania se había realizado un trabajo experimental con el objetivo de comparar la eficacia de los tratamientos conductuales y cognitivos en sujetos depresivos. Para lograr este objetivo se utilizaron tres enfoques diferentes, aplicado cada uno de ellos a un grupo de sujetos. El primer grupo recibió entrenamiento en habilidades sociales y atribuciones, el segundo grupo recibió entrenamiento en refuerzos, y el tercer grupo, cambios cognitivos (Beck). Los resultados mostraron que la eficacia de las terapias conductuales y cognitivas fue prácticamente la misma.

Otro estudio experimental presentado concluyó que con un tratamien-

to cognitivo aparecían mejoras en la actividad, estado de ánimo y estado general de los clientes.

La finalidad de otro de los trabajos presentados había sido comparar tres grupos que recibían distintos tratamientos. De los tres grupos establecidos, el primero recibió reestructuración cognitiva y habilidades sociales, el segundo grupo recibió reestructuración cognitiva únicamente y el tercer grupo se mantuvo en lista de espera (muy poco contacto con el terapeuta). Los resultados evidenciaron que el tratamiento combinado ofrecía mejoras respecto a los demás tratamientos. Se puso también de manifiesto la importancia de la elección de los tratamientos en función de las variables individuales, así como la poca evidencia experimental existente sobre las variables relevantes en la predicción de los resultados de las terapias.

Se presentó otro estudio en el que las hipótesis de trabajo eran la comparación entre grupos que recibían distintos tratamientos, la comparación de las tasas de remisión en los tres tratamientos analizados, las perspectivas futuras según la terapia elegida y la duración de las distintas

terapias. Trabajaron con tres grupos, de los cuales uno recibió tratamiento cognitivo, otro farmacoterapia y el tercero la combinación de los dos anteriores, tratamiento cognitivo y farmacoterapia.

Concluyeron que, después de un año de seguimiento, el grupo que había recibido tratamiento cognitivo fue el que mostró una mejora más importante. Las recaídas fueron más frecuentes entre el grupo tratado con fármacos.

La eficacia de los tratamientos a corto plazo, el valor adicional de una terapia individual frente a paquetes de tratamientos preprogramados y la eficacia del tratamiento cognitivo frente al conductual fueron los objetivos de otro trabajo presentado en este congreso. El resultado más notable fue que los tratamientos individualizados mantienen la mejora en los sujetos en un mayor porcentaje que los paquetes preprogramados de tratamiento. A largo plazo, sólo una tercera parte de los sujetos que recibieron terapia individual tuvieron una recaída importante.

El autocontrol (Kanfer), fue el enfoque elegido para otro de los estudios que allí se expusieron. El diseño de



este tipo de terapia surgió de la comprobación de la escasa o nula tasa de autorrefuerzo que tenían los sujetos depresivos. Se eliminó del programa de tratamiento el entrenamiento en atribuciones, pues resultaba excesivamente difícil para los clientes, y en consecuencia restaba motivación.

Las sesiones se estructuraron de la siguiente forma:

De la primera a la tercera sesión: Selfmonitoring.

De la cuarta a la sexta sesión: Self-evaluation.

De la séptima a la decimosegunda sesión: Selfreinforcement.

La fase práctica del entrenamiento en autorrefuerzo fue altamente individualizada. Los resultados indicaron que este tipo de terapia es bastante eficaz en depresión. Se comprobó que el tratamiento es igualmente aconsejable para los dos sexos, y que el apoyo social y familiar es fundamental en el éxito de la terapia.

EABT'85
30-8-85 al 1-9-85 (München)

