

# Terapias conductuales

---

Apuntes para un Seminario

---



**Jaime Ernesto Vargas Mendoza**



Terapias conductuales. Apuntes para un seminario.  
Vargas-Mendoza, Jaime Ernesto.  
© 2009. Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.  
Calzada Madero 1304, Centro, Oaxaca de Juárez, Oaxaca,  
México. C.P. 68000  
Tel. (951)5142063, (951) 5495923, Fax. (951) 5147646  
www.conductitlan.net  
E-mail: jorgeever@yahoo.com.mx, comentarios@conductitlan.net  
Se promueve la reproducción parcial o total de este documento  
citando la fuente y sin fines de lucro.

En caso de citar este documento por favor utiliza la  
siguiente referencia:

Vargas-Mendoza, J. E. (2009) Terapias conductuales. Apuntes  
para un seminario. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología  
A.C.

## JUSTIFICACION.

La Terapia Conductual se ha convertido, en los últimos tiempos, en uno de los temas mas controvertidos de la Psicología moderna, al apartarse, en varios puntos importantes, de las técnicas psicoterapéuticas mas arraigadas, mismas que enfatizan causas "psíquicas", internas y profundas, para explicar la conducta anormal. Por su parte, la Terapia conductual se desarrolla a partir de un enfoque ambientalista y particularmente de la Teoría del Aprendizaje y de los datos experimentales que la sustentan. Así que, conocer y aplicar estos recursos, permitirá un mejor ejercicio de la Psicología Clínica.

## OBJETIVOS:

1. Exponer las bases teóricas del enfoque de la Terapia Conductual.
2. Mostrar datos experimentales que evidencien los beneficios y limitaciones de las técnicas.
3. Considerar algunas recomendaciones para el uso indicado de los procedimientos terapéuticos.
4. Descubrir los límites éticos en el empleo de las Terapias Conductuales.

CONTENIDO:

FUNDAMENTOS DE TERAPIA IMPLOSIVA..... 5

FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA AVERSIVA..... 11

FUNDAMENTOS DEL CONTRACONDICIONAMIENTO..... 20

INSTRUCTIVO DE RELAJACIÓN MUSCULAR..... 29

FUNDAMENTOS DE AUTOCONTROL ABIERTO..... 31

AUTO-OBSERVACIÓN Y AUTO-REGISTRO..... 35

AUTO-PREMIO..... 37

FUNDAMENTOS DE AUTOCONTROL ENCUBIERTO..... 40

CONDUCTA ENCUBIERTA COMO ANTECEDENTE..... 42

CONDUCTA ENCUBIERTA COMO CONDUCTA A MODIFICAR..... 45

CONDUCTA ENCUBIERTA COMO CONSECUENCIA..... 48

BIBLIOGRAFÍA..... 50

## FUNDAMENTOS DE TERAPIA IMPLOSIVA.

Malleson (1959) presento el análisis de una fobia en el que noto que una fuente de reforzamiento para la respuesta fóbica, consistía en la posibilidad de evitar la situación.

Se trataba de un caso donde un estudiante debía aprobar un examen que presentaría 2 días después.

Los sedantes, como procedimiento típico, no sirvieron de nada y tampoco había mucho tiempo para alguna técnica psicoterapéutica convencional.

Entonces, se le pidió al estudiante que se sentara sobre la cama y que sintiera su miedo lo mas intensamente posible.

Se le pidió que dijera todas las consecuencias terribles que sucederían si reprobara el examen.

Al principio sudaba y temblaba, pero después de media hora, estaba tranquilo

Cada vez que sentía una ligera ola de alarma, era instruido para no tratar de evitarla y más bien, tratar de experimentarla completa y totalmente, fortalecerla y aumentarla.

Si el no reportaba espontáneamente sentir estos sobresaltos, cada 20 o 30 minutos tenia que hacer un esfuerzo como el ya descrito.

Luego de un tiempo, el estudiante se veía dispuesto a no sentirse atemorizado. "Había acabado con la emoción en la situación global".

Malleson hipotetizó que además de retirar el reforzamiento de la conducta fóbica, este procedimiento ocasionaba fatiga o inhibición reactiva.

Debería agregarse que ciertamente se trata de afrontar la situación aversiva anticipada, con la falta de consecuencias aversivas inmediatas (extinción) y posiblemente también con el estímulo favorable de hacer algo acerca de la situación (fortaleciendo más la actitud de adulto y la competencia en el paciente), la expectativa del cliente por mejorarse (efecto placebo) y la presencia de un terapeuta interesado y simpático.

La Técnica de Inhibición Recíproca de Malleon es muy parecida a la que desarrolló Stampel & Levis (1967), a la que denominaron "Terapia Implosiva".

Hogan y Kirchner (1967) informan sobre una valoración experimental de la Terapia Implosiva. Usaron como variable dependiente la conducta de evitación en ratas, de manera análoga a experimentos previos, donde emplearon serpientes.

Como sujetos se utilizaron estudiantes (asignados al azar, 22 al grupo control y 21 al experimental), quienes manifestaron temer a las ratas y no ser capaces de agarrar una, por ningún motivo.

El grupo experimental empezó con escenas donde se imaginaban los sujetos que tocaban a una rata, que presionaban a una rata con un dedo o que sentían que una rata corría rápidamente sobre su cuerpo.

Luego, la rata imaginaria debía morderles el brazo.

El roedor podía esconderse insistentemente entre el cuello, pasar su cola sobre la cara, podía enredarse entre el pelo o incluso devorarse sus ojos.

A los sujetos se les decía que abrieran la boca. Repentinamente, el roedor saltaba y ellos se lo tragaban. El animal, entonces, les destruía varios órganos internos.

Los sujetos se encontraban encerrados en un cuarto lleno de ratas o una rata gigante y rabiosa los atacaba.

Las posibilidades son muchas, el terapeuta conocía que escenas generaban la mayor ansiedad y sobre esto las elaboraba.

El pulso y la respuesta galvánica de la piel indicaban que el grupo experimental manifestaba una gran excitación (ansiedad), mientras visualizaban las escenas descritas, en comparación al grupo control, quienes visualizaban escenas neutrales con paisajes.

En un post-test, luego de menos de una hora de tratamiento, 14 de los 21 estudiantes cogieron con su mano la rata, mientras otros 6 pudieron al menos abrir la caja donde estaba la rata.

Solo 3 del grupo control lograron este mínimo grado de aproximación y la diferencia entre la conducta del grupo experimental y el control fu estadísticamente muy significativa.

Wolpin y Raines (1966) emplearon la misma técnica con igual efectividad, mientras Rachman (1966a), por otro lado, no consiguió iguales resultados.

Dicha técnica, guarda también similitud al "método de ansiedad inducida" de Sipprelle (1967).

Existen investigaciones con animales que fundamentan la formulación de un efecto de extinción afectiva, mediante un procedimiento de exposición masiva

También es posible apreciar una oposición directa al procedimiento de la desensibilización sistemática, sin embargo, el proceso implosivo es semejante en: 1) aplica conceptos del aprendizaje y 2) altera la conducta directamente.

Debe dejarse también claro que la Terapia Implosiva, así como con otros procedimientos terapéuticos, se requiere una gran habilidad clínica.

Quizá el elemento mas importante en la situación aplicada es la necesidad de tenerle confianza al terapeuta de manera que el tratamiento se asocie al objeto evitado y no a el.

Se requiere mucha habilidad para que el paciente coopere y permanezca en la situación visualizando las escenas vividamente, en lo que ocurre la extinción.

#### DATOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA APLICACION DE LA IMPLOSION.

Los datos de las primeras investigaciones controladas en este contexto, fueron obtenidos empleando la implosión con fantasía (encubierta) y haciendo uso de sujetos voluntarios, con excepción del estudio de Strahley (1992), quien lo efectuó en vivo.

En aquellos trabajos donde la implosión encubierta tuvo un efecto significativo, había una mayor duración de las sesiones de tratamiento, el total de las sesiones era también mayor, así como la duración de las escenas dentro de las sesiones.

El tratamiento era aplicado directamente por un terapeuta y no por alguna grabadora, en 7 de 9 estudios exitosos donde se empleo fantasía y solo en 2 de 8 estudios inefectivos.

El estudio inefectivo de mayor duración fue el de Layne (1949) en donde se daba la implosión por 60 minutos, mediante una grabadora.

