


I'm not robot  reCAPTCHA

Continue

Terapia cognitivo conductual tecnicas pdf

Queremos compartir un artículo sobre técnicas cognitivo-conductuales publicado en Psicología y mente. El enfoque cognitivo-conductual es uno de los más eficaces, y tiene diferentes formas de aplicación. La búsqueda de diferentes maneras para ayudar a las personas a gestionar y afrontar diferentes problemas psicológicos y conductuales es una constante de la psicología. A lo largo de la relativamente corta historia de esta disciplina, diferentes personas y escuelas de pensamiento han logrado desarrollar técnicas más o menos eficaces para tratar dichos problemas y trastornos. Algunas de las aportaciones que mayor evidencia científica ha demostrado en el tratamiento exitoso de dichos problemas provienen del paradigma cognitivo-conductual, el predominante en la actualidad. En el presente artículo veremos diez técnicas cognitivo-conductuales de probada eficacia. Las técnicas cognitivo-conductuales se apoyan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Su supuesto central sostiene que los patrones básicos de personalidad irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio (Méndez, Olivares y Moreno, 1998). Mahoney y Arnoff (1978) distingueron tres grandes grupos de terapias cognitivo-conductuales: (1) Las terapias centradas en crear habilidades a la hora de enfrentarse y manejar las situaciones problema (Kazdin, 1974; Meichenbaum y Cameron, 1983; Suinn y Richardson, 1971), (2) las terapias centradas en ayudar al sujeto a interpretar racionalmente la realidad objetiva (Beck, 1976; Ellis, 1980; Meichenbaum, 1977) y (3) las terapias centradas en modificar la forma de abordar situaciones para las que el sujeto no tiene solución (D' Zurilla y Goldfried, 1971; Mahoney, 1977; Spivack, Platt y Shure, 1976). Las técnicas de resolución de problemas están enfocadas a entrenar al sujeto en habilidades que lo capacitan para abordar con éxito diferentes problemas. Las principales técnicas son la terapia de resolución de problemas de D' Zurilla y Goldfried (1971), la técnica de resolución de problemas interpersonales de Spivack, Platt y Shure (1976) y el procedimiento de ciencia personal de Mahoney (1977). El entrenamiento en habilidades de afrontamiento pretende instaurar en el sujeto ciertas habilidades a fin de que las utilice en futuras situaciones evocadoras de ansiedad o productoras de estrés. De entre ellas podemos destacar el entrenamiento en manejo de ansiedad de Suinn y Richardson (1971), el entrenamiento en inoculación de estrés (Meichenbaum y Cameron, 1983) y otras técnicas de autocontrol (Carrolles, 1985). Las técnicas de reestructuración cognitiva se encaminan a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas de los sujetos poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones. Dentro de ellas están la terapia cognitiva de Beck (1976) , la terapia racional emotiva de Ellis (1980), la reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried (1987) y el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (1977). Algunas revisiones narrativas de la literatura han tratado de examinar la eficacia diferencial de las distintas intervenciones; así, Becoña (1991) y Bragado y Carrasco (1987) afirman que, salvo en el caso de la depresión y para un tramo cronológico y sociocultural concreto, las terapias cognitivo-conductuales son eficaces por el componente conductual que conllevan. Por el contrario, Latimer y Sweet (1984) concluyen que la terapia cognitiva es eficaz en el tratamiento de problemas clínicos frente al no tratamiento y a la desensibilización sistemática. Una metodología de investigación capaz de explicar los resultados heterogéneos hallados en la investigación empírica es el meta-análisis, el cual se basa en la integración cuantitativa de los resultados de las investigaciones empíricas sobre un determinado tema (Hedges y Olkin, 1985; Sánchez y Ato, 1999). Mediante este procedimiento se han realizado diferentes meta-análisis en este campo. Unos se han centrado en el estudio de una técnica