COMENTARIO

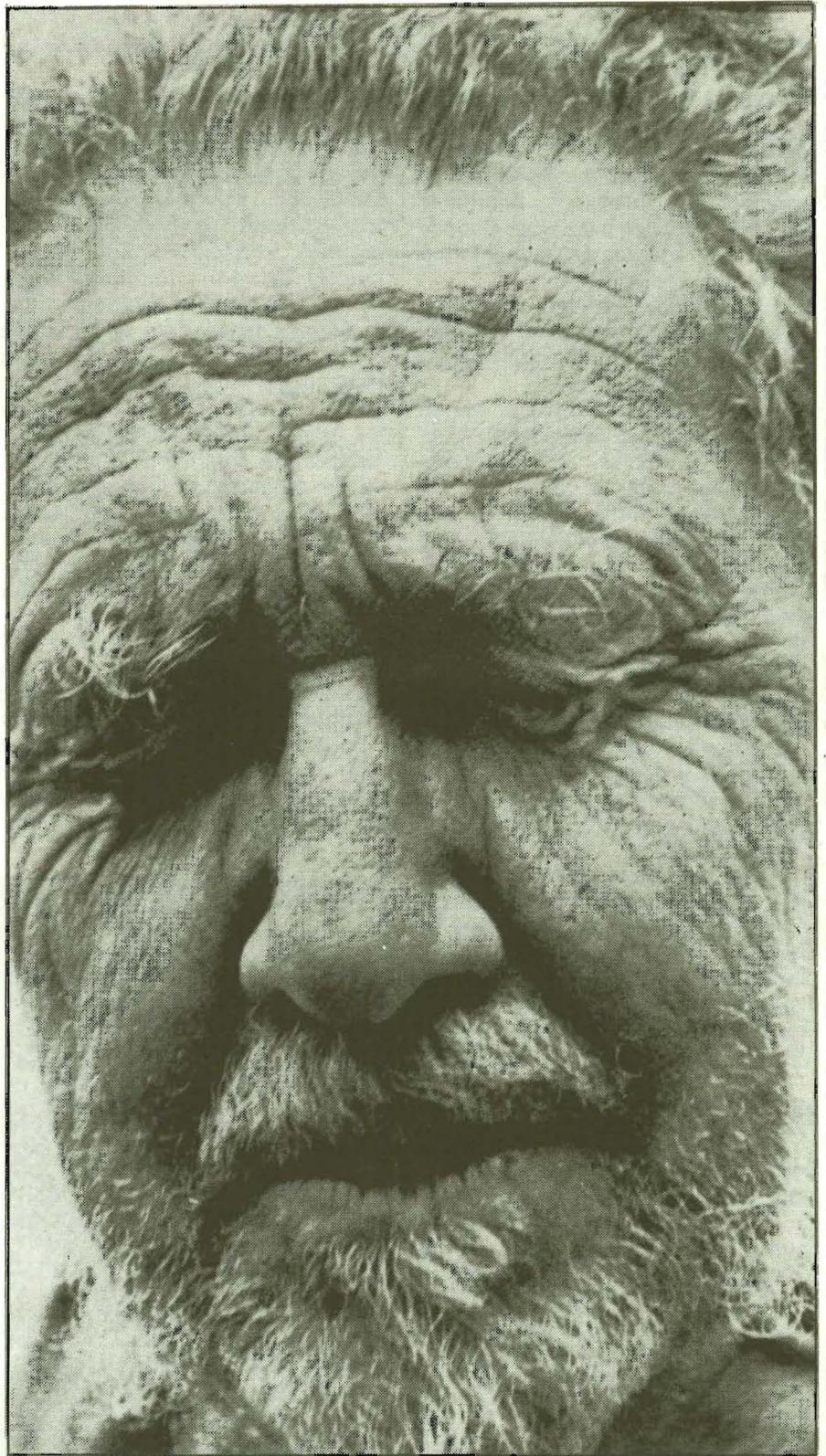
Durante la celebración del congreso tuvieron lugar tres conferencias magistrales a cargo de H. J. Eysenck, J. Wolpe y J. C. Brengelmann.

Eysenck resaltó la importancia de una individualización de la terapia con el fin de maximizar los resultados e hizo énfasis en la interacción entre las técnicas cognitivo-comportamentales y los rasgos de personalidad como un área a investigar.

Wolpe, en su intervención, insistió en los aspectos ya conocidos de su teoría y terapias, salpicando su conferencia con distintas incidencias de los pacientes con los que trabaja; de interés fue su referencia a los distintos miedos que están en la base de la agorafobia (miedo a la separación, al dolor, a una estimulación externa determinada, etcétera), y que necesariamente necesitan técnicas terapéuticas diferentes.

La presidencia del congreso estuvo a cargo del profesor Brengelmann; su conferencia giró sobre la eficacia personal, el «stress» y la calidad de vida, sorprendiendo gratamente a la audiencia tanto por el interés del tema, la claridad de los conceptos utilizados, como por el humor y sencillez en la exposición y durante todo el tiempo que estuvimos en el congreso.

Además de lo estrictamente profesional, pero dentro del mismo ámbito, la comisión mantuvo contactos con psicólogos de varios países, en



especial italianos y griegos, estos últimos muy interesados en formar una asociación de terapeutas de conducta del Mediterráneo y en conocer nuestro sistema de colegiación y participación, habiendo sido invitada la Comisión de Modificación de Conducta (y a través de ella todo colegiado interesado), por estos últimos, al próximo encuentro de psicólogos

comportamentales y cognitivos griegos, que tendrá lugar en Atenas a mediados de abril de 1986, con el fin de continuar las conversaciones.

Para finalizar solamente añadir que el próximo Congreso Europeo de Terapia Comportamental se realizará en la ciudad suiza de Lausanne (1986), donde esperamos encontrar una mayor participación española.