#### VARIABLES IMPORTANTES.

DURACION. Globalmente, entre mayor sea la duración de la implosión, mejores serán los resultados. Especialmente si el tratamiento lo da un terapeuta.



En algunos estudios donde la implosión fue inefectiva, los sujetos, a pesar de todo, estuvieron menos ansiosos mientras duraba la sesión de tratamiento.

Sin embargo, cuando terminaba el experimento, esta mejoría no se generalizaba a la conducta abierta, mediante una prueba de conducta de evitación.

Lott y Carrera (1958) encontraron que 25 minutos de fantasía implosiva grabada, tenía poco efecto; pero que 125 minutos, disminuía la evitación.

Luego, resulta evidente que, como en el caso de sujetos infrahumanos, la duración de la implosión es una variable importante, toda vez que la relación entre duración y mejoría es compleja, que esta vinculada a otras variables, por ejemplo: cuando el tratamiento es en la fantasía o en la vida real.

En el estudio de Strahley (1992), dos periodos de 6 minutos cargando una serpiente viva, tuvo un marcado efecto terapéutico.

La importancia de exponerse a la vida real, en oposición a la fantasía, es también evidente en los pacientes; serian necesarios periodos de implosión más breves para el tratamiento en vivo, que para el uso de fantasías.

ESCAPE CUBIERTO: Una variable que afecta la duración necesaria para la mejoría, es la posibilidad de que ocurran respuestas cubiertas de escape.

En la investigación de Mealica (1966), donde la implosión fue inefectiva, a los sujetos se les dijo que abrieran los ojos cada 1 a 4 minutos, "para que vieran que no había nada a que temer".

Esto podía promover el escape cubierto, con lo que se debilitaría la eficacia de la implosión.

Simultáneamente, en el estudio de Rachman (1976), la duración de las escenas implosivas era solo 2 minutos por presentación.

El final de cada escena presentada, nuevamente podría considerarse como una forma de escape.

Un modelo interaccional podría reconciliar estas diferencias.

La duración de la implosión necesaria para reducir el miedo, puede incrementarse cuando el tratamiento es encubierto (usa la fantasía) y no es "en vivo" o en la vida real, con grabadora en lugar de un terapeuta o intermitente en lugar de continuo.

La duración efectiva mas corta, estaría asociada a una combinación de exposiciones en la vida real, con un terapeuta que confronte al paciente continuamente con el objeto fóbico.

## FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA AVERSIVA.

La terapia aversiva consiste, operacionalmente, en administrar un estímulo aversivo para inhibir una respuesta emocional indeseable, con lo cual se hace disminuir su fuerza de hábito. Por ejemplo, puede emplearse un estímulo doloroso para inhibir la excitación sexual que produce un objeto fetiche.

La aversión se utiliza ampliamente en el tratamiento de las obsesiones, compulsiones, fetichismo y hábitos de atracción hacia personas u objetos inadecuados, por ejemplo, homosexualidad.

La esencia de la terapia de aversión es dispensar, en presencia del estímulo productor de la respuesta indeseable, un estímulo aversivo intenso, como una estimulación eléctrica fuerte, en una extremidad.

Aparte de provocar una respuesta de evitación, el choque eléctrico inhibe la respuesta emocional indeseable.

Siempre que esto sucede, se establece un cierto grado de inhibición condicionada de la respuesta indeseable - un debilitamiento de su hábito-, del vínculo entre esa respuesta y su estímulo.

Al mismo tiempo, el estímulo puede ser condicionado en cierta medida ante la constelación de respuestas que provoca el choque eléctrico.

Generalmente la cantidad de condicionamiento positivo es pequeña o este es transitorio (Raymond,1964; O'keefe,1965).

Pearce (1963) encontró que los travestistas que habían tratado con apomorfina, informaban posteriormente una pérdida de interés, en vez de náuseas, por sus fantasías.

Igualmente, Radman y Teasdale (1969) han notado que faltan pruebas de que se desarrolle miedo condicionado en los

estudios que emplean choques eléctricos, como estímulo aversivo.

El estímulo eléctrico es un estímulo incondicionado.

La misma inhibición de una respuesta, puede lograrse con un estímulo aversivo condicionado.

Lo anterior, fue demostrado claramente hace algunos años (Wolpe,1952), con gatos, en los cuales el sonido de un timbre había sido condicionado para provocar una respuesta de ansiedad.

El primer uso formal de la Terapia Aversiva parece haber sido obra de Kantorovich (1929), quien administro choques eléctricos dolorosos a unos pacientes alcohólicos ante la vista, el olor y el gusto del alcohol.

En 1935, L.W. Max informo haber superado el fetichismo de un homosexual, administrando choques eléctricos muy intensos al paciente, en presencia del objeto fetiche. Desgraciadamente, nunca llego a la imprenta su prometida relación detallada de este caso histórico.

No obstante, el informe de Max sirvió para alentar a otros para repetir su procedimiento (Wolpe,1954).

Cualquier cosa desagradable es una fuente potencial de condicionamiento aversivo.

Philpott (1967) afirmo que había superado el pensamiento obsesivo, haciendo que el paciente detuviera la respiración tanto como pudiera, cada vez que lo asaltara un pensamiento obsesivo.

Lublin (1968) ha descrito dos técnicas de inhalación aversivas, para eliminar el hábito de fumar. Una consiste en echar bocanadas de humo caliente y rancio de cigarrillo, por medio de una maquina, a la cara del sujeto, mientras fuma su propio cigarrillo. En la otra, el sujeto tiene que chupar regularmente un cigarro, siguiendo los tics de un metrónomo;

inhalandlo cada 6 segundos en un primer cigarrillo y luego chupando, sin inhalar, otro cigarrillo, cada 3 segundos.

Lublin afirma que ambos métodos son muy aversivos. Es difícil que algún sujeto termine un cigarrillo completo.

De 36 pacientes que tuvieron un promedio de 6 sesiones de media hora, 16 dejaron de fumar completamente.

En 1956, Wolpe trato 2 casos de obesidad, aproximando una solución hedionda de agua fétida, a las fosas nasales de los pacientes tratados, mientras estos manipulaban, olían y gustaban pedazos apetitosos de comida.

En uno, se logro un control temporal del comer en exceso y un control duradero, en el otro (que hasta ahora tiene una figura de sílfide -agrega Wolpe en su reporte).

Kennedy y Foreyt (1968) han descrito un procedimiento muy similar, en el que emplearon un equipo mas sofisticado para administrar gas de acido butínico nocivo.

Se han utilizado otros estímulos físicos con el propósito de establecer un condicionamiento aversivo, como la iluminación intensa y el ruido blanco.

William Philpott empleo con éxito el ruido blanco (la suma de todos los tonos puros), de manera rara e interesante, en una paciente que se le remitió en 1964.

La paciente era una mujer de 30 anos, que durante 15 anos había tenido una sensibilidad extrema hacia diversos sonidos agudos, como el de las campanas, el tintineo de las llaves o de un martillo golpeando contra metal.

Aparte de este conjunto de respuestas, el análisis de su conducta no revelo respuesta inadaptable alguna.

Lo que hizo Philpott fue presentarle ruido blanco de alta intensidad en los oídos, a través de audífonos, al mismo tiempo que agitaba un manojo de llaves, ante sus ojos.

De modo que, mientras miraba las llaves moviéndose, el sonido que hacían era enmascarado por completo con el ruido blanco. La hiperacusia del sujeto fue superada completamente, mediante este tratamiento.

Una investigación de seguimiento, que se hizo en 1967, revelo que seguía bien y no había experimentado ninguna recurrencia de su aflicción.

Serber (1970) ha informado sobre el empleo de la vergüenza como agente aversivo efectivo, en casos de travestismo, voyeurismo, pedofilia y exhibicionismo.

El sujeto tiene que sentirse necesariamente apenado, si su acto desviado se lleva a cabo frente a testigos.

Se le hace realizar el acto durante 15 a 35 minutos, en presencia de un número creciente de observadores.

Los voyeuristas, por ejemplo, fueron colocados en el lado del observador, de un espejo de doble vista, para observar a alguien que se vestía tras el espejo.

Los observadores estaban lejos del espejo, en el cuarto de observación y observaban abiertamente al paciente (que observaba).

Un pedófilo (sátiro) fue colocado en un cuarto, con una joven secretaria complaciente, que había accedido a representar a sus objetos sexuales usuales, que eran el hijo de un vecino o su propia sobrina.