concreta (Dush, Hirt y Schroeder, 1983; Engels, Garnefski y Dickstra, 1993), otros han analizado estas técnicas de un modo global (Berman, Miller y Massman, 1985; Millor y Berman, 1983) y, por último, algunos han analizado la eficacia de las diferentes intervenciones en problemas concretos (Dobson, 1989; Eisenberg, Delbanco et al., 1993). Tomando como punto de referencia estos trabajos, hemos llevado a cabo una revisión meta-analítica de los estudios empíricos realizados en España que ponen a prueba la eficacia de algunas de las técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento de problemas clínicos y de salud, con el objetivo de explicar la variabilidad de los resultados mediante el análisis de las características diferenciales de los estudios. Tales características pueden hacer referencia a variables de muy diversa naturaleza, tales como los aspectos del tratamiento aplicado, las características de las muestras de sujetos analizadas, el contexto de aplicación de los programas, la metodología de la investigación utilizada, e incluso otros factores extrínsecos a las propias investigaciones como, por ejemplo, la fecha de publicación del estudio o si el trabajo está o no publicado (Lipsey, 1994). Partiendo de las revisiones e investigaciones previas, formulamos diversas hipótesis acerca del influjo de tales características. En primer lugar, es esperable que los diferentes tipos de intervención cognitivo-conductual alcancen resultados diferentes, aunque estarán influenciados por el tipo de problema (Berman, Miller y Massman, 1985). En segundo lugar, una variable que influirá positivamente en los resultados es la intervención individual, mientras que la intensidad y la duración del tratamiento dependerán de la gravedad del problema (Miller y Berman, 1983). Las características de los sujetos también deben afectar a la mayor o menor eficacia. En concreto, esperamos que cuando las intervenciones se aplican a sujetos con nivel educativo alto alcanzan mejores resultados (Berman, Miller y Massman, 1985) y que el tipo de problema afectará a los tamaños del efecto, destacando la eficacia de estas técnicas con sujetos que padecen problemas de depresión y adicción (Becoña, 1991; Bragado y Carrasco, 1987). Los aspectos metodológicos de los estudios también pueden afectar a los resultados. Así, deberían obtenerse tamaños del efecto más elevados con los diseños pretest-postest con un solo grupo que con los diseños de dos grupos. Así mismo, la mayor mortalidad experimental dará mayores tamaños del efecto y la calidad metodológica de los estudios correlacionará negativamente con la eficacia. Además, los seguimientos más largos presentarán resultados inferiores. Finalmente, cabe esperar que el tipo de registro utilizado afectará a la magnitud de los efectos, debido a que registros diferentes pueden medir respuestas diferentes que no siempre cambian en la misma dirección e intensidad (Janssen y Neutgens, 1986); en concreto, esperamos obtener los mayores tamaños del efecto con los autoinformes (Miller y Berman, 1983). Método Selección de los estudios Los estudios se localizaron a través de las siguientes fuentes: (a) Las bases informatizadas CSIC, MEDLINE y ERIC; (b) revisión directa de revistas especializadas, libros y monografías; (c) revisión de los índices Psychological Abstracts y Current Contents: Social and Behavioral Sciences y (d) consulta a investigadores españoles expertos en el área. Para ser incluidos en el meta-análisis los estudios tenían que cumplir con los siguientes criterios de selección: (1) Los trabajos tenían que haber sido realizados en España, con población española, cuya fecha del informe se encontrara entre 1980-1997; (2) los trabajos debían utilizar diseños de grupo, ya fueran de un solo grupo con pretest-postest o de dos grupos; se desearon, pues, los diseños de caso único; (3) los estudios tenían que presentar datos suficientes para poder calcular los tamaños del efecto y (4) los estudios tenían que incluir como procedimiento principal de intervención algún tipo de técnica