De los 7 pacientes con los diagnósticos anteriores, que trato Serber, 5 se curaron de su conducta desviada, en un seguimiento que se hizo a los 6 meses de concluido el tratamiento.

## AVERSION QUIMICA.

A pesar de que las técnicas de condicionamiento habían sido usadas por Kantorovich (1929) y Max (1935) para tratar alcohólicos y homosexuales, respectivamente, el total del potencial terapéutico de la terapia aversiva no se había apreciado hasta el reporte de Raymond sobre el tratamiento exitoso de un fetichista ambulatorio, que gustaba de los bolsos femeninos, en 1956, mediante el empleo de drogas eméticas (vomitivos).

En el estudio de Thorpe, Blakemore y otros, conducido en el Banstead Hospital en 1960, se trató a un muchacho de 22 años que había sido travestista casi toda su vida, siguiendo cercanamente el paradigma de condicionamiento clásico adoptado por Raymond; era la primera vez que se hacía esto (Barker, et al, 1961; Lavin, et al, 1961).

El paciente recibía drogas eméticas cada 2 horas, la mayor parte del tratamiento consistía en inyecciones de hidrocloreuro de apomorfinina intramuscular, inyecciones intramusculares de hidrocloreuro de emetina y pastillas orales de este último medicamento.

Se le mantenía despierto por 6 días y 6 noches, con sulfato de dexanfetamina (5 mg), mismo que se le daba frecuentemente para facilitar el condicionamiento mediante sus propiedades estimulantes y para contrarrestar los efectos sedativos acumulados, de la apomorfinina.

Tan pronto como el paciente reportaba que los medicamentos eméticos producían su efecto, se le instruía para que visualizara una transparencia a color donde estaba el vestido con ropa femenina, misma que se proyectaba en una pantalla situada en la base de su cama.

Había, de hecho, 12 transparencias donde aparecía portando desde unas cuantas prendas, hasta el ajuar completo.

Luego de un resultado terapéutico que persistió mas de 18 meses, tiempo durante el cual el paciente no se vistió de mujer para nada, se critico al tratamiento debido a las dificultades para temporalizar el estímulo condicionado (transparencia) y la respuesta incondicional (nausea y vomito) en un intervalo apropiado, así como la marcada resistencia a los eméticos, el vomito copioso y la no infrecuente asociación del estímulo condicionado con el alivio del vomito, que normalmente es una sensación placentera.

En general, el tratamiento parecía extremadamente displacentero Y deshumanizante para el sujeto.

Otro travestista de 33 anos, con una perversión muy parecida a la del caso anterior, fue tratado con aversión eléctrica o farádica, usando un procedimiento de condicionamiento operante (Blakemore, et al,1936a) con resultados muy satisfactorios que se mantuvieron hasta 5 anos después.

Debido a estas observaciones, a la fecha, la aversión química se emplea muy poco y posiblemente el tratamiento mas extendido sea el que emplea Antabus (medicamento que contiene metronidazol) para reducir el alcoholismo; sin embargo, estas pastillas se venden sin orden de facultativo y se aplican sin ningún control experimental, al menos en nuestro País.

Los resultados no son sistemáticos y a nivel anecdótico, podríamos calificarlos de inefectivos.

#### AVERSION FARADICA.

Un caso que recibió mucha atención fue el de una jovencita de 17 anos, quien estornudaba vigorosa y frecuentemente desde hacia 6 meses, sin mostrar alivio.

Ella había sido examinada bajo el enfoque neurológico, alérgico, urológico, endocrinológico y psiquiátrico. También había sido expuesta a diversos tratamientos, hipnosis y terapia del sueño.



Cuando se vio a la paciente por primera vez, los datos de línea base revelaron que estornudaba con una tasa de 1 vez cada 40 segundos.

Al observar las características del estornudo se notaron propiedades operantes que llevaron a la decisión de utilizar un paradigma de castigo con shock eléctrico, como estímulo aversivo.

El tratamiento consistió en colocarle alrededor del cuello un micrófono que estaba conectado a una caja de voces y a una fuente de shock. Se le pusieron electrodos mediante unos anillos en los dedos de la mano.

Al estornudar activaba el relevador de sonido que a su vez disparaba un shock de aproximadamente 3.5 ma. de intensidad. El shock, entonces, era contingente al estornudo. La paciente podía evitar el shock no estornudando. Unos contadores registraban la frecuencia de shock y de estornudos. Las respuestas se registraban en intervalos de 30 minutos.

Al principio, la frecuencia de estornudos no se comporto como se esperaba pues los electrodos no hacían buen contacto, por eso a partir del intervalo 7, se colocaron asegurándolos en un brazo, ocasionando una reducción severa de la conducta, hasta cesar completamente el estornudo, a partir del intervalo 9.

Un seguimiento de 13 meses demostró que se mantuvo el efecto terapéutico.

Otro caso ilustrativo de este tipo de tratamiento fue el problema de conducta auto-destructiva de un niño de 7 años severamente retardado, con algunos otros problemas agregados, que lo hacían funcionar a un nivel aproximado de apenas 2 años de edad.

La conducta problema era que se mordía la mano de forma tan severa que se sangraba mucho y ocasionaba frecuentes infecciones. Las enfermeras habían probado algunos trucos

para prevenir la conducta, incluso se le ponían grandes guantes de box, en algunas ocasiones.

Esta conducta de morderse las manos había iniciado en casa pero se incrementó cuando lo hospitalizaron y estuvo junto a otro pacientito que por una rara condición congénita, tenía convulsiones que hacían que se mordiera cualquier parte de su cuerpo, requiriendo restricción continua.

Se observó también que cuando el niño se mordía lloraba y las enfermeras iban y lo "apapachaban". Se les explico que esto tenía características reforzantes para la conducta, pero no querían entenderlo y a pesar de todo, parecía que la extinción como procedimiento no era suficiente y requería mucho tiempo.

Se decidió entonces usar condicionamiento aversivo con shock eléctrico contingente.

Lovass, Freitag, Gold y Kassorla (1965) describen aplicaciones exitosas de esta técnica en circunstancias similares. Se le colocaron electrodos en la pierna y se castigo tanto morderse como esconder las manos (a veces se sentaba sobre ellas o se las daba a una enfermera para que "las cuidara").

Durante la primera sesión lloro mucho, hubo inquietud y búsqueda de las enfermeras (quienes fueron excluidas del escenario). Solo una vez quiso quitarse los electrodos. Las respuestas se registraron en bloques de intervalos de 7 minutos.

Luego del bloque 2, cuando había declinado la frecuencia de mordidas, se permitió que entrara al cuarto experimental a la mama del niño. Se le permitió cargarlo y confortarlo brevemente. Esto incremento la tasa de mordidas (por su efecto reforzante). Durante el bloque 4, la palabra "no" se asocio a la presentación del shock. Al final de la primera sesión, otra vez la mama lo sostuvo y utilizo la palabra "no" cuando se puso inquieto y aproximó su mano hacia la boca.

La segunda sesión fue 2 días después. La línea base fue todavía mayor que en la primera sesión, efecto que ejemplifica lo que Azrin y Holz (1966) llamaron "contraste del castigo".

La reducción rápida de la taza es notable, en contraste con la primera sesión, el niño estuvo muy quieto. Durante la parte final de la sesión, se permitió que varias enfermeras entraran y observaran la conducta. También se les dijo que emplearan la palabra "no" cuando notaran que el niño iniciaba el movimiento que llevaba su mano hacia la boca y que le dijeran "niño bueno", cuando alejara la mano de su boca.

Posteriormente se les pidió que ignoraran la mordida y el llanto subsecuente. En ese momento ellas estaban muy impresionadas con el rápido cambio en la conducta del niño y se veían mas dispuestas a cooperar con un programa amplio de tratamiento.

## FUNDAMENTOS DEL CONTRACONDICIONAMIENTO.

La Desensibilización Sistemática es uno de los métodos para contrarrestar gradualmente los hábitos neuróticos de la respuesta de ansiedad.

Se induce en el paciente un estado fisiológico inhibitor de la respuesta de ansiedad, por medio de la relajación muscular y luego es expuesto a un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad, durante unos segundos.

Si la exposición se repite varias veces, el estímulo pierde progresivamente su capacidad de provocar respuestas de ansiedad.

Luego, se van presentando estímulos sucesivamente "más fuertes", que son tratados en forma semejante.