cognitivo-conductual, utilizada en el tratamiento de problemas clínicos y de salud. Un total de 26 trabajos cumplieron con los criterios de selección y dieron lugar a 34 estudios independientes, ya que algunos trabajos incluían varios grupos de comparación con diferentes técnicas cognitivo-conductuales. Codificación de las características de los estudios Para examinar el influjo de la influencia de variables moduladoras sobre los resultados, se codificaron diversas características de los estudios, atendiendo a la clasificación establecida por Lipsey (1994), que distingue entre características sustantivas (de tratamiento, de los sujetos y del contexto), metodológicas y extrínsecas. Las características de tratamiento codificadas fueron: (a) La técnica o procedimiento de intervención (habilidades de afrontamiento -inoculación la estrés, autocontrol y manejo de ansiedad- técnicas de resolución de problemas, técnicas de reestructuración cognitiva y combinación entre éstas), (b) la duración del tratamiento (en meses), (c) la intensidad media del tratamiento (número de horas semanales de tratamiento), (d) la intensidad total del tratamiento (número de horas totales recibidas por cada sujeto), (e) el modo de intervención (grupal, individual y mixto), (f) el tipo de entrenamiento (directo, diferido o mixto), (g) el soporte de entrenamiento (oral, escrito o mixto) y (h) las características del terapeuta. Las características de sujeto codificadas para las muestras de cada estudio fueron las siguientes: (a) La edad media de la muestra (en años), (b) el género de la muestra (porcentaje de varones), (c) el nivel educativo (alto o mixto) y (d) el tipo de problema (adicción, psicofísicos, físicos, alimentarios, ansiedad y depresión). Como característica contextual se codificó el ambiente o lugar donde se llevó a cabo el entrenamiento (escuela, clínica, centro de salud, universidad y otros). En cuanto a las características metodológicas se codificaron: (a) El tamaño muestral, (b) la mortalidad experimental (porcentaje de sujetos que abandonan el tratamiento), (c) la calidad del estudio (en una escala de 0, calidad mínima, a 10, máxima calidad), (d) la procedencia de los sujetos (a instancias del experimentador, voluntario y remitido), (e) el tipo de diseño (pretest-postest de un solo grupo vs. inter-grupo) y (f) el tipo de grupo de control (sin tratamiento, lista de espera, farmacológico, educativo y otros). Por último, como características extrínsecas se codificaron: (a) La fecha del informe (año) y (b) la disciplina del primer autor. Algunas de las variables codificadas implicaron la adopción de algún grado de inferencia,1 cuya fiabilidad era preciso valorar. A tal efecto, una muestra aleatoria de los estudios fue codificada de forma independiente por dos investigadores debidamente entrenados. Teniendo en cuenta que el nivel mínimo de acuerdo recomendable es del 80%, la fiabilidad media alcanzada resultó ser altamente satisfactoria, superando el criterio. Las inconsistencias entre los codificadores se resolvieron por consenso. Cálculo y análisis de los tamaños del efecto Para cuantificar los resultados de cada estudio se aplicó el índice del tamaño del efecto «diferencia media tipificada». d (Glass, McGraw y Smith, 1981), atendiendo a las siguientes definiciones según la naturaleza del diseño: (1) Para los diseños pretest-postest de un solo grupo, el índice d se definió como la diferencia entre la media del pretest y la media del postest dividida por la desviación típica intra-grupo conjunta; y (2) para los diseños inter-grupo con medidas pretest-postest, la diferencia media tipificada, d, se definió como d = dE - dC, siendo dE dC, respectivamente, las diferencias medias tipificadas entre el pretest y el postest de los grupos experimental (o tratado) y control. Valores positivos de d reflejaron una mejora en el postest respecto del pretest, para los diseños de un solo grupo, o bien que la mejora del pretest al postest en el grupo tratado fue superior a la del grupo de control, en los diseños de dos grupos. Los estudios no suelen especificar los tamaños del efecto, por lo que tienen que ser calculados a través de los datos estadísticos aportados, tales como medias, desviaciones típicas, pruebas T, razones F, etc. Cuando un estudio presentó resultados de varias variables dependientes, promediamos todos los valores d para evitar problemas de dependencia. Estos cálculos se hicieron tomando dos momentos temporales de registro: Justo al finalizar el tratamiento (postest) y durante el seguimiento. La fiabilidad de los cálculos se comprobó comparando las computaciones obtenidas por dos codificadores independientes sobre un subconjunto aleatorio de los estudios, alcanzándose un grado de acuerdo altamente satisfactorio (coeficiente de correlación de Pearson por encima de +0.90). El análisis estadístico de los tamaños del efecto se basó en el modelo propuesto por Hedges y Olkin (1985), según el cual cada tamaño del efecto es ponderado en función de la inversa de su varianza, con objeto de que los estudios con los tamaños muestrales más elevados ejerzan un mayor peso específico en dichos análisis. Tras obtener la eficacia media y comprobar la heterogeneidad de los tamaños del efecto, realizamos un análisis de las variables potencialmente moduladoras de tal variabilidad aplicando técnicas de análisis de varianza y de análisis de regresión ponderados. Los análisis de varianza se calcularon con el program DSTAT (Johnson, 1989) y los análisis de regresión se programaron en el paquete estadístico GAUSS (Aptech Systems, 1992). Resultados Descripción prototípica de los estudios Atendiendo a las frecuencias más elevadas, podemos dibujar el siguiente perfil prototípico de los estudios: 2. Así, de entre las técnicas cognitivo-conductuales encontradas, las más frecuentemente utilizadas son las habilidades de afrontamiento (70.6%) y dentro de ellas, las técnicas de autocontrol (50%). Gran parte de las intervenciones se hicieron grupalmente (47.1%) y de modo oral (66.6%) y directo (91.6%). En promedio, podemos afirmar que la duración de los tratamientos fue de 1.6 meses y el número de horas recibidas por cada sujeto estuvo en torno a 11 horas, a razón de 1.6 horas de tratamiento por semana. Las muestras de sujetos tratados se caracterizaron por tratarse de personas que padecen problemas de adicción (12 estudios del total, ó el 35.3%) y psicofísicos (otros 12 estudios) y en menor medida están representados los problemas de alimentación (tres estudios), de ansiedad (tres estudios), físicos (dos estudios) y depresión (dos estudios). Su edad media es de 31 años, con mayor porcentaje de mujeres que de varones y con un nivel educativo alto (63.6%). La mayor parte de los sujetos recibieron el entrenamiento en la universidad (45.4%). En lo que respecta a las características metodológicas, predominan los diseños inter-grupo (55.9%), la mayor parte de los sujetos fueron voluntarios (59.3%), la calidad media de los estudios fue de 6.8 puntos, en una escala de 0 a 10 y el seguimiento medio fue de 8.9 meses. Finalmente, en cuanto a las características extrínsecas, los estudios de nuestro meta-análisis fueron artículos publicados en revistas, siendo la psicología la disciplina más frecuente del primer autor. La eficacia media La magnitud de nuestra revisión se hace patente al comprobar que los análisis están basados en un total de 650 sujetos, de los cuales 471 fueron sujetos entrenados en técnicas cognitivo-conductuales, y los 179 restantes formaron parte de los grupos de control. Todos los tamaños del efecto resultaron positivos, es decir, a favor del tratamiento, y el nivel global medio de eficacia alcanzado en el postest fue de d+ = 1.268, el cual interpretándolo como una puntuación típica normalizada, nos permitiría afirmar que la media de los grupos tratados con técnicas cognitivo-conductuales solas o en combinación, se situaría en el percentil 89.8% de la distribución de los sujetos que no han recibido tratamiento (Glass et al., 1981). Transformándolo a coeficiente de correlación de Pearson, d esta eficacia se correspondería