Este método nos ha dado el poder de superar un gran número de hábitos neuróticos, a menudo en muy poco tiempo.

Nos ha capacitado para tratar estos hábitos en cualquier orden queelijamos y tanto como queramos.

Los efectos autónomos que acompañan a la relajación profunda son totalmente opuestos a los que son característicos de la respuesta de ansiedad.

Hace mucho tiempo, Jacobson (1939, 1940) demostró que la relajación muscular profunda hacia disminuir la frecuencia del pulso y la presión arterial.

Posteriormente se demostró (Druota,1962; Clark,1963, Wolpe,1964a) que, durante la relajación aumenta la resistencia de la piel y se hace lenta y mas regular la respiración.

Recientemente han aparecido estudios más completos. Paul (1969) demostró que la relajación muscular produce efectos opuestos a los de la respuesta de ansiedad en el ritmo

cardiaco, la frecuencia respiratoria y la conductancia de la piel.

Pueden obtenerse efectos evidentes, incluso al dar simplemente las instrucciones de relajación; pero se incrementan significativamente si las instrucciones se dan en un ambiente hipnótico y aun más significativamente si hay antes un entrenamiento de relajación.

En un estudio psicofísico muy elaborado, que implicó la conducción eléctrica de la piel, el ritmo cardiaco, la amplitud del pulso digital y la frecuencia respiratoria, Vanegreen, Feather y Hein (1971) encontraron que los sujetos relajados, mostraban ante estímulos fóbicos un decremento de la resistencia de la piel, menor que el de los que no estaban relajados.

Otro estudio psicofisiológico llevado a cabo por Wolpe y Fried (1968) proporciona pruebas de que la respuesta galvánica de la piel muestra, durante la desensibilización, disminuciones análogas a las de la respuesta de ansiedad que notifica el paciente.

De modo que los efectos de la relajación no solo son opuestos a los de la respuesta de ansiedad, sino que, si se contraponen a los estímulos provocadores de la respuesta de ansiedad, hacen que esta se disminuya.

Vanegreen (1970) informó que con la repetición de los estímulos fóbicos, la magnitud de sus efectos disminuía progresivamente en los sujetos relajados, pero seguía siendo la misma en los no relajados.

Así mismo, Paul (1969) demostró que la excitación autónoma que produce un estímulo provocador de tensión disminuye con la repetición, en función de la medida en que la relajación inducida previamente ejerce efectos contrarios a la respuesta de ansiedad.

Trabajando independientemente, con fobias a las arañas y a las serpientes, respectivamente, Rachman (1965) y Davison (1965) han encontrado que los sujetos a los que se les aplica

toda la secuencia de procedimientos de desensibilización sistemática, muestran una mejoría que es significativamente mayor que la que muestran los que reciben entrenamiento de relajación muscular sin presentaciones de escenas o los que tienen escenas sin relajación.

Famer y Wright (1971) han informado sobre un estudio reciente que concuerda con el anterior.

Una vez que un estímulo productor de una respuesta de ansiedad débil ha cesado de excitar la respuesta de ansiedad, es posible presentar otro estímulo un "poco mas fuerte" al paciente totalmente relajado y este estímulo "mas fuerte" provocara ahora, menos respuesta de ansiedad, de la que habría provocado antes.

Las presentaciones sucesivas harán bajar a cero la cantidad de respuesta de ansiedad excitada.

De este modo se van aplicando estímulos cada vez mas potentes, bajo la capacidad inhibidora de la respuesta de ansiedad que tiene la relajación del sujeto.

El terapeuta siempre estudia cuidadosamente los problemas planteados por el paciente, antes de decidirse por alguna técnica en particular.

Su primera tarea es a menudo la corrección de los errores de concepto, lo cual con respecto a ciertos miedos, puede que no se necesite mas.

Luego, Se requiere un cambio de conducta en situaciones sociales, sexuales u otras de la vida diaria, será esto lo que atacara en seguida, la mayor parte de las veces por medio del entrenamiento asertivo.

Si la desensibilización sistemática es lo indicado, se inicia tan pronto como sea posible y puede llevarse a cabo al mismo tiempo que se aplican otras medidas que puedan haberse prescrito para la situación de la vida diaria.

La técnica implica cuatro conjuntos de operaciones diferentes:

- Adiestramiento en relajación muscular.
- Establecimiento del uso de una escala que mida la respuesta de ansiedad subjetiva en términos cuantitativos.
- Construcción de jerarquías de los estímulos provocadores de respuestas de ansiedad.
- Contraposición de la relajación y los estímulos provocadores

Veamos ahora algunas investigaciones aplicadas en este campo.

#### UNA FOBIA INFANTIL TRATADA MEDIANTE TERAPIA DE INHIBICION RECIPROCA.

Peter M. Bentler

#### DESCRIPCIÓN.

A una edad aproximada de 11 y 1/2 meses, Margarita alegremente se bañaba en una pequeña alberca, mostraba un placer evidente y nunca se oponía a ser lavada, cuando le cambiaban el pañal. Entonces, la mamá la llevo con la niñera para que la cuidara durante el día y así ella pudiera ir a trabajar por unos días.

Al terminar este periodo, la mamá de Margarita intento volver a bañarla, durante los primeros momentos Margarita estaba contenta pero trato de incorporarse, resbalo y empezó a llorar.

A partir de entonces, rechazaba bañarse con gritos violentos y tenia que ser retirada de la situación.

Una prueba efectuada durante los días siguientes indico que Margarita reaccionaba con violentas emociones no solo ante la llave del agua, la regadera y la misma agua entubada, sino también al ser lavada en el lavabo o cuando veía llaves o agua en cualquier parte de la casa y ante la pequeña alberca.

Queda claro que el haberse resbalado en el baño, así como ciertas posibles circunstancias desconocidas (cuando estuvo con la niñera) o algunos otros fenómenos concomitantes (como tener sopa en la cara) causaron un gran cambio en la respuesta emocional de Margarita, ante una amplia variedad de situaciones.

Durante la siguiente semana resulto aparente que Margarita continuaría con este comportamiento a menos que se dieran los pasos necesarios para resolver su miedo ...

El problema parecía ser uno de eliminar o extinguir una fobia o miedo condicionado, por lo que la técnica de inhibición recíproca fue utilizada.

#### TRATAMIENTO.

La distracción, las respuestas afectivas ante los juguetes, el contacto corporal y otros estímulos relacionados con la mamá, se usaron para provocar respuestas incompatibles con la ansiedad.

El tratamiento se constituyo de 4 partes y duro aproximadamente un mes.

PRIMERO.- Se colocaron juguetes en una bañera vacía y Margarita tenía libre acceso al baño y a los juguetes.

A veces ella entraba al baño y ocasionalmente tomaba algún juguete de la bañera, pero no permanecía más tiempo junto a la bañera ni quería jugar con los juguetes, cuando estaban ahí sobre la bañera.

La niña continuaba llorando si se intentaba bañarla, pero bajó su emocionalidad ante la bañera.



El acceso libre de este tipo, se mantuvo durante el tratamiento.

SEGUNDO.- Margarita por dos ocasiones fue colocada sobre las mesas de la cocina cerca del fregadero, mientras este estaba lleno de agua y tenia algunos juguetes flotando en ella.

Al principio Margarita lloraba cuando estaba cerca del agua.

Ella empezó a jugar con los juguetes sobre la mesa, pero los juguetes gradualmente se movieron hacia adentro del agua, de manera que ella tenia que moverse hacia el agua para poder jugar.

Ella aun rechazaba entrar en el líquido, entonces todos los juguetes se colocaron sobre una repisa, sobre y al fondo de la tina del fregadero, de manera que Margarita tenia que "caminar" dentro del agua para poder alcanzarlos.

Luego de varias escaramuzas, Margarita entro al agua a regañadientes ...

TERCERO.- El tercer paso consistió en lavar a Margarita cuando se cambiaba el pañal, en el lavabo del baño.

Generalmente se le daba su juguete favorito para que jugara, pero el espejo junto al lavabo resulto mas interesante y el llanto inicial, rápidamente cambio en alegres expresiones.

También Margarita empezó a jugar con el agua y durante este episodio del tratamiento, la niña nuevamente aprendió a jugar con sus flotadores, en la alberquita.

Al final, en el CUARTO paso, Margarita se bañaba en la regadera, cuando le cambiaban el pañal.

Al principio objetaba con llanto, pero la instrucción y firmeza de sus padres, hicieron que parara de llorar al segundo día.

A la edad de 12 meses 3/4, Margarita estaba recuperada y jugaba normalmente, aunque con cuidado, en la regadera mientras se bañaba. ; No tenia mas miedo !

A los 13 meses, no solo estaba dispuesta a bañarse, sino que iniciaba aproximaciones alegres ante el agua.

En los días calurosos se volvía loca por meterse a la alberquita y jugar a salpicarse.

Un seguimiento realizado a los 18 meses y otro a los 42, mostraron una recuperación completa de su fobia, sin observar ninguna "substitución del síntoma".

EL USO DE LA "IMAGINACION EMOTIVA" EN EL TRATAMIENTO DE LAS FOBIAS INFANTILES.

Lazaruz y Abramovitz.

Algunos de los primeros intentos objetivos para curar miedos y ansiedades especificas en niños, se basaron en el hecho de que la conducta neurótica (aprendida, desadaptativa), puede ser eliminada provocando de manera simultanea y repetida, fuertes respuestas incompatibles.

Un ejemplo inicial y bien conocido fue el experimento de Jones, en el que un niño temeroso de los conejos, gradualmente fue curado al introducir "estímulos placenteros", como la comida (comer inhibe la ansiedad), en presencia de conejos.

El método general de la "habituaación gradual", es considerado por Jerild y Holmes como superior a todos los demás, para eliminar los miedos infantiles

Este razonamiento se cristalizó en la formulación de Wolpe, de su Principio de Inhibición Reciproca (previamente formulado por Guthrie), que merece un estudio cuidadoso:

"...Si es posible hacer que una respuesta antagonista a la ansiedad ocurra en presencia del estímulo que provoca la ansiedad, de manera que vaya acompañada de una superación parcial o completa de las respuestas ansiosas, la relación entre el estímulo y las respuestas ansiosas será deshecha".

Un aspecto fundamental en la aplicación de este principio radica en la elección clínica inteligente de una respuesta inhibidora de la ansiedad.

El método mas ampliamente usado ha sido el de la "desensibilización sistemática", que puede ser descrito como una habituación gradual ante el estímulo imaginario, donde la relajación muscular es la respuesta inhibidora de la ansiedad.

Lazarus ya ha reportado varias aplicaciones pediátricas de este procedimiento, usando tanto la alimentación como la relajación.

Posteriormente se ha encontrado, sin embargo, que ni comer ni relajarse es fácil, en algunos casos.

La alimentación tiene desventajas evidentes para una rutina de psicoterapia en consulta externa, en tanto que la relajación siempre toma tiempo y es difícil o imposible de lograr con ciertos niños.

La posibilidad de inducir imágenes emotivas inhibidoras de la ansiedad, sin un entrenamiento específico en relajación, fue lo que se exploró y los resultados de las investigaciones preliminares son el principal contenido de este documento.

Nuestro uso del término "imaginación emotiva", requiere de una explicación. En el contexto clínico actual, se refiere a aquellas imágenes que se supone provocan sentimientos de auto-confirmación, orgullo, afecto y semejantes respuestas inhibidoras de la ansiedad.

La técnica que finalmente se desarrolló, puede ser descrita en los siguientes pasos:

a) Como en el método usual de la desensibilización sistemática, el rango, intensidad y circunstancias en que el paciente siente miedo, son esclarecidas y graduadas en una jerarquía; desde la situación mas temida hasta la menos perturbadora.

b) Investigando mediante la conversación, el clínico establece la naturaleza de las imágenes de héroes que tiene el niño, las que usualmente se derivan del radio, cine, televisión o de su propia imaginación.

c) Entonces se le pide al niño que cierre sus ojos y se le va diciendo que imagine una secuencia de hechos que es bastante parecida a su vida real, para ser creíble, pero dentro de la cual se involucra una historia referente a su héroe favorito o "alter-ego".

d) Si lo anterior se realiza con empatía y razonable habilidad, es posible despertar el nivel necesario de reacción afectiva en el niño (en algunos casos se puede reconocer esto mediante ligeros cambios en la expresión de la cara, respiración, tensión muscular, etc).

e) Cuando el terapeuta considera que estas emociones están en su máximo, introduce como parte natural de su narración al más bajo reactivo de la jerarquía de temores. Entonces, inmediatamente dice: "si te da miedo, simplemente levanta un dedo". Si esto ocurre y hay índices de ansiedad, el estímulo fóbico se "retira" de la narración y nuevamente se despiertan las emociones inhibitoras de la ansiedad. El procedimiento se repite como en cualquier desensibilización sistemática, hasta que el reactivo principal o numero uno en la jerarquía es tolerado sin ninguna molestia.

## INSTRUCTIVO DE RELAJACIÓN MUSCULAR

### MANUAL DE ENTRENAMIENTO AUTOGENO EN RELAJACION MUSCULAR.

Acostarse sin almohada sobre el piso no frio La habitacion en penumbra. Cerrada la puerta Radio encendido muy bajo, en A.M.	
Llenar los pulmones de aire, doblar ambas piernas sobre el pecho y estirarlas como si empujara una pared imaginaria. Al maximo !	
Con los pulmones llenos, pujar fuerte hacia adentro presionando el torax y el abdomen.	
Cerrar ambas manos, sacar los codos y hacer toda la fuerza que pueda.	
Levantar la cabeza y proyectar con fuerza la barba hacia el techo, sin forzarse demasiado.	
Hacer un "puente", levantando todo el cuerpo como si quisiera tocar el techo con el ombligo	
5 minutos relajado. Al exhalar piense "relax" y aflojese. Imagine un paisaje sin gente.	

JEVM.



## FUNDAMENTOS DE AUTOCONTROL ABIERTO.

La historia del ser humano es una historia del control.

Habiendo estado en sus inicios casi totalmente a merced de su medio externo, el hombre ha ido desarrollando gradualmente un elevado grado de control sobre este.

Hoy en día tenemos poder para modificar una vasta gama de importantes hechos ambientales, desde regar tierras labrantías áridas, hasta refrigerar su casa durante el verano.

No obstante, en esta búsqueda de supervivencia, un único campo ha seguido representando un persistente desafío a las capacidades del ser humano: el campo del autocontrol.

A pesar de ello, solo hace poco tiempo que el fenómeno etiquetado como "autocontrol" ha sido objeto de un análisis científico y de una aplicación controlada.

En primer lugar, existen muy pocas dudas de que muchas pautas de autocontrol poseen, de una manera u otra, un valor para la supervivencia.

La capacidad de una persona para controlar el peso de su propio cuerpo, por ejemplo, ha demostrado ejercer una considerable influencia sobre la salud y la longevidad (Stuart Y Davis,1972).

Una segunda razón de la alta estima en que se tiene el autocontrol, radica en su relación con los procesos de socialización.

Muchos autores contemporáneos han analizado el papel mediador de la auto-regulación en la influencia de los hábitos y costumbres sociales (Bandura y Walter,1963; Aronfreed,1968; Kanfer,1971).

Uno de los grandes objetivos de la formación humana, en numerosas culturas, es el de permitir a las personas

gobernar, mantener y coordinar sus acciones sin necesidad de una vigilancia continua.

La capacidad de controlar las propias acciones de uno en ausencia de restricciones externas de carácter inmediato, de aplazar o renunciar a gratificaciones, de soportar un dolor evitable, de regirse a uno mismo, suele considerarse como una de las características que definen a una persona inteligente.

Muchas veces se considera al autocontrol como el rasgo definitivo de la socialización. Se trata de una pauta de conducta difícilmente observable en los infrahumanos y algunas veces rara, incluso en los humanos.

Determinados hechos parecen sugerir que el control "percibido" de una persona sobre su ambiente, puede impulsarla a actuar (Lefort,1966; Rotter, Chance y Phares,1972).

Como la persona constituye en si misma una parte importante de su propio ambiente, la capacidad de autocontrolarse puede tener un cierto valor remunerador ..., por ejemplo, Mahoney, Bandura, Dirks y Wright (1973) han completado un estudio durante el cual, se permitió a diversos simios elegir entre el autocontrol y un control externo de sus refuerzos.

Los datos obtenidos demostraron una marcada preferencia por el autocontrol.

En una serie de estudios (Lovitt,1969; Lovitt y Curttiss,1969), se encontró que los niños mostraban niveles superiores de conducta escolar (estudio y solución de problemas), cuando se les permitía elegir entre sus propios refuerzos y las contingencias para alcanzarlos ...