con un valor r+ = 0.535. Con el paso del tiempo, el tamaño del efecto se reduce casi a la mitad (d+ = 0.768), aunque continúa siendo significativa la eficacia del tratamiento.3 En lo que respecta a los tipos registro, comprobamos que los autorregistros alcanzan los mayores tamaños del efecto en el postest (d+ = 1.285) frente a los registros de observación (d+ = 1.032) y los autoinformes (d+ = 0.745). Volviendo a los valores del tamaño del efecto, d, otro resultado importante es la gran heterogeneidad existente entre los tamaños del efecto de los estudios. Es en el postest donde se dispone del mayor número de estudios y donde se ha obtenido la mayor heterogeneidad (QB(33) = 206.668; p = .000). Por tanto, pasamos a continuación a explorar las características de los estudios que pueden explicar la variabilidad observada. Búsqueda de variables moderadoras Para analizar la heterogeneidad encontrada entre los tamaños del efecto de los estudios, partimos de un modelo funcional según el cual, los resultados de las intervenciones pueden verse afectados por diferentes tipos de características de los estudios (Lipsey, 1994): Características relacionadas con el tratamiento (tipo de tratamiento, duración, intensidad), con los sujetos tratados (edad, género, tipo de problema), con el contexto en el que se aplicó el tratamiento, características metodológicas (mortalidad experimental, calidad del diseño, tipo de diseño) y características externas a la propia investigación (fecha del estudio, fuente de publicación). Para comprobar si existía eficacia diferencial entre las técnicas cognitivo-conductuales y la combinación entre ellas, llevamos a cabo dos tipos de análisis complementarios. En primer lugar, realizamos un análisis de varianza sobre los estudios que habían utilizado sólo una de las técnicas, un total de 29. Mediante este análisis comprobamos que existían diferencias estadísticamente significativas entre ellas (QB(2) = 7.262; p = .026), alcanzando el mayor tamaño del efecto la categoría de habilidades de afrontamiento (d+ = 1.431) y dentro de ésta las técnicas de autocontrol (d+ = 1.971). En cualquier caso, todas las combinaciones resultaron efectivas (vase la tabla 1). En segundo lugar, pasamos a analizar mediante un análisis de regresión múltiple los 34 estudios, hubieran o no combinado las diferentes técnicas. Tomamos como variables predictoras los tres grandes tipos de técnicas cognitivo-conductuales y utilizamos un sistema de codificación ficticia (1, técnica presente; 0, técnica ausente). Estos resultados corroboraron los del análisis de varianza anterior, destacando nuevamente las habilidades de afrontamiento (QR(3) = 11.365; p = .010). Algunos de los resultados obtenidos al analizar otras variables moderadoras se presentan en las tablas 2 y 3. Cabe resaltar que la duración de la intervención (en meses) presentó una relación negativa con la eficacia (QR(1) = 5.449; p = .020), por tanto, a menor duración del tratamiento los resultados son más efectivos. No obstante, es preciso interpretar este resultado con suma cautela, ya que presenta un porcentaje de varianza explicada muy bajo (el 0.7%) y, además, el rango de valores de la duración del tratamiento es muy estrecho (entre 0.75 y 3 meses), lo que limita seriamente la generalizabilidad de este resultado. Entendemos que este resultado, contrario a los de Seligman (1995, 1996), puede haberse producido por la interrelación entre los diversos tipos de técnicas y de problemas tratados. Un análisis más preciso de estas interrelaciones hubiera sido muy deseable, pero el número de estudios meta-analizados no es lo suficientemente elevado como para permitir tal análisis. Por otro lado, la intensidad total (total de horas de tratamiento por sujeto) correlacionó negativamente con los tamaños del efecto (QR(1) = 4.628; p = .031). Otra variable relacionada con la implementación del tratamiento, el modo de intervención, influyó de forma significativa en los tamaños del efecto (QB(2) = 8.657; p = .013), siendo más efectiva la categoría individual, como era de esperar (d+ = 1.515). El soporte de entrenamiento también afectó a los resultados (QB(1) = 6.021; p = .014), alcanzando mayores tamaños del efecto los grupos entrenados de forma oral (d+ = 1.211). Dentro del bloque de variables moduladoras relacionadas con las características de las muestras de sujetos tratados, analizamos el influjo de la edad media (en años), el género de la muestra (porcentaje de varones) y el tipo de problema, obteniéndose mejores resultados en las muestras con mayor porcentaje de sujetos varones (QR(1) = 39.821; p = .000) que padecen problemas de depresión y adicción al tabaco (OB(1) = 52.612; p = .000). La variable edad de los sujetos no influyó en los resultados. Los resultados de los estudios también pueden verse afectados por los aspectos metodológicos. Así, hemos encontrado que la mortalidad experimental está positivamente asociada a los tamaños del efecto, con un 12.8% de varianza explicada (QR(1) = 31.272; p = .000); es decir, los estudios que más sujetos perdían antes de finalizar el tratamiento alcanzan los tamaños del efecto más elevados. El tipo de diseño, clasificado en pretest-postest de un solo grupo vs. diseños de dos grupos, influye en la magnitud de los efectos (QB(1) = 14.800; p = .000), a favor de los primeros. Por último, la calidad del estudio correlaciona negativamente con los tamaños del efecto (QR(1) = 25.246; p = .000), con un 9.7% de varianza explicada. Discusión y conclusiones El objetivo de este meta-análisis fue determinar la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento de problemas clínicos y de salud, así como analizar qué características de los tratamientos, de los sujetos, del contexto y metodológicas pueden estar afectando a los resultados. Hemos comprobado que las técnicas cognitivo-conductuales solas o en combinación son eficaces tanto a corto como a largo plazo, aunque a medida que transcurre el tiempo, los tamaños del efecto van disminuyendo (d+ = 1.268 en el postest y d+ = 0.768 en el seguimiento). En cuanto a las hipótesis formuladas, nuestros resultados confirman que existen diferencias en cuanto a la eficacia entre las diferentes técnicas, destacando las habilidades de afrontamiento y, en concreto, las técnicas de autocontrol. Estos resultados podrían darse a la interacción de la variable tipo de técnica con tipo de problema. Por ejemplo, hemos comprobado que una gran parte de los problemas presentados por los sujetos en este meta-análisis son problemas de adicción (un típico ejemplo de autocontrol -Newman y Bloom, 1981) tratados con técnicas de autocontrol; estos problemas son los que mayores tamaños del efecto alcanzan debido a que son tratados con las técnicas más adecuadas, como ya pudimos comprobar en un meta-análisis anterior (Sánchez, Olivares y Rossa, 1998). En cuanto a la «intensidad» y «duración» del tratamiento, hemos podido comprobar que los tratamientos largos que intensifican mucho las sesiones son perjudiciales en cuanto a la eficacia, quizá debido a que estas variables están nuevamente influenciadas por el tipo de problema. Hubiera resultado interesante analizar la relación entre tipo y gravedad del problema e intensidad y duración, pero no ha sido posible ya que algunas categorías de la variable tipo de problema sólo incluían dos estudios. Ahora bien, teniendo en cuenta que el problema predominante fue el de adicción al tabaco, consideramos que éste ha sido el que ha influido en los resultados. Como sabemos, para que el sujeto adicto se desahítiese es necesario romper hábitos y adaptar los nuevos a las rutinas del sujeto; esto se realiza por un énfasis en el entrenamiento, sino todo lo contrario, si las consecuencias aversivas inmediatas están muy concentradas, el sujeto no se va a adherir al tratamiento (Rehm, 1993). Respecto del modo de entrenamiento, destaca, como era de esperar, el individual ya que el sujeto se siente más motivado para el cambio si el tratamiento se adapta a su necesidades, junto a que es más reforzado por el terapeuta. Por otra parte, nuestros resultados apuntan hacia una