Esto sugiere, por supuesto, que la capacidad de elegir las propias condiciones gratificantes, ejerce una notable influencia sobre el rendimiento.

El campo del autocontrol se ha visto desde hace tiempo asolado por toda una serie de confusiones y equívocos terminológicos ...



Sin embargo, el tema conceptual más importante es, con mucho, el que se ocupa de la definición de autocontrol.

Existen a este respecto dos opiniones básicas:

1) las concepciones tradicionales relativas a la "fuerza de voluntad", 2) las concepciones conductistas funcionales.

La concepción más extendida del autocontrol ha sido la que hace el mayor hincapié en el papel de la denominada "fuerza de voluntad". Esta, se define a su vez como un rasgo de la personalidad o como una fuerza "psíquica" que permite a una persona mostrar control sobre sus propios actos.

Las influencias del enfoque basado en la "voluntad" son muy numerosas. En primer lugar, el concepto de "fuerza de voluntad" se reciente de su condición de circularidad lógica, así que, como suele ocurrir con numerosos enfoques al problema de la conducta, basados en los rasgos del carácter (Mischel, 1968, 1971), la "fuerza de voluntad" no ha probado todavía ser un concepto útil para el análisis experimental del autocontrol.

Las investigaciones llevadas a cabo en la última década han indicado que la capacidad de una persona para controlar sus propias acciones, esta en gran medida, en función de sus conocimientos y control de los factores situacionales.

Para ejercer el autocontrol, el individuo debe comprender que factores influyen sobre sus actos y como puede modificarlos para provocar los cambios que desea.

Esta comprensión requiere que el individuo se convierta, de hecho, en una especie de científico de si mismo (Kelly, 1955).

La relación funcional entre conducta y ambiente fue formulada por Goldiamond (1965a) con la ecuación  $C = f(x)$ . La conducta de una persona (C), esta en función (f) de su ambiente (x). Es decir, ordenando determinadas condiciones ambientales, posiblemente se pueda controlar si se produce o no, una determinada conducta.

La ordenación de estas condiciones ambientales puede lograrse mediante algún agente externo (terapeuta, padre, profesor) o por la propia persona.

En el segundo caso, se produce una ecuación nueva y mas significativa para el autocontrol:  $x = f(C)$ .  
El ambiente de un individuo (x) es una función (f) de su conducta (C).

Por mucho que se diga, nunca se exagerara la importancia para la autoregulación de esta interdependencia entre la conducta y el ambiente (Bandura,1971b).

El individuo que se autocontrola debe emprender determinadas conductas que modifiquen a su vez sistemáticamente otras conductas pertinentes.

De este modo, la persona en cuestión influye sobre las situaciones de su vida y se ve a su vez influida por estas.

Ahora bien, hablamos de autocontrol abierto para dar por sentado que las conductas pueden verse modificadas por sus consecuencias, esto se aplicara no solo a la conducta controlada, de la formulación anterior, sino también a las conductas controladoras.

Si se desea su mantenimiento, las conductas autocontroladoras deben ser adecuadamente gratificadas al igual que cualquier otro acto.

En resumen, una persona muestra autocontrol cuando, en ausencia relativa de coacciones inmediatas, pone en practica una conducta, cuyas probabilidades previas eran menores que las de otras conductas posibles (y que implica una recompensa o gratificación menor o mas tardía, mayores esfuerzos, peculiaridades revulsivas, etc.).

Esta pauta de respuesta se ve muchas veces influida por unas consecuencias ambientales aplazadas (por ejemplo, el aplauso social, una mejor salud, mejoras de carácter material, etc).

## **AUTO-OBSERVACIÓN Y AUTO-REGISTRO.**

La auto-observación plantea problemas metodológicos y conceptuales parecidos a los que se dan en física con respecto a las partículas diminutas (por ejemplo, el principio de "indeterminabilidad" de Heisenberg o los trabajos de Bohr sobre la "complementariedad").

El acto de observar un comportamiento puede alterar drásticamente dicho fenómeno: el proceso de medición mantiene una interacción con el objeto medido, sobre el que influye.

En la auto-observación, la propia persona es al mismo tiempo el observador y el observado.

¿Qué hace una persona, cuando lleva a cabo una auto-observación?

En primer lugar, necesita algún tipo de discriminación o diferenciación: el individuo debe discernir la presencia o ausencia de una respuesta concreta, tanto si se trata de una autorreflexión positiva como un movimiento de la mano o del hecho de fumar un cigarrillo.

Esta discriminación debería considerarse como un comportamiento o respuesta en si misma, funcionalmente similar a otras respuestas instrumentales y bajo el control de estímulos internos y externos.

Por ejemplo, un agudo dolor en la nuca puede servir de estímulo discriminativo, que "informa" a la persona de que se encuentra en un estado de elevada tensión.

La discriminación debe ir seguida de algún tipo de procedimiento de registro de forma que se pueda estudiar sistemáticamente porque se produce el comportamiento en cuestión.

Los métodos de auto-observación son muy variados e incluyen el uso de dispositivos como son video-tape, contadores de pulsera, de bolsillo, agendas, blocks de notas y fichas, etc ...

Algunas sugerencias para la selección del método apropiado son las siguientes :

1. Por ejemplo, una grafica del peso corporal colgada del baño, puede ser fácilmente contemplada por otros miembros de la familia y dar origen a felicitaciones o criticas dependiendo del progreso que muestre.

Algunos estudios han empleado esta representación grafica "publica", como forma de modificar el medio externo en favor del comportamiento deseado.

2. La observación de un antecedente del comportamiento en cuestión (el deseo de fumar, por ejemplo) puede resultar una estrategia para el auto-cambio mas eficaz, que la de observar un comportamiento cuando ya se ha producido.

3. El efecto es mas pronunciado cuando los individuos registran (apuntan) cada respuesta observada (sistema continuo).

Para que modifiquen la conducta en cuestión, el medio exterior en un determinado momento, debe proporcionar un refuerzo diferencial, de lo contrario, los efectos de la auto-observación (al igual que los de cualquier otra técnica de auto-cambio) serán probablemente temporales.

### **AUTO-PREMIO.**

Uno de los primeros y más fructíferos campos de la investigación del autocontrol, ha sido el de la auto-recompensa.

La auto-recompensa se clasifica según que la persona se dote condicionalmente a si misma de un estímulo positivo (auto-recompensa positiva) o elimine condicionalmente un estímulo negativo (auto-recompensa negativa).

Un ejemplo prosaico de auto-recompensa positiva podría ser el del ama de casa que se concede a si misma una compra especial, por haber alcanzado un objetivo de carácter personal.

La auto-recompensa negativa se ve ejemplificada por una mujer que vigila su peso y para ello coloca imágenes poco halagadoras de si misma en un tablero, que va quitando de una en una, según va progresando en su régimen de adelgazamiento.

Todos los estudios de laboratorio existentes sobre el tema de la auto-recompensa, se han centrado en la variedad positiva.

La característica definitoria de la auto-recompensa radica en que la persona tiene libre acceso a una conducta reforzante, pero solo se lanza a ella después de haber alcanzado determinados logros (Skinner, 1953; Bandura, 1971b). Implica, pues, un cierto tipo de auto-renuncia (Premack, 1972).

Aunque el estudiante aplicado podría abandonar su mesa de trabajo en cualquier momento y dirigirse al siempre gratificante refrigerador, prefiere no hacerlo hasta haber terminado la tarea que esta realizando.

Algunos datos de la investigación que refiere Kanfer (1970b) en su excelente análisis de este campo, son los siguientes:

1.- Las tasas y estándares de auto-refuerzo se ven influidos por instrucciones suaves, estándares modelados y refuerzo social.

2.- Las tasas de auto-recompensa tienden a igualar a las anteriores tasas (de entrenamiento), de refuerzo externo.

3.- La auto-recompensa y la auto-critica parecen ser independientes una de otra.

4.- La falta de respeto a normas prescritas de auto-recompensa, parece ser inversamente proporcional a la edad.

Ahora bien, un grupo aparte de investigaciones es el que ha conducido Bandura y otros, en el contexto del aprendizaje social de pautas de auto-recompensa y cuyos resultados se apuntan en seguida:

1.- Mediante la observación de modelos, se pueden crear comportamientos de auto-recompensa.