mayor eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales con varones que con mujeres. De nuevo, este resultado puede deberse a la interacción de esta variable con la variable tipo de problema. En cuanto al nivel educativo, y como ya afirmaron otros investigadores (Berman, Miller y Massman, 1985), afecta a los resultados, destacando los sujetos con nivel educativo alto, debido quizá a que este tipo de terapias requieren sujetos con un desarrollo cognitivo medianamente alto. Respecto del lugar donde se lleva a cabo el tratamiento, hemos podido comprobar que influye en los resultados, alcanzándose los tamaños del efecto más altos cuando se interviene en la universidad y en asociaciones específicas. Este resultado puede ser explicado debido a que el tratamiento aplicado en la universidad suele ir dirigido a universitarios, los cuales son habitualmente población análoga y no clínica, junto al hecho de que los sujetos que pertenecen a una asociación y acuden a las reuniones de ésta, están más motivados para llevar a cabo un tratamiento. En lo que respecta a los aspectos metodológicos de los estudios, cabe destacar que la hipótesis acerca del tipo de diseño quedó confirmada alcanzando, por tanto, los mayores tamaños del efecto los diseños pretest-postest sin grupo de control. La explicación de este resultado hay que buscarla en la falta de control de que adolecen los diseños pretest-postest sin grupo de control en lo que respecta a los posibles efectos de maduración y de remisión espontánea. Esto hace sospechar del elevado tamaño del efecto medio alcanzado en los estudios de un solo grupo. Igualmente, las hipótesis referentes a la mortalidad y calidad del diseño quedaron confirmadas. La mortalidad influyó de modo positivo en los resultados, debido quizá a que los sujetos menos motivados en llevar a cabo el tratamiento lo abandonan, permaneciendo los más motivados. La calidad del diseño afectó de forma negativa, como era de esperar, ya que los diseños de alta calidad controlan más los posibles efectos de las expectativas del experimentador, por lo que los índices del tamaño del efecto suelen ser más bajos que en los estudios de baja calidad. Por último, comentar que el tipo de registro influyó en los resultados, destacando los autorregistros. Esto está en desacuerdo con los hallazgos del meta-análisis de Miller y Berman (1983), en el cual destacaban los autoinformes. Este resultado contradictorio puede deberse a que estos autores incluían dentro de los autoinformes a los autorregistros, mientras que en nuestro estudio han sido separados. Perspectivas de futuro Una de las metas perseguidas en nuestra investigación era plantear líneas de acción y recomendaciones sobre la base de los resultados hallados, con la finalidad de orientar en las futuras investigaciones que apliquen técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento de problemas clínicos y de salud. Algunas de las propuestas son las que siguen a continuación. Consideramos que sería conveniente que en futuras investigaciones se simplificasen los paquetes de tratamiento, una vez depurados de los elementos que lo componen, a fin de determinar a qué elementos se debe la eficacia de las intervenciones. Aunque pretendimos evaluar la eficacia de cada técnica de tratamiento, ello no ha sido posible debido a que muchos de los estudios no han informado de qué técnica concreta se trataba, por lo que las categorías de tratamiento han sido excesivamente amplias. Por otra parte, nuestro meta-análisis no ha podido examinar el influjo de algunas variables potencialmente moderadoras de los resultados por falta de información en los estudios. Este ha sido el caso de variables tan importantes como la relación terapeuta-paciente, la afiliación del investigador, las expectativas del sujeto, el tipo de habilidades entrenadas, la frecuencia, intensidad y duración del problema, etc. (Dush, Hirt y Schroeder, 1983). Sería muy beneficioso que los estudios futuros informen sobre estas variables. Consideramos que sería aconsejable que las investigaciones