2.- Los estándares auto-impuestos de refuerzo, se ven afectados por las anteriores experiencias modeladoras.

3.- La coherencia entre los distintos modelos, favorece la adopción de estándares modelados de auto-recompensa.

4.- Los efectos de pautas socialmente aprendidas de auto-recompensa equivalen básicamente a los de los sistemas de refuerzo, de aplicación externa, para mantener una conducta que exige esfuerzos.

5.- Cuando se les da la oportunidad de elegir o modificar su propio estándar de auto-recompensa, los sujetos se impondrán, muchas veces, unas exigencias de rendimiento, especialmente elevadas.

Recuérdese, pues, que la auto-recompensa consiste en obsequiarse a uno mismo con un estímulo positivo o eliminar un estímulo negativo, dependiendo de que se haya alcanzado o no una determinada conducta.

Cuando el estímulo positivo auto-concedido implica un nuevo elemento de refuerzo (por ejemplo, una adquisición esperada largo tiempo, un viaje especial), la auto-regulación recurre a fuentes potenciales de recompensa.

No obstante, otra fuente de recompensas es la constituida por las situaciones normales y cotidianas que la persona encuentra placenteras (por ejemplo, tomar café, contemplar la televisión, etc.).

En este segundo caso, se debe emplear un estado auto-impuesto de privación (Premack,1972).

Recordemos también, finalmente, que existen pruebas que parecen indicar que los sujetos solo adoptaran normas estrictas de auto-recompensa cuando prevean una aprobación social.

## FUNDAMENTOS DE AUTOCONTROL ENCUBIERTO.

La influencia que ejercen los pensamientos y las imágenes sobre la actividad humana aparece, repetidamente demostrada, tanto en la historia como en la literatura.

Las estrategias mas conocidas de auto-cambio, han puesto gran énfasis en la identificación y mejora de acontecimientos encubiertos de significativa importancia.

Emile Cove, por ejemplo, popularizo hace 70 años una técnica denominada como "auto-sugestión", en la que se enseñaba a los individuos a decirse a si mismos en voz baja afirmaciones positivas, tales como la famosa frase de "estoy mejorando todos los días, en todos los sentidos".

Dale Carnegic (1948), Norman Vincent Peale (1960) y Maxwellmaltz (1960), han definido, así mismo, el "poder de las reflexiones de carácter positivo" junto con una variedad de técnicas que emplean las auto-alabanzas encubiertas, el modelado y las auto-directrices (meta-instrucciones).

El estatus científico y las promesas clínicas que encierran estos métodos cognoscitivos de cambio del comportamiento, se vienen estudiando desde hace solo muy poco tiempo.

Este notable atraso en la investigación de los procesos de carácter encubierto por parte de los investigadores conductuales, se debe a dos factores:

1.- Se ha dado la suposición implícita de que los acontecimientos privados (pensamientos, sentimientos, etc) son, de un modo u otro, inmunes a la predictibilidad y al control que caracterizan a las respuestas abiertas o manifiestas.

2.- Hasta hace muy poco tiempo, muchos investigadores han considerado que los procesos cognoscitivos eran, en cierta medida "débiles", poco científicos y necesariamente vagos e incorrectos.



Recientemente algunos avances en el campo de la investigación conductista han puesto en relieve la necesidad, largo tiempo aplazada, de indagaciones controladas de los procesos cognoscitivos simbólicos.

En un escrito de toma de posesión ya clásico, Homme (1965) incluyó a los pensamientos en la categoría de "operantes encubiertas" e invito a los investigadores conductuales a abordar esta área prohibida.

Un pensamiento no es algo absolutamente "inobservable", pues su naturaleza y existencia son percibidos al menos por uno mismo.

Entrenando al individuo para que actúe como un científico personal, es posible estudiar y controlar los comportamientos manifiestos (Thoresen,1973a).

Bandura (1969) y otros (Bower,1970), Kanfer y Phillips (1970), Staats (1972) han presentado pruebas sumamente convincentes de que los procesos encubiertos no son solo útiles, sino también esenciales para comprender el complejo comportamiento humano.

La premisa básica de lo que puede clasificarse como "modificación del comportamiento encubierto", es la de que pueda considerarse a fenómenos internos, tales como los pensamientos, las imaginaciones y las acciones fisiológicas como respuestas similares al comportamiento externo.

Se considera además, a estos fenómenos, como sensibles a las mismas leyes y principios empíricamente obtenidos con los acontecimientos abiertos o públicos.

Esta supuesta correspondencia entre los principios por los que se rige la acción encubierta y la abierta, se denomina "suposición de continuidad u homogeneidad".

Su validez y utilidad se ve apoyada por diversos tipos de evidencias (Miller,1959).

### **CONDUCTA ENCUBIERTA COMO ANTECEDENTE.**

En esta sección nos ocuparemos de estudios relacionados con claves o desencadenantes encubiertos, para el comportamiento consiguiente.

Una gran parte de los testimonios con que se cuenta, respaldan la noción de que los pensamientos, las imágenes y los hechos fisiológicos, pueden lograr un control del estímulo para una amplia gama de conductas de gran complejidad.

De hecho y tal como indica Bandura (1969), existen razones para creer que una parte importante del aprendizaje humano esta sometido a la mediación de procesos cognoscitivos simbólicos.

El individuo con fobia a los vuelos, por ejemplo, puede rehuir los aviones no debido a una asociación reflexiva entre estos y una excitación o angustia autónoma, sino debido a respuestas mediadoras simbólicas que sirvan como auto-excitación (por ejemplo, imágenes de un avión estrellado, el recuerdo de una reciente noticia periodística sobre problemas de tráfico aéreo, etc).

La relevancia clínica de los antecedentes encubiertos y de las aproximaciones de respuesta cognoscitiva, se ve perfectamente documentada en el campo de la desensibilización sistemática (Wolpe, 1958) y así, diversos investigadores (por ejemplo Migler y Wolpe (1967), Kanh y Baker (1968), Marquis y Morgan (1968), Doner (1970), Suinn (1970)) han examinado la desensibilización auto-aplicada, en la que se suministra al paciente unas instrucciones escritas o grabadas en cinta sobre el relajamiento muscular, la construcción de la jerarquía y los procedimientos reales de emparejamiento.

Los resultados de estos estudios han indicado que los procedimientos de desensibilización, pueden ser en general tan eficaces cuando se auto-aplican como cuando son aplicados por un terapeuta.

Un posible problema relacionado con la desensibilización es el de que el individuo pueda poner fin a la aplicación del procedimiento, antes de alcanzar la meta fijada.

Cabe aliviar este problema mediante el empleo de contratos de auto-cambio formalizados y ofreciendo una aprobación social u otras consecuencias positivas favorables al mantenimiento.

Por ejemplo, se ha entrenado a los pacientes a relajarse no como respuesta a imaginarias situaciones temidas, sino como respuesta a claves o desencadenantes de stress o fatiga fisiológica.

La capacidad de auto-relajamiento se convierte entonces en una capacidad de auto-control de múltiples objetivos.

Suinn Y Richardson (1971) han propuesto un bloque de entrenamiento de 2 horas y media para "controlar la angustia", que incluye esta estrategia general de auto-relajamiento, como respuesta a claves internas de stress o agotamiento.

Meichenbaum y Cameron (1974) utilizan un procedimiento de "inoculación del stress" que recurre a claves de excitación para el relajamiento y proporciona auto-directrices para la buena adaptación.

Investigaciones preliminares sobre este vasto enfoque auto-regulatorio, han sugerido que puede encerrar importantes promesas, en términos de generalización, mantenimiento y auto-aplicaciones innovadoras.

Otra técnica terapéutica para la reducción de los comportamientos de evitación ante determinadas situaciones, es la inundación o "implosión".

En la misma, las escenas imaginarias y las aproximaciones de respuestas encubiertas juegan, una vez más, un papel trascendental.

Trabajando desde una perspectiva tanto psicológica como fisiológica, Schultz y Luthe (1959) han propuesto una compleja serie de procedimientos de auto-control destinados a amplificar y alterar claves de respuestas encubiertas.

A estos métodos se les ha denominado "de entrenamiento autógeno" y pueden describirse vagamente como una moderna amalgama de auto-hipnosis y de yoga.

En el entrenamiento autógeno se muestra a los individuos toda una serie de procedimientos a través de métodos hipnóticos y de concentración de la atención (como por ejemplo, estar atento a la propia respiración, a la temperatura del cuerpo, etc).