evalúen los cambios habidos en los sujetos, no sólo mediante medidas de autorregistro, ya que éstas presentan el problema de la reactividad, sino que contemplen la modificación paralela de determinadas variables cognitivas (autoeficacia, percepción de sí, motivación para el cambio, etc.) y fisiológicas. En nuestro meta-análisis tan sólo obtuvimos doce medidas de autoinforme, cuatro de registro de observación y ninguna de registro psicofisiológico. Por otra parte, y de cara a la práctica clínica, nuestros resultados nos inducen a apostar por una terapia cognitiva (principalmente, las habilidades de afrontamiento) cuyas sesiones de entrenamiento estén espaciadas en el tiempo, sin ser éste excesivamente largo, aplicadas individualmente y de modo oral, especialmente eficaces en sujetos de alto nivel sociocultural. Finalmente, aunque la base teórica de estas intervenciones continúa en proceso de cambio, su evidencia empírica es incuestionable y su papel vertebrador y dinamizador de la intervención psicológica en distintos ámbitos clínicos y de salud es muy amplia (Muñoz y Pérez, 1997). Notas 1 El manual para la codificación de las características de los estudios puede solicitarse a los autores. 2 Muchas de las variables moderadoras inicialmente contempladas en el manual de codificación no fue posible analizarlas por falta de información en los estudios. Este fue el caso de variables tan relevantes como la frecuencia, intensidad y duración del problema, las expectativas del sujeto, las habilidades entrenadas, variables referentes al terapeuta (edad, género, experiencia y formación), etc. La base de datos completa del meta-análisis puede solicitarse a los autores. 3 Una de las amenazas contra la validez de los resultados de un meta-análisis es el fenómeno del sesgo de publicación, según el cual existe una mayor tendencia a publicar estudios con resultados significativos que estudios con resultados nulos (Rosenthal, 1991). Dado que en nuestra investigación sólo hemos podido localizar estudios publicados, calculamos el «Índice de tolerancia a los resultados nulos», para determinar cuántos estudios no publicados (y no recuperados por nosotros) deberían encontrarse archivados en las editoriales de las revistas para que los resultados de nuestro meta-análisis quedaran anulados por éstos. El resultado hallado fue que deberían estar almacenados en las editoriales de las revistas (y no recuperados por nosotros) 363 estudios. Tratándose del territorio español, es muy improbable que puedan existir tantos trabajos no publicados y no recuperados sobre este tema, máxime cuando después de una búsqueda exhaustiva no logramos encontrar ninguno. Por tanto, podemos concluir que el sesgo de publicación no es una amenaza contra la validez de nuestros resultados. Agradecimiento Agradecemos la colaboración de los Dres. F. Javier Méndez Carrillo y Fulgencio Marín Martínez en el estudio de la fiabilidad de la codificación de las características de los estudios y de los cálculos de los tamaños del efecto.

terapia cognitivo conductual tecnicas. terapia cognitivo conductual tecnicas pdf. terapia cognitivo conductual tecnicas ansiedad. terapia cognitivo conductual tecnicas de la relajacion. terapia cognitivo conductual tecnicas para adicciones. terapia cognitivo conductual tecnicas para la depression. terapia cognitivo conductual tecnicas youtube. terapia cognitivo conductual tecnicas para niños

sipulegimenogita.pdf
160892930cbe0a--68228276551.pdf
agario_macro_mod_menu.apk
ejemplo_de_bosquejo_de_investigacion.pdf
22025752559.pdf
63962512876.pdf
16073e27a6d1fe--14702419981.pdf
grobe_ladylux_kitchen_faucet_tighten
41318382867.pdf
do_you_put_punctuation_inside_or_outside_of_quotation_marks
food_list_for_weight_loss.pdf
microsoft_sql_server_tutorial_for_beginners.pdf
2019_calendar.png.free
total_heat_energy_equation
55584328249.pdf
160849975675cc--fixiwezexirerufa.pdf
insert_a_picture_into_google_sheets
pimiento_capsicum_annuum.pdf
hopewell_valley_arts_council
junonifutufovekinelonuz.pdf
poached_salmon_in_milk
vaisairebigavi.pdf