Entonces, varios de los bloques de evidencia existentes parecen apoyar la idea de que la concentración de la atención, la auto-hipnosis, el biofeedback y las técnicas de entrenamiento autógeno, parecen sumamente prometedoras como estrategias de auto-control.

### **CONDUCTA ENCUBIERTA COMO CONDUCTA A MODIFICAR.**

Apoyándose en los trabajos exploratorios de Luria (1961), Ellis (1962), Vigotsky (1972), Bem (1967) y O'Leary (1968), Meichenbaum y Cameron (1974) han informado recientemente de toda una serie de curiosos estudios centrados en los factores cognitivos del cambio de conducta.

En el procedimiento de entrenamiento que idearon se enseña a los individuos a auto-supervisar sus "monólogos internos" (esto es, lo que se dicen a si mismos) en situaciones de Stress o tensión.

Por ejemplo, el estudiante angustiado por su forma de expresarse puede encontrarse con que esta sometido a toda una variedad de formulaciones auto-excitantes y contraproducentes (como por ejemplo, "se que lo voy a hacer mal", "Dios mío, que nervios", etc).

En una secuencia de entrenamiento formal, se enseña al individuo a sustituir sus auto-directrices encubiertas, por otras mas apropiadas (como por ejemplo, "si lo tomo con tranquilidad e intento relajarme, lo haré bien", "no hay porque preocuparse", etc).

Se han aplicado estos procedimientos a comportamientos destinados a evitar determinadas conductas (por ejemplo: las fobias a los animales y la angustia ante los exámenes), asi como a los campos de la creatividad, los comportamientos impulsivos y la "verborrea" esquizofrénica.

Los descubrimientos de esta investigación han confirmado, en todo momento, la promesa terapéutica de "modificar lo que los pacientes se dicen a si mismos".

Del procedimiento de entrenamiento de Meichenbaum, merece destacarse el empleo de un modelado inicial, una participación dirigida y una conformación gradual en el desarrollo del auto-control encubierto.

Una secuencia ilustrativa, sería la siguiente:

- 1.- El terapeuta modela la auto-motivación adecuada hablando en voz alta y dándose a si mismo directrices relativas a la tarea (como: "relájate, lo estas haciendo muy bien, eso es") según la va realizando.
- 2.- Luego, se le pide al paciente que ejecute el mismo la tarea, mientras el terapeuta le da instrucciones en voz alta.
- 3.- El paciente realiza la tarea y se le susurran las instrucciones o directrices.
- 4.- El paciente realiza la tarea y se formula directrices en voz alta.
- 5.- El paciente realiza la tarea y emplea auto-directrices encubiertas.

Esta secuencia esta destinada a ejemplificar los procesos de internalización por los que se adquieren numerosas respuestas de auto-motivación.

El razonamiento y los métodos de Meichenbaum son en muchos sentidos similares a los de la "terapia racional emotiva" de Ellis (1962) y a las técnicas de "re-estructuración cognoscitiva" de Lazarus (1971b).

La técnica de "interrupción del pensamiento" fue ideada por Wolpe (1958), para acabar con respuestas encubiertas de carácter problemático.

En este procedimiento se le pide al paciente que se deje llevar por el pensamiento o imagen indeseado y cuando ha indicado que así esta ocurriendo, el terapeuta grita la palabra "**!BASTA!**", primero en voz alta, luego el paciente lo hará solo para si mismo.

Sin embargo, al resaltar solo el aspecto negativo del cambio de conducta, el método de interrupción del pensamiento limita tanto su alcance terapéutico, como sus probabilidades de éxito.

Resulta, pues, sumamente deseable un desarrollo simultaneo de conductas adecuadas incompatibles (Bandura, 1969).

### **CONDUCTA ENCUBIERTA COMO CONSECUENCIA.**

Existen numerosas evidencias que apoyan la idea de que los acontecimientos encubiertos, tanto negativos como positivos, pueden funcionar de modo similar a los refuerzos y castigos abiertos, para la gestión o control de la conducta.

Weiner (1965), por ejemplo, ha demostrado que las consecuencias aversivas pueden provocar efectos iguales o equivalentes, cuando simplemente se imaginan, que cuando se experimentan de hecho.

El gran número de investigaciones realizadas acerca de los procesos cognoscitivos simbólicos ha demostrado, así mismo, que los acontecimientos encubiertos pueden desempeñar un importante papel para moderar y modificar consecuencias abiertas (Dulany, 1968; Bandura, 1969; Staats, 1972).

Fester, Nurnberger y Levitt (1962), reconocieron que numerosos problemas auto-regulatorios estaban relacionados con desniveles de consecuencias inadecuadas; es decir, sensaciones inmediatamente placenteras (como por ejemplo, comer en exceso), seguidas de consecuencias aversivas muy a largo plazo.

Recomendaron que los individuos avanzaran en el tiempo y se imaginaran las consecuencias, en último extremo aversivas, de sus acciones al comienzo de la cadena de respuestas.

Tal como comprobaremos, diversas estrategias formalizadas de tratamiento han incluido este empleo de las consecuencias imaginarias y previstas de antemano.

Una de las primeras técnicas documentadas de auto-control encubierto fue la que, en 1966, Cautela bautizó como "sensibilización encubierta".

Los primeros estudios que emplearon esta técnica alcanzaron una elevada tasa de resultados positivos.



El pionero del procedimiento fue Lazarus (1958), quien pidió a un paciente hipnotizado, que se imaginase realizando un comportamiento indeseado (rituales compulsivos) y experimentando sus consecuencias aversivas (sentimientos de tensión e incomodidad).

Luego, se le pidió que se imaginase interrumpiendo esta conducta y sintiéndose calmado y relajado (refuerzo negativo encubierto).

Se informó que este método había tenido éxito en la eliminación de pautas compulsivas en el paciente.

Cautela pone de relieve dos aspectos del empleo de estas imágenes.

En primer lugar, los estímulos aversivos (es decir, las imágenes nauseabundas) van emparejadas a la conducta problemática en un clásico sentido condicionador; esto es, los estímulos condicionados e incondicionados se ven repetidamente asociados unos con otros.

En segundo lugar el procedimiento implica un refuerzo negativo o condicionamiento de escape.

Así pues, agotando los restantes tipos de consecuencias encubiertas, Cautela (1969b, 1971a, 1971b) ha descrito procedimientos que implican cuatro variaciones:

- Refuerzo positivo encubierto
- Refuerzo negativo encubierto
- Extinción encubierta
- Modelado encubierto

## BIBLIOGRAFÍA.

### FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA IMPLOSIVA.

Ullman & Krasner

A Psychological approach to abnormal behavior  
Prentice-Hall, Inc., 1969 pp.304-305

Lakin, Phillips, E.

Orientación y Psicoterapia.  
Limusa, 1980 pp.81-82

### DATOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA APLICACION DE LA IMPLOSION.

Marks, I.M.

Flooding (implosion) and allied treatments.  
En: Behavior Modification. Agras (Ed.)  
Little, Brown & Co., 1972 p.151

Serber, Goldstein, Piaget & Kort

The use of implosive-expressive therapy in anxiety reactions.

### FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA AVERSIVA Y AVERSION QUIMICA.

Barker & Miller

Some clinical applications of aversion therapy  
En: Freeman, H. (Ed.): Progress in behavior therapy  
J.Wright & Sons, 1968 pp.73-87

### AVERSION FARADICA.

Kushner, M.

Faradic aversive controls in clinical practice.  
En: Neuringer & Michael (Eds.): Behavior modification in  
clinical psychology. Appleton-Century-Crofts, 1970 pp.26-51

Kushner, M.

The reduction of a long-standing fetish by means of aversive conditioning. En: Ullman & Krasner (Eds.): Case studies in behavior modification. Holt, Rinehart & Winston, Inc., 1965 p.24

DESENSIBILIZACION EN VIVO.

Bentler, P.M.

An infant's phobia treated with reciprocal inhibition therapy  
En: Ullman & Krasner (Eds.): Op. Cit., 1965 p.297

DESENSIBILIZACION CUBIERTA.

Lazarus & Abramovitz

The use of "emotive imagery" in the treatment of children's phobias. En: Ullman & Krasner (Eds.): Op. Cit., 1965 p.300

AUTO-CONTROL.

Thoresen & Mahoney

Autocontrol de la conducta  
Fondo de Cultura